

DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA

*ATELIER RÉGIONAL D'ANALYSE DES
ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE
SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE*

The Male Role in Fertility, Family Planning, and Reproductive Health

*Le rôle des hommes en
matière de fécondité,
planification familiale
et santé reproductive*



World Health Organization
Organisation Mondiale de la Santé



Demographic and Health Surveys
Enquêtes Démographiques et de Santé
Macro International Inc.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**The Male Role in Fertility,
Family Planning, and
Reproductive Health**

Macro International Inc.
11785 Beltsville Drive
Calverton, Maryland USA

December 1997

The Demographic and Health Surveys (DHS) program assists developing countries to conduct national surveys on population and maternal and child health. The DHS program is implemented by Macro International Inc. in Calverton, Maryland. Additional information may be obtained from Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, U.S.A. (Telephone: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999; E-mail: reports@macroint.com; Internet: <http://www.macroint.com/dhs/>).

The recommended citation for this publication is:
Macro International Inc. 1997. *The Male Role in Fertility, Family Planning, and Reproductive Health*. DHS Regional Analysis Workshop for Sub-Saharan Africa. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

CONTENTS

	Page
Preface	v
Analyse de la Fécondité et des Préférences en Matière de Fécondité des Hommes au Burkina Faso <i>Dr. Gaston Sorgho et Hubert Namalgue</i>	1
Connaissance et Utilisation de la Contraception par les Hommes et Concordance dans les Déclarations des Conjoints sur l'utilisation de la Contraception au Cameroun <i>Paulette Beat Songue et Médard Fotso</i>	31
Fécondité et Préférences en Matière de Fécondité des Hommes en Côte d'Ivoire <i>Hyacinthe Kouakou Andoh et Lucien Kouassi</i>	79
Hommes Sexuellement Actifs en Haïti : Influence de l'état Matrimonial sur Leurs Attitudes et Pratiques vis-a-vis des Maladies Sexuellement Transmissibles et du SIDA <i>Dr. Marie Florence Placide et Dr. Colette Vilgrain Charles</i>	119
Connaissance et Pratique de la Contraception Chez les Hommes et Concordance en Matière de Planification Familiale au Sein des Couples au Sénégal, 1992-1993 <i>Gaye Aliou, Ndiaye Mamadou, et Dr. Camara Marie Antoinette</i>	159
Les MST et le SIDA en République Centrafricaine : Connaissances et Comportements des Hommes Sexuellement Actifs Selon les Données de L'EDSRCA de 1994-1995 <i>Dominique Senekian, M.D.</i>	203
Contraceptive Knowledge and Use: Agreement between Spouses on Use of Contraceptives among Ghanaian Men <i>Dr. Lawson E.K. Ahadzie and Dr. Andrew Seidu Korkor</i>	233
Knowledge and Use of Contraception among Kenyan Men and Agreement between Spouses on Use of Family Planning Method <i>Peter W. Thumbi</i>	271

Workshop Participants

Dr. Lawson Ahadzie, Ghana
M. Kouakou H. Andoh, Côte d'Ivoire
M. Martin Balepa, Cameroon
Dr. Paulette S. Béat, Cameroon
Dr. Marie Antoinette Camara, Senegal
Mme. Solange Camara, Senegal
Dr. Colette V. Charles, Haiti
Dr. Narcisse Ehoussou, Côte d'Ivoire
M. Médard Fotso, Cameroon
Mr. Timothée Gandaho, Benin
M. Aliou Gaye, Senegal
M. Lucien Koassi, Côte d'Ivoire
Dr. Andrew S. Korkor, Ghana
Dr. Ampormah Kwame, Ghana
Mr. Rogo Kwame, Kenya
M. G. Hubert Namalgué, Burkina Faso
M. Mamadou Ndiaye, Senegal
Dr. Adama Ndoye, Senegal
Dr. Nkodo-Nkodo, Cameroon
Dr. Charles B. K. Nzioda, Kenya
Dr. Marie F. Placide, Haiti
Dr. Dominique Sénékian, Central African Republic
M. N'Cho Sombo, Côte d'Ivoire
Dr. Gaston Sorgho, Burkina Faso
Mme. Célestine Traoré, Burkina Faso
Dr. Germain Traoré, Burkina Faso
Mr. Peter Thumbi, Kenya
Dr. A. Tinorgah, Ghana

Workshop Coordinators

Dr. Shea O. Rutstein
Dr. Boubacar Sow

Administrator

Ms. Susan McInturff

Secretary

Ms. Hélène Faye

Instructors

Academy for Education Development/SARA:

Ms. Lillian Baer
M. Aliou S. Diallo
Ms. Dana Faulkner
Dr. Lalla Touré
M. André Zaiman

Macro International:

Dr. Jacob Adetunji
Dr. Siân Curtis
Dr. Petrina Le Poy
M. Gora Mboup
Ms. Katherine Neitzel
Mr. Keith Purvis
Mr. Daniel Vadnais

World Health Organization:

Dr. Heli Bathija
Dr. Ties Boerma
Ms. Fern Greenwell
Dr. Papa M. Sylla

PREFACE

Men have often been perceived as having more pro-natalist views than women and as acting as a barrier to contraceptive use. Recently, there has been a move toward recognizing the importance of the role of men in fertility, family planning, and reproductive health. The recent United Nations Conference on Population and Development in Cairo specifically called for equal participation of men and women in family planning and emphasized men's shared responsibility, promoting their active involvement in responsible parenthood and reproductive behavior, and recognizing their needs for reproductive health and family planning services.

From April 15 to June 7, twenty-three researchers from eight sub-Saharan countries and Haiti (physicians, demographers, statisticians, public health specialists and managers) met for a workshop in Dakar, Senegal, *The Male Role in Fertility, Family Planning, and Reproductive Health*, to investigate specific areas of policy concern and to report on their findings. The data the researchers analysed were based on the results of Demographic and Health Surveys (DHS) that have been carried out in their respective countries.

Since 1987, the DHS program has incorporated interviews with men in 27 national surveys, of which the majority have been in sub-Saharan Africa. The DHS program, which is administered by Macro International in Calverton, Maryland, is primarily funded by the U.S. Agency for International Development. The Dakar workshop was organized in conjunction with the United Nations Development Program, the United Nations Population Fund, the World Health Organization, and the World Bank Special Program in Human Reproduction.

Traditionally, large-scale demographic surveys have focused on collecting data from female respondents of reproductive age. Consequently, much of what is known about fertility and reproductive health behavior and fertility preferences is based on the behavior and preferences of women. Taking advantage of the data now available on men, the Dakar workshop participants decided to focus their research on three principal themes: (1) men's fertility and fertility preferences, (2) men's knowledge, attitudes, and use of family planning, and (3) men's sexual behavior and attitudes in relation to AIDS and other sexually transmitted diseases. The researchers focused on one theme per country.

Men's Fertility and Fertility Preferences: Results from Burkina Faso and Côte d'Ivoire

It was found in Burkina Faso and Côte d'Ivoire that within the same age group, men's fertility is lower than that of women and, in both countries, fertility varies according to level of education and residence: the least educated men have the most children, and men living in urban areas have fewer children than those living in rural areas. However, men tend to begin and end their fertility at a later age than women. By the end of their reproductive years, men have an average of almost 8 children (7.8 in Burkina Faso and 7.5 in Côte d'Ivoire). Men in a polygamous union tend to have more children than those who have only one wife.

In Burkina Faso, men want more children than women, regardless of the number of living children they have: on average men want 6.2 children compared with 5.7 for women. In Côte d'Ivoire, however, men and women tend to want the same number of children; it is only after the sixth child that men want more children than women. In both countries, inter-spousal communication on the desired number of children is a matter of concern; 69 percent of married men in Côte d'Ivoire did not discuss family planning with their wives in the year preceding the survey.

Men's Knowledge, Attitudes and Use of Family Planning: Results from Ghana, Kenya, Senegal and Cameroon¹

Knowledge of at least one family planning method varies extensively among men in these countries (98 percent in Kenya, 82 percent in Senegal, and 74 percent in Cameroon), as does current use of modern methods (6 percent in Cameroon, 18 percent in Ghana, and 33 percent in Kenya). The condom remains the most widely used method among men; however, men mentioned use of a condom more often than women. This observation led many workshop participants to hypothesize that men are using condoms in extra-marital relations.

Thirty-one percent of men in Kenya and 8 percent in Cameroon say they do not want any children in the next two years although they are not using contraception. This suggests a much higher level of potential demand for contraception among men in Kenya than among those in Cameroon.

Lack of knowledge about contraceptive methods, including health concerns, was found to be a significant barrier to contraceptive use among men.

Men's Sexual Behavior and Attitudes in Relation to AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Results from Haiti and the Central African Republic

In Haiti, the average age at which single men have their first intercourse is 16 years. Haitian men generally have their first sexual relationship six to seven years before entering a stable consensual union, while men in the Central African Republic start relationships about five years before their first union. One in seven Haitian men in union (14 percent) has more than one regular partner. In the Central African Republic, 10 percent of married men have had at least one sexual encounter with an occasional partner in the four weeks preceding the survey.

Since men who have more than one sexual partner (either regular or occasional) have greater risk of contracting AIDS and/or a sexually transmitted disease than men who have only one regular partner, it is of considerable concern that almost 3 out of 5 Haitian men who consider themselves at moderate or high risk of contracting AIDS have not changed their sexual behavior to avoid the disease. For men in the Central African Republic who decided to change their sexual behavior, the types of changes include remaining faithful to one partner (55 percent), reducing the number of sexual partners (32 percent), and using a condom (17 percent).

In both countries, the survey results indicate an urgent need to increase sex education, starting with youngsters, and to promote condom use as an effective means of protection against AIDS or other sexually transmitted diseases.

¹One workshop participant carried out a survey in Benin based on the DHS core questionnaire. Since this survey covered only the region of Pahou, the data were not representative of the entire country. Nevertheless, the author found that lack of appropriate knowledge, lack of geographical, financial, and cultural access to methods, negative attitudes, male dominance in gender relationships, and lack of motivation for use emerged as barriers to male use of modern contraceptive methods.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**ANALYSE DE LA FÉCONDITÉ ET DES
PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ
DES HOMMES AU BURKINA FASO**

**Dr Gaston SORGHO
Médecin Coordonnateur de Santé
PLAN INTERNATIONAL**

**Hubert NAMALGUE
Statisticien Démographe
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DE LA DÉMOGRAPHIE**

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

decembre 1997

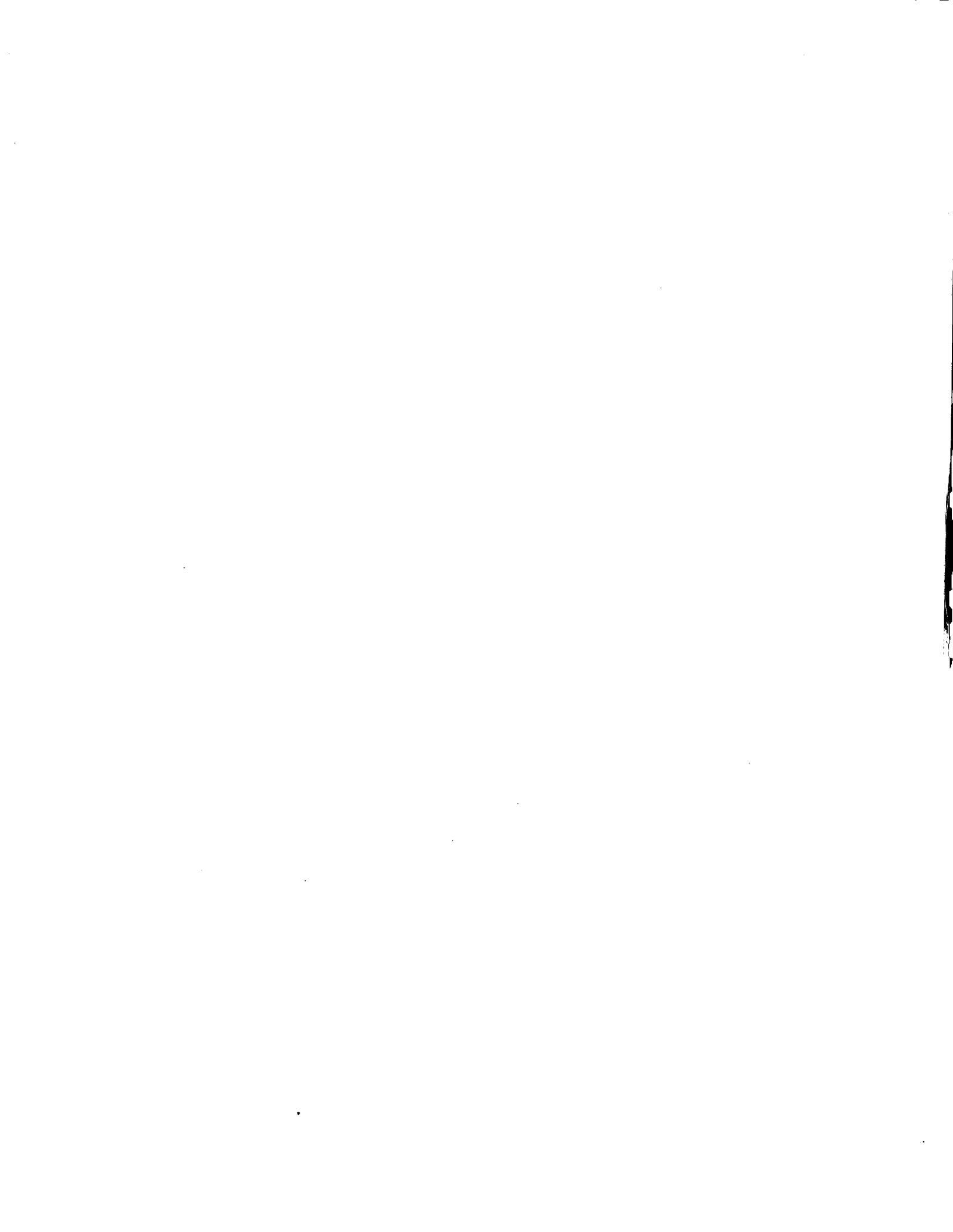


TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	5
ABRÉVIATIONS	7
RÉSUMÉ	9
1. INTRODUCTION	11
2. CONTEXTE	12
2.1 Le contexte politique	12
2.2 Le contexte socio-culturel et économique	12
2.3 Le contexte socio-démographique	12
2.4 La politique de population du Burkina Faso	13
3. REVUE DE LA LITTÉRATURE	14
4. DISCUSSION DES DONNÉES	15
4.1 Quelques éléments du plan de sondage	15
4.2 Échantillonnage	15
4.3 Populations utilisés dans cette étude	16
4.4 Choix des variables et raisons de leur choix	16
5. RÉSULTATS	18
5.1 Fécondité des hommes	18
5.2 Comparaison de la fécondité des hommes et des femmes	20
5.3 Préférences en matière de fécondité	21
5.4 Taille idéale de la famille	23
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS	26
7. IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS	27
RÉFÉRENCES	29

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1	Répartition en pourcentage des hommes par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, Burkina Faso, 1993 17
Tableau 2	Répartition en pourcentage des hommes par nombre d'enfants vivants et nombre moyen d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993 19
Tableau 3	Nombre moyen d'enfants vivants des hommes de 18-44 ans et des femmes de 15-44 ans par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993 20
Tableau 4	Pourcentage d'hommes de 18-44 ans et des femmes de 15-44 ans en union qui désirent un autre enfant par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993 22
Tableau 5	Répartition en pourcentage des préférences en matière de fécondité des femmes de 15-49 ans en union monogame selon les préférences de leur mari, Burkina Faso 1993. 23
Tableau 6	Répartition en pourcentage des hommes de 18 ans ou plus selon la taille idéale de la famille et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso, 1993 24
Tableau 7	Taille moyenne idéale de la famille chez les hommes et les femmes de moins de 45 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993 25
Tableau 8	Répartition en pourcentage de la taille idéale de la famille chez les femmes de 15-49 ans en union monogame par la taille idéale de la famille selon l'opinion de leur mari, Burkina Faso 1993 26

ABRÉVIATIONS

ED	Enquête Démographique
EDS-BF	Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso
EDS/DHS	Enquêtes Démographiques et de Santé/Demographic and Health Surveys
F CFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IEC	Information, Education, Communication
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organization
RGP85	Recensement Général de la Population de 1985
USAID	United States Agency for International Development/Agence des États-Unis pour le Développement International
ZD	Zone de Dénombrement

RÉSUMÉ

Cet article analyse le comportement et les préférences en matière de fécondité des hommes au Burkina Faso en s'appuyant sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 1993. Au cours de cette enquête, 6 354 femmes âgées de 15-49 ans et 1 845 hommes âgés de 18 ans ou plus furent interviewés. Le nombre moyen d'enfants vivants de tous les hommes de l'échantillon est de 3,9 mais ce nombre moyen atteint 7,8 pour les hommes âgés de plus de 49 ans. Sauf dans le cas des polygames, quelle que soit la caractéristique considérée, la fécondité¹ des hommes demeure moins élevée que celle des femmes dans un même groupe d'âge. Les variations de la fécondité masculine sont similaires aux variations de la fécondité féminine : le nombre d'enfants vivants augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes moins instruits. Elle est particulièrement élevée chez les hommes en union polygame âgés de 35-44 ans qui ont un nombre moyen d'enfants vivants égal à 7,6. Dans chaque groupe d'âges, les hommes du milieu rural ont une fécondité nettement supérieure à celle des hommes du milieu urbain.

La plupart des hommes âgés de 18-44 ans désirent un autre enfant et le pourcentage de ceux qui expriment ce désir décroît faiblement avec le nombre d'enfants vivants qu'ils ont déjà. D'une manière générale, quelque soit le nombre d'enfants vivants, la proportion d'hommes désirant un autre enfant dépasse toujours celle des femmes : il y a donc une certaine tendance des hommes burkinabè à désirer plus d'enfants que les femmes. La majorité des couples monogames veulent un autre enfant mais, dans l'ensemble, les maris désirent plus un enfant supplémentaire que leurs épouses (80 % contre 74 %). Toutefois on note qu'il y a un certain désaccord dans les couples entre l'homme et la femme lorsque le mari déclare qu'il ne veut pas d'autre enfant.

Près de 50 % des hommes de l'échantillon situent la taille idéale de leur famille à 5-7 enfants. La taille idéale moyenne de la famille des hommes âgés de 18-44 ans (6,2 enfants) est plus grande que celle des femmes âgées de 15-44 ans (5,7 enfants). Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la taille idéale moyenne de la famille est moins grande quand les individus ont un niveau d'instruction élevé ou sont du milieu urbain que chez les sans instruction et chez les ruraux. Les hommes en union polygame ont une taille idéale moyenne de la famille qui dépasse de loin celle des autres hommes. Les animistes sont ceux qui déclarent la plus grande taille idéale de la famille. De plus, les hommes animistes ont une taille moyenne idéale de la famille supérieure de presque deux enfants à celle des femmes animistes (8,9 contre 7,2). Bien que les couples soient largement en accord sur le désir d'avoir un enfant supplémentaire, ils sont néanmoins en désaccord quant à la taille idéale de la famille. Ceci montre la nécessité pour les couples de discuter pour accorder leurs opinions sur la taille idéale de la famille avec leur comportement en matière de fécondité.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que des efforts devraient être faits pour mieux adapter l'Information-Education-Communication (IEC) au groupe spécifique des hommes. Des messages spécifiques, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, tout comme des messages généraux pour les deux sexes aideraient les couples à harmoniser leurs ambitions en matière de procréation en vue d'assumer conjointement cette responsabilité.

¹ L'utilisation du terme fécondité tout au long de cet article nécessite une mise au point : étant donné que l'EDS, qui a servi de base à cette analyse, fournit uniquement des informations sur le nombre d'enfants vivants des hommes enquêtés et non sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eu au cours de leur vie, le terme fécondité est impropre. Néanmoins, par souci d'alléger le texte, nous avons conservé le terme fécondité tout au long de cet article.

1. INTRODUCTION

L'évolution de l'effectif de la population du Burkina Faso de 1960 à 1991 montre que cette population est très dynamique. En effet, au cours de cette période, cet effectif est passé de 4 400 000 en 1960 à 9 190 791 habitants en 1991. Comme classiquement admis, ce dynamisme relève de la structure par sexe et par âge, de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Cependant, c'est la fécondité au Burkina Faso qui détermine le plus le rythme de progression constatée. Malgré les progrès enregistrés en matière d'éducation, cette fécondité demeure élevée en raison du contexte socio-culturel généralement favorable à une descendance nombreuse.

Si, dans le domaine de la fécondité, le démographe a toujours pris en compte les femmes pour faire les estimations, c'est parce que celles-ci sont les plus directement exposées au risque de procréer. Aussi, les recherches dans le domaine de la fécondité se sont penchées le plus souvent sur la fécondité des femmes. Ces recherches ont sans conteste fait progresser la connaissance des déterminants de ce phénomène. Malgré cela, beaucoup de chemin reste à parcourir car certains programmes mis en oeuvre par les décideurs pour faire baisser ou, à défaut, pour réguler la fécondité, n'ont pas connu le succès escompté. Il se pose alors la question d'élargir le champ d'investigation pour tenir compte de la complexité du contexte socio-culturel de la fécondité. En effet, nous savons qu'en dehors des déterminants proches de la fécondité, tels le mariage, l'allaitement maternel et l'abstinence post-partum, il existe d'autres déterminants non moins importants d'ordre socio-culturels, qui sont entre autre : le poids de l'histoire, l'organisation économique, l'ethnie, la religion et l'influence des groupes familiaux. En Afrique de façon générale et au Burkina Faso en particulier, les groupes familiaux ont joué et continuent, dans une certaine mesure, de jouer un rôle prépondérant dans le maintien de la fécondité à un niveau élevé. En effet, au Burkina Faso, la nuptialité, tout comme la fécondité, demeurent des phénomènes encore influencés par le milieu familial de l'individu.

Depuis un certain temps, on assiste à un changement de mentalité dans le domaine de la fécondité. Sous l'effet conjugué de la scolarisation et de l'urbanisation, mais certainement aussi à cause des problèmes économiques, les décisions en matière de reproduction deviennent une affaire d'individus ou de couples. Par conséquent, depuis quelques années, un intérêt croissant se développe sur le rôle de l'homme concernant les décisions en matière de fécondité.

On pense généralement que les hommes ont des opinions plus pro-natalistes que les femmes et qu'ils constituent un obstacle à l'utilisation de la contraception par les femmes; ils empêcheraient donc celles-ci de réaliser leur souhait en matière de fécondité. Un nouveau courant est apparu qui implique davantage les hommes dans les programmes de planification familiale et qui aussi les prend davantage en compte dans la conception des messages sur la population et la planification familiale. Cette tendance est clairement démontrée par le fait que les Nations Unies, par l'intermédiaire des décisions adoptées lors de la Conférence sur la population et le développement du Caire en 1994, appellent à une participation égale des femmes et des hommes dans le domaine de la planification familiale; elles insistent aussi sur le fait que les hommes doivent partager les responsabilités et assumer, de manière active, leur rôle de parent et être aussi impliqués, de manière active, en tant qu'agents reproducteurs, dans les programmes de planification familiale.

Si l'on souhaite que les programmes sur le comportement et les préférences en matière de fécondité des hommes atteignent leur but, il est important de connaître précisément leur expérience et leurs préférences en matière de fécondité. Peu d'études ont essayé de le faire, en grande partie à cause du manque de données collectées sur les hommes. Dans le programme EDS, des données sur les hommes ont commencé à être collectées depuis 1987 et des enquêtes hommes ont été réalisées dans environ 27 pays, la plupart étant situés en Afrique Sud du Sahara. Ces enquêtes donnent l'opportunité d'étudier l'expérience et les préférences en matière de fécondité des hommes et donc d'apporter des informations sur leur rôle dans la prise de décision dans le domaine de la fécondité.

Cet article présente une analyse illustrative de la fécondité et des préférences des hommes en matière de fécondité en utilisant les données de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Burkina Faso en 1993. Les analyses présentées ici sont essentiellement descriptives et ne comprennent pas d'analyses statistiques sophistiquées. L'analyse se focalise d'une part sur la description de l'expérience en matière de fécondité de l'homme et la compare à celle de la femme, et, d'autre part, sur les préférences en matière de fécondité. Il s'agit dans cette section, de décrire davantage les préférences ainsi que les opinions des hommes concernant la taille idéale de la famille. De nouveau, ces préférences sont confrontées à celles des femmes et des comparaisons sont effectuées entre les maris et leurs épouses en union monogame. L'analyse finit par une discussion des résultats et des points de recommandation. Avant d'aborder l'étude proprement dite, une brève mention de quelques caractéristiques du pays, de la revue de la littérature et des données utilisées sera faite.

Le public qui est visé par ces résultats comprend les décideurs, les agences gouvernementales et non gouvernementales qui travaillent dans le domaine de la population, ainsi que tous ceux ayant des compétences semi-techniques mais qui s'intéressent aux problèmes de population. De plus, ces analyses descriptives peuvent mettre en évidence des points importants pour des analyses approfondies et constituer un point de départ pour des analyses théoriques plus complexes.

2. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

2.1 Le contexte politique

Ancienne colonie française, le Burkina Faso, autrefois appelé Haute-Volta, connaît, depuis quelques temps, une situation politique stable grâce à une certaine ouverture démocratique survenue après les dernières années d'état d'exception. Le pays est à ce jour dirigé par trois pouvoirs, à savoir un Pouvoir Exécutif, un Pouvoir Législatif et un Pouvoir Judiciaire.

2.2 Le contexte socio-culturel et économique

Le Burkina Faso connaît une grande diversité culturelle en raison de la soixantaine d'ethnies qui le peuplent. Malgré cette multiplicité d'entités sociales, on note dans certains domaines, des attitudes et comportements quasi-similaires. Ainsi, dans l'agriculture, la pratique de la culture itinérante sur brûlis et l'utilisation d'outils aratoires rudimentaires se perpétuent encore de nos jours. Dans le domaine de la démographie, la fécondité, tout comme son déterminant proche, le mariage, sont perçus comme des phénomènes conférant le prestige et élevant l'individu à une certaine échelle de la hiérarchie sociale.

Le Burkina Faso est un pays continental enclavé. Il connaît beaucoup de difficultés économiques. Pays agricole non industrialisé, le Burkina est classé parmi les pays les moins avancés au monde. Il est en bute à la fois au problème naturel de la désertification avec des déficits pluviométriques quasi-chroniques et au problème économique de l'ajustement structurel, récemment aggravé par la dévaluation du franc CFA, intervenue en janvier 1994. La situation de l'emploi, de la scolarisation et de la santé, alimentée de plus par le contexte socio-démographique, est préoccupante au Burkina.

2.3 Le contexte socio-démographique

Le Burkina connaît une situation démographique caractérisée par :

- une fécondité élevée : l'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) qui était de 6,2 en 1960/61 (Sinaré et Ouoba, 1994) a augmenté régulièrement pour atteindre

7,3 en 1991. Il se situe à 6,9 en 1993 (EDS-BF, 1993). En fait, la fécondité demeure naturelle au Burkina Faso en raison du bas niveau d'instruction de la population (taux brut de scolarisation de 32 % selon les Statistiques Sanitaires de 1993) et de la très faible prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer (4 % en 1993 pour les méthodes modernes);

- une mortalité en baisse qui traduit l'amélioration progressive des conditions sanitaires dans le pays;
- des flux migratoires intenses.

2.4 La politique de population du Burkina Faso

Le Burkina Faso a adopté, en 1991, une politique de population dont les objectifs sont, entre autres, (Conseil National de la Population, 1991) :

Objectifs généraux :

- i) assurer à la population une meilleure couverture des besoins essentiels en matière d'alimentation et de nutrition, de santé, d'éducation et de formation, d'emploi et de logement, d'information et de culture;
- ii) promouvoir la parenté responsable;
- iii) améliorer la connaissance des inter-relations population et développement par la formation des compétences nationales et par des recherches appropriées ayant recours à la fois à des sciences telles que l'économie, la démographie, la sociologie, l'histoire et la géographie;
- iv) introduire la variable population dans l'analyse des différents secteurs économiques et la fixation des objectifs à atteindre dans ces secteurs.

Objectifs spécifiques :

- i) fournir à toutes les communautés rurales les services sociaux de base (éducation et santé) d'ici l'an 2000 afin de soutenir un développement harmonieux et autosuffisant;
- ii) accroître d'ici l'an 2005 la prévalence de la contraception de 4 % à 60 %;
- iii) réduire, d'ici 2005, le taux de mortalité infantile de 134 ‰ à 70 ‰ et le taux brut de mortalité de 17,5 ‰ à 14 ‰; prévoir une baisse de la fécondité de 10 % tous les cinq ans à partir de 2005 et procéder, périodiquement, à son évaluation, en vue de l'adapter aux besoins du pays, dans le respect du droit fondamental des individus et des couples de décider de façon responsable de la taille de leur famille;
- iv) mettre à la portée d'un grand nombre de personnes et particulièrement des adolescents d'ici l'an 2005, des informations en matière de population en vue de leur permettre d'assumer une parenté responsable.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le plus souvent, les enquêtes démographiques ont porté sur la fécondité et les préférences en matière de fécondité des femmes. Pourtant, ce sont souvent les hommes qui semblent déterminer le nombre d'enfants de leur femme. Selon Caldwell et Caldwell (1987) "la structure familiale africaine typique place la décision de la reproduction dans les mains de l'homme et le fardeau économique sur les épaules de la femme". L'auteur conclut que rien ne conduit mieux à une haute fécondité.

Le rôle de l'homme dans la décision de la taille de la famille a fait l'objet d'une récente étude portant sur cinq zones rurales du Nigéria : 57 % des hommes sont d'accord sur le fait que l'homme décide de la taille de la famille (Isiugo-Abanihe, 1994). Mais dans la même étude, seulement 33 % des maris et 25 % des femmes disent que le mari décide du nombre des enfants tandis que 43 % et 50 % disent, respectivement, que l'homme et la femme en décident ensemble. Toujours selon cette enquête, une infime partie des hommes et des femmes reconnaissent que c'est la femme seule qui décide du nombre des enfants. Dans tous les cas, il est évident que l'homme pèse dans la détermination de la taille de la famille.

La communication entre homme et femme sur leurs perspectives en matière de procréation est importante pour que la fécondité soit assumée conjointement. Dans un village Yoruba, de l'Etat d'Ondo du Nigéria, une étude comparative sur les décisions en matière de fécondité chez les hommes et les femmes (Mott et Mott, 1985) fait ressortir que 72 % des femmes interrogées n'ont jamais discuté avec leur époux du nombre d'enfants à avoir; de même, ils n'ont jamais discuté pour savoir, qui de l'homme ou de la femme doit prendre la décision. Toutefois, la communication sur ce sujet a été plus fréquente chez les couples monogames (32 %) que chez les couples polygames (20 %). Dans une enquête quantitative et qualitative conduite auprès d'hommes résidant à Ouagadougou, la capitale du Burkina, ces derniers, comme les femmes, disent qu'ils discutent rarement de sujets de sexualité avec leurs épouses (McGinn, Bamba, and Balma, 1989).

Le constat est que la fécondité et les préférences en matière de fécondité des hommes ont fait l'objet de peu de recherche. Tout récemment, dans une étude comparative basée sur les données DHS en Afrique et en Asie, une équipe de Macro International (Ezeh et al., 1996) a établi que la moyenne de la taille idéale de la famille croît avec l'âge chez les hommes dans tous les pays, mais que la tendance est plus prononcée en Afrique Occidentale. De même, la taille de la famille déclarée par les hommes croît considérablement avec le nombre d'enfants vivants, surtout en Afrique Occidentale. Pour les auteurs, cependant, la haute prévalence de la polygamie en Afrique Occidentale n'explique pas le désir de haute fécondité chez les hommes car les hommes monogames rapportent un désir de fécondité plus fort que les monogames des autres régions. L'équipe démontre aussi que la taille moyenne idéale de la famille des hommes est nettement plus haute en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique de l'Est. Les deux régions diffèrent culturellement : la polygamie, par exemple, est plus courante dans l'Ouest que dans l'Est du continent.

Au Burkina Faso, les quelques informations ayant trait à la fécondité et aux préférences en matière de fécondité des hommes proviennent de l'EDS de 1993. Le rapport de l'EDS montre que "les hommes burkinabè se prononcent pour une famille de taille relativement élevée, puisque le nombre idéal moyen d'enfants est de 7,1, soit plus d'un enfant que le nombre idéal moyen souhaité par les femmes, qui est de 5,7" (Konaté et al., 1994). Toujours selon l'EDS 93, "le nombre moyen idéal d'enfants varie selon les caractéristiques socio-démographiques de l'homme. Plus l'homme est jeune, plus la taille idéale de la famille est restreinte (...)" (Konaté et al., 1994). Cinq pour cent des couples sont d'accord pour limiter leur descendance et, dans 15 % des cas, les couples ne s'entendent pas sur cette question : dans 10 % des cas, l'homme veut d'autres enfants alors que la femme désire arrêter d'en faire, l'inverse ne survenant que dans 4 % des cas.

La présente étude est l'une des premières axées sur la fécondité et les préférences en matière de fécondité des hommes au Burkina Faso.

4. DISCUSSION DES DONNÉES

Les données analysées dans cet article proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDS-BF) dont la phase de collecte des données s'est déroulée de décembre 1992 à mars 1993. Réalisée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) avec l'appui technique de Macro International Inc. et sur financement de l'USAID, cette enquête s'inscrit dans le cadre du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS/DHS).

D'une manière générale, l'EDS-BF a eu comme objectifs :

- la collecte d'informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale et la mortalité infanto-juvénile;
- le recueil d'informations sur la santé de la mère et de l'enfant;
- l'évaluation de l'état nutritionnel des mères et de leurs enfants;
- la collecte de quelques informations sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires (enquête communautaire);
- le développement des capacités techniques susceptibles de permettre au pays de mener des enquêtes périodiques pour contrôler les modifications des taux de fécondité et de mortalité, de l'état sanitaire et de l'utilisation de la planification familiale.

4.1 Quelques éléments du plan de sondage

C'est l'Enquête Démographique de 1991 (ED 91) qui a servi de base de sondage de l'EDS-BF. L'ED 91 avait, elle-même, eu comme base de sondage le Recensement Général de la Population de 1985 (RGP85) et l'échantillon qui en était issu comportait 696 Zones de Dénombrement (ZD).

4.2 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDS-BF a été constitué par sondage aréolaire stratifié à deux degrés :

- au premier degré, tirage systématique de 230 ZD à partir de l'échantillon de l'ED 91, indépendamment dans chaque strate (Ouagadougou, les autres villes et le milieu rural) et avec une probabilité proportionnelle à la taille de la ZD (c'est-à-dire le nombre de ménages dans la zone). On a assimilé ces unités primaires à des grappes.
- au deuxième degré, tirage systématique, avec probabilités égales, d'un échantillon de 5 706 ménages à partir de la liste de ménages fournie par un dénombrement exhaustif des ménages dans chacune de ces ZD ou grappes. La taille (en ménages sélectionnés) de chaque grappe variait entre 10 et 45. Parmi les 5 706 ménages tirés, 5 447 ont été effectivement identifiés au moment de l'enquête. Sur ces 5 447 ménages identifiés, 5 143 ont été enquêtés avec succès, si bien qu'on a obtenu un taux de réponse de 94 %.

- Tirage de l'échantillon des femmes : l'échantillon des 5 143 ménages comportait 6 848 femmes éligibles (femmes âgées de 15-49 ans), dont 6 354 ont pu être interviewées avec succès. Ceci donne un taux de réponse de 93 %.
- Tirage de l'échantillon des hommes : un sous-échantillon d'hommes a été constitué à partir d'un tiers des ménages de l'échantillon principal, soit 1 885 ménages. Au sein de ces ménages, 2 232 hommes éligibles (hommes âgés de 18 ans ou plus) ont été dénombrés. Parmi eux, 1 845 ont pu être interviewés avec succès. Ceci donne un taux de réponse de 83 %.

4.3 Populations utilisés dans cette étude

Les analyses ci-après utilisent surtout les données de l'enquête homme. Excepté dans le cas des comparaisons entre hommes et femmes, l'échantillon entier des hommes sera utilisé. Dans les cas de comparaisons, on se limitera aux hommes âgés de 18-44 ans afin d'assurer une certaine concordance entre les âges des hommes et ceux des femmes. De plus, les données relatives aux maris et aux femmes d'un même ménage peuvent être rapprochées pour permettre de faire une analyse sur les couples. Dans cet article, les analyses des couples sont restreintes aux couples monogames, définis par le nombre d'épouses déclarées par le mari. De ce fait, l'échantillon est réduit à 601 couples.

Le questionnaire homme comportait un certain nombre de questions sur la fécondité et les préférences en matière de fécondité. S'agissant de la fécondité, lors de l'enquête, on a demandé à tous les hommes s'ils avaient des enfants vivants (la question ne faisait référence qu'aux enfants biologiques de l'homme). Contrairement au questionnaire femme, le questionnaire homme ne comportait pas un volet historique des naissances. De ce fait, les données disponibles sur la fécondité des hommes sont limitées aux seules données sur le nombre d'enfants vivants et ne permettent donc pas de mesurer la fécondité, puisque le nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête dépend du nombre d'enfants que les hommes ont eus, mais aussi de la mortalité de ces enfants. Le terme fécondité utilisé ici est donc impropre, néanmoins, par souci d'alléger le texte, nous avons conservé le terme fécondité tout au long de cet article.

Les informations recueillies auprès des hommes sur leurs préférences en matière de fécondité et sur la taille idéale de la famille sont similaires à celles recueillies auprès des femmes.

4.4 Choix des variables et raisons de leur choix

La variable dépendante (ou variable expliquée) dans notre étude sera le nombre d'enfants vivants regroupés en classes de 0, 1-2, 3-4, 5-7, 8 enfants ou plus. Devant l'impossibilité d'utiliser pour nos analyses, des indicateurs de fécondité plus adéquats, nous nous sommes limités à cet indicateur.

Les variables suivantes seront largement utilisées dans nos analyses de la fécondité des hommes : l'âge de l'enquêté, le statut matrimonial, le niveau d'instruction le plus élevé, la religion, la région de résidence et le milieu de résidence. La distribution des fréquences de chacune de ces variables figurent au tableau 1. Ces variables peuvent être considérées comme des variables indépendantes (ou variables explicatives).

Les variables âge et statut matrimonial de l'enquêté sont très importantes car elles sont directement liées au risque d'être père. Ainsi, on peut s'attendre à ce que les hommes âgés et les hommes mariés aient plus d'enfants parce que plus fortement exposés au risque d'être père. On peut aussi s'attendre à ce que les hommes en union polygame aient plus d'enfants que les hommes en union monogame parce qu'ils ont un nombre plus élevé de femmes susceptibles de porter leurs enfants.

Tableau 1 Répartition en pourcentage des hommes par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, Burkina Faso 1993

Caractéristique socio-démographique	Âge				Effectif	Pourcentage
	< 25	25-34	35-44	45 et +		
État matrimonial						
Jamais marié	72,9	24,5	1,8	0,8	454	24,6
Monogame	8,1	32,6	29,5	29,7	876	47,5
Polygame	0,9	13,7	26,3	59,1	469	25,5
Veuf, sép., div.	1,1	18,9	23,7	56,3	45	2,5
Instruction						
Aucune	17,2	22,8	21,9	38,21	438	77,9
Primaire	39,4	33,0	22,8	4,8	234	12,7
Secondaire ou +	39,1	37,8	19,4	3,8	173	9,4
Religion						
Musulmane	23,3	28,4	21,6	26,7	1 002	54,5
Chrétienne	27,7	29,2	23,5	19,5	506	27,5
Animiste	9,5	10,7	19,7	60,1	320	17,4
Autre	21,9	31,4	17,1	29,5	11	0,6
Région de résidence						
Ouagadougou	32,2	31,4	24,6	11,8	255	13,8
Nord	19,0	25,4	18,6	37,0	327	17,7
Est	16,1	23,7	26,3	33,9	324	17,6
Ouest	23,1	25,2	24,0	27,7	480	26,0
Centre/Sud	21,7	23,8	16,9	37,6	460	24,9
Milieu de résidence						
Urbain	31,8	31,3	23,2	13,6	399	21,6
Rural	19,4	23,9	21,3	35,4	1 446	78,4
Total	22,1	25,5	21,8	30,7	-	100,0
Effectif	407	470	501	566	1 845	1 845

Note : du fait de valeurs manquantes, l'effectif total selon la religion est de 1839.

Comme au niveau de la fécondité des femmes, l'instruction et le milieu de résidence peuvent aussi influencer de manière déterminante, l'expérience des hommes en matière de fécondité. L'examen de la fécondité différentielle des hommes selon la région est importante parce qu'elle peut amener les décideurs à mieux orienter leurs programmes régionaux. Enfin, l'influence des croyances religieuses sur les attitudes des hommes peut aussi jouer sur leur comportement en matière de fécondité.

Les mêmes variables seront utilisées dans l'analyse des préférences en matière de fécondité. On utilisera aussi, dans cette analyse, le nombre d'enfants vivants des hommes parce que ce nombre peut être, ou non, à la base du désir d'avoir un autre enfant ou déterminer la taille idéale de la famille.

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon des hommes. Du point de vue de l'âge, 48 % des hommes sont âgés de moins de 35 ans, reflétant ainsi la jeunesse de la population burkinabé. On observe que près de 73 % des moins de 25 ans sont des hommes célibataires, ce qui traduit que le mariage des hommes survient rarement avant 25 ans.

La proportion des hommes polygames est légèrement plus importante que celle des hommes jamais mariés (26 % contre 26 %). Au Burkina, la polygamie est toujours une pratique sociale courante. Même aux termes du nouveau code de la famille, réputé révolutionnaire, la polygamie est tolérée. Plus de la moitié des polygames (59 %) sont âgés de 45 ans ou plus et 85 % sont âgés de 35 ans ou plus. De ce fait, la polygamie est un phénomène plus fréquent aux âges avancés dans la population burkinabé. Une infime partie des hommes (3 %) sont des veufs, séparés ou divorcés.

Environ 78 % des hommes sont sans instruction et c'est naturellement la tranche d'âges des 45 ans ou plus (38 %) qui est la plus concernée par le manque d'instruction. Au niveau des moins de 35 ans, les pourcentages de non instruits sont globalement plus faibles que ceux des niveaux primaire et secondaire ou plus. Sur l'ensemble de l'échantillon, 13 % des hommes ont un niveau d'instruction primaire et seulement 9 % ont le niveau secondaire ou plus.

La religion musulmane est prédominante chez les hommes du Burkina Faso. Plus de la moitié des hommes (55 %) se disent musulmans. Les chrétiens représentent 28 % de l'échantillon tandis que les animistes ou traditionalistes n'en constituent que 17 %. Le pourcentage des animistes varie fortement avec l'âge : 11 % des animistes ont 25-34 ans, 20 % ont 35-44 ans et 60 % ont 45 ans ou plus. L'animisme est donc plus important chez les personnes les plus âgées. Par contre, il y a une relative constance de la proportion des catholiques et des musulmans dans les différentes tranches d'âges.

Selon les regroupements géographiques effectués en région de résidence, la population des hommes se répartit assez équitablement entre l'ouest et le centre/sud, d'une part (51 %), et le nord, l'est et Ouagadougou, d'autre part (49 %). Ouagadougou, la capitale du pays, abrite 14 % de l'ensemble de l'échantillon des hommes et environ 64 % de ceux qui y vivent ont moins de 35 ans. La grande partie de l'échantillon (78 %) vit dans le milieu rural et 22 % vit en milieu urbain.

5. RÉSULTATS

5.1 Fécondité des hommes

Au tableau 2, les hommes sont répartis (en pourcentage) selon leur nombre d'enfants vivants, en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques; par ailleurs, le nombre moyen d'enfants vivants figure dans ce tableau. Le nombre moyen d'enfants vivants des hommes du Burkina croît avec l'âge. Il passe de 0,1 chez les moins de 25 ans à 1,6 dans la tranche d'âges de 25 à 34 ans, pour atteindre 5,0 enfants vivants chez les hommes âgés de 35-44 ans. Il atteint son maximum qui est de 7,8 enfants vivants chez les hommes de 45 ans ou plus. C'est dire que la fécondité des hommes croît fortement avec l'âge au Burkina.

Un quart des hommes sont polygames et la polygamie des hommes est un facteur essentiel de leur grande fécondité. Plus de la moitié des polygames (55 %) ont 8 enfants vivants ou plus. Cette forte fréquence des polygames ayant au moins 8 enfants vivants élève à 8,6 le nombre moyen d'enfants vivants dans cette catégorie matrimoniale. Ce chiffre vaut deux fois et demi celui des hommes en union monogame.

Par rapport à l'instruction, on observe que, chez les hommes du niveau secondaire ou plus, 61 % n'ont aucun enfant vivant, 13 % ont 3-4 enfants et 3 % seulement ont 8 enfants vivants ou plus. Cette même tendance s'observe dans le groupe des hommes du niveau d'instruction primaire (46 % sans enfant et 7 % ayant 8 enfants ou plus). Par contre, la proportion d'hommes sans niveau d'instruction, non seulement ne baisse pas nécessairement quand ils ont plus d'enfants (18 % ayant 3-4 enfants vivants, 18 % en ayant 5-7), mais encore amorce une remontée à partir de 8 enfants vivants ou plus (22 %). Au total, le nombre moyen d'enfants vivants décroît rapidement avec le niveau d'instruction des hommes. Il décline de 4,5 chez le

Tableau 2 Répartition en pourcentage des hommes par nombre d'enfants vivants et nombre moyen d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993

Caractéristique socio-démographique	Enfants vivants					Moyenne
	0	1-2	3-4	5-7	8 ou +	
Âge						
<25 ans	89,8	9,6	0,7	0,0	0,0	0,13
25-34 ans	34,2	41,4	18,5	4,7	1,2	1,61
35-44 ans	4,5	16,6	32,5	26,6	19,9	4,99
45 ans ou +	3,2	9,3	14,8	28,1	44,6	7,81
État matrimonial						
Jamais marié	97,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,03
Monogame	12,0	32,1	26,0	20,7	9,2	3,50
Polygame	1,5	9,8	14,0	19,8	54,9	8,59
Veuf, sép., div.	15,8	31,6	22,9	29,7	0,0	2,90
Instruction						
Aucune	24,3	18,4	17,5	17,8	22,0	4,54
Primaire	45,6	24,0	12,8	10,6	7,0	2,06
Secondaire ou +	61,2	18,3	13,0	4,4	3,1	1,38
Religion						
Musulmane	32,2	19,6	15,1	14,6	18,6	3,86
Chrétienne	37,3	21,3	16,7	15,9	8,7	2,78
Animiste	14,8	13,9	20,4	17,8	33,0	5,95
Autre	(3)	(3)	(1)	(1)	(1)	2,47
Région de résidence						
Ouagadougou	51,0	18,6	13,8	8,7	7,9	2,07
Nord	26,4	18,6	14,2	20,4	20,3	4,44
Est	23,1	17,9	18,3	21,1	19,6	4,42
Ouest	27,7	22,0	19,0	15,8	15,4	3,75
Centre/Sud	30,1	17,5	15,5	12,1	24,9	4,43
Milieu de résidence						
Urbain	49,3	17,9	14,2	9,4	9,2	2,27
Rural	25,3	19,4	17,1	17,3	20,9	4,38
Total	30,5	19,1	16,5	15,6	18,3	3,93 ^a
Effectif	561	351	303	287	337	1 839 ^a

Note : () données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49 cas.
^a information manque pour six cas.

groupe sans niveau d'instruction à 2,1 chez les personnes ayant une éducation primaire pour tomber à 1,4 enfants vivants dans le groupe des hommes ayant eu un niveau secondaire ou plus.

Un tiers des animistes ont 8 enfants vivants ou plus contre 9 % des chrétiens et 19 % des musulmans. Chez les chrétiens, la proportion d'hommes baisse au fur et à mesure qu'ils ont des enfants vivants (37 % n'ont pas d'enfant vivant, 9 % en ont 8 ou plus). Au niveau des musulmans, cette baisse s'observe aussi, sauf pour 8 enfants ou plus (19 % contre 15 % pour 3-4 enfants vivants et 15 % pour 5-7 enfants vivants). Le nombre moyen d'enfants vivants des animistes est de loin plus élevé que celui des adeptes des autres religions : il vaut une fois et demie la moyenne des musulmans et plus de deux fois la moyenne des enfants vivants des chrétiens. Sans doute, ce nombre est élevé à cause de la forte proportion des animistes ayant 8 enfants vivants ou plus.

Le nombre moyen d'enfants vivants enregistré dans la région de Ouagadougou vaut la moitié de la moyenne des quatre autres régions du pays qui ont sensiblement la même moyenne, excepté l'Ouest. La région Ouest subit certainement l'influence de Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso, ce qui fait baisser son nombre moyen à 3,8. En effet, la différence est importante entre le nombre moyen d'enfants vivants des hommes du milieu urbain (2,3) et celui des hommes du milieu rural (4,4).

5.2 Comparaison de la fécondité des hommes et des femmes

Le tableau 3 compare le nombre moyen d'enfants vivants des hommes et des femmes selon les caractéristiques socio-démographiques. Jusqu'à l'âge de 34 ans, le nombre moyen d'enfants vivants est, au moins, trois fois plus faible chez les hommes que les femmes. Mais au-delà de 35 ans, le nombre moyen d'enfants vivants n'est plus très différent entre les hommes (5,0) et les femmes (5,0). Le poids des nombreux enfants des hommes polygames contribue amplement à ce relatif équilibre. Le nombre moyen d'enfants vivants enregistrés au niveau des hommes polygames double entre 25-34 ans et 35-44 ans (3,5 à 7,6). Par contre, chez les femmes en union polygame, cette augmentation est de moins de deux enfants (3,2 à 5,0) pour

Caractéristique socio-démographique	Âge					
	<25 ans		25-34 ans		35-44 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
État matrimonial						
Jamais marié	0,01	0,03	0,08	*	0,19	*
Monogame	0,64	1,02	1,82	3,10	3,99	5,08
Polygame	*	1,21	3,50	3,21	7,59	4,98
Veuf, sép., div.	*	(1,13)	*	(2,58)	*	4,60
Instruction						
Aucune	0,16	0,84	1,63	3,21	5,25	4,99
Primaire	0,18	0,58	2,21	3,07	4,26	5,48
Secondaire ou +	0,00	0,28	0,79	1,83	(3,72)	(3,75)
Religion						
Musulmane	0,11	0,80	1,56	3,22	5,36	5,17
Chrétienne	0,13	0,65	1,60	2,96	4,25	4,95
Animiste	(0,36)	0,75	(2,17)	3,11	5,14	4,51
Autre	*	*	(0,64)	*	*	*
Région de résidence						
Ouagadougou	0,02	0,45	0,88	2,64	4,13	4,75
Nord	0,07	0,75	1,63	3,26	5,73	4,89
Est	0,05	0,87	1,65	3,28	5,68	4,98
Ouest	0,27	0,89	2,11	3,15	4,61	5,13
Centre/Sud	0,16	0,68	1,56	3,12	3,89	5,02
Milieu de résidence						
Urbain	0,02	0,49	1,02	2,78	4,48	4,91
Rural	0,19	0,85	1,83	3,21	5,14	5,01
Total	0,13	0,75	1,61	3,13	4,99	4,99
Effectif	407	2 574	466	2 082	400	1 294

Note : * Données non publiées par ce que basées sur moins de 25 cas.
 () Données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49.
 Du fait de valeurs manquantes, l'effectif total des hommes est de 1 839.

les mêmes catégories d'âges. Dans tous les autres cas de figure ("célibataire", "monogame", "veuf/séparé/divorcé") et, quel que soit la tranche d'âges considérée, le nombre moyen d'enfants vivants des hommes demeure toujours inférieur à celui des femmes. Cependant, cette différence s'atténue peu à peu au fil des groupes d'âges.

Dans le cas des hommes et des femmes sans aucun niveau d'instruction, le nombre moyen d'enfants vivants est très voisin pour les deux sexes dans le groupe d'âges des 35-44 ans (5,3 pour les hommes et 5,0 pour les femmes). La supériorité du nombre moyen d'enfants vivants des femmes réapparaît pour le niveau d'instruction primaire ou plus.

Vu sous l'angle de l'appartenance religieuse, à l'exception des hommes animistes et des musulmans âgés de 35-44 ans, les femmes ont toujours un nombre moyen d'enfants vivants supérieur à celui des hommes au sein du même groupe religieux.

Par rapport à la région et au milieu de résidence, on observe chez les femmes de 35-44 ans une variation minime du nombre moyen d'enfants vivants (entre 4,8 et 5,1). Chez les hommes, par contre, la région du centre/sud présente la plus basse moyenne (3,9). Dans le groupe d'âges 35-44 ans, le nombre moyen d'enfants vivants est plus bas en milieu urbain (4,5) qu'en milieu rural (5,1) chez les hommes, ainsi que chez les femmes (respectivement, 4,9 contre 5,0).

5.3 Préférence en matière de fécondité

Le tableau 4 présente les pourcentages d'hommes et de femmes âgés de 15-44 ans qui désirent un autre enfant par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Chez les personnes de foyer polygame ayant 8 enfants vivants ou plus, 78 % des hommes désirent un autre enfant contre 21 % des femmes. Cependant, il faut préciser que, dans ce cas de figure, l'homme peut désirer un autre enfant avec une épouse beaucoup plus jeune.

Dans le groupe des personnes sans niveau d'instruction, qui comporte assez de cas pour être pris en considération, on constate que la proportion de femmes qui désirent un autre enfant diminue beaucoup plus fortement que celle des hommes en fonction du nombre d'enfants vivants.

Pour chaque type de religion, la proportion de femmes ayant de 5 à 7 enfants vivants et désirant un autre enfant diminue plus rapidement que chez les hommes ayant le même nombre d'enfants vivants.

Quelle que soit la région de résidence, la proportion de femmes désirant un autre enfant baisse de façon significative à partir de 3-4 enfants vivants (les données chez les hommes sont ici insuffisantes pour permettre une comparaison).

D'une manière générale, quel que soit le nombre d'enfants vivants et la caractéristique socio-démographique considérée, la proportion des hommes désirant un autre enfant dépasse toujours celle des femmes. Au Burkina Faso, les hommes ont donc une tendance au moins aussi pro-nataliste que les femmes, si ce n'est plus.

Tableau 4 Pourcentage d'hommes de 18-44 ans et des femmes de 15-44 ans en union qui désirent un autre enfant par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993

Caractéristique socio-démographique	Nombre d'enfants vivants									
	0		1-2		3-4		5-7		8 ou+	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Type d'union										
Monogame	98,3	94,0	95,9	92,6	82,2	75,7	63,0	43,1	*	14,4
Polygame	*	92,3	(100)	92,6	(91,0)	77,0	(82,8)	43,3	78,3	20,5
Instruction										
Aucune	93,9	93,0	98,4	93,2	86,6	77,9	78,0	45,7	76,4	19,8
Primaire	95,9	91,1	97,2	89,6	(86,9)	70,3	*	23,9	*	*
Secondaire ou +	90,9	96,8	(80,1)	86,9	*	(47,2)	*	*	0,0	*
Religion										
Musulmane	94,3	93,7	98,5	93,2	86,7	78,2	74,5	43,9	(73,6)	21,0
Chrétienne	92,7	93,3	91,8	91,5	74,5	70,3	(64,9)	40,1	*	(0,0)
Animiste	(92,7)	90,4	(100)	91,9	(91,4)	83,3	*	45,5	*	*
Autre	*	*	*	*	*	*	0,0	*	0,0	*
Région de résidence										
Ouagadougou	90,9	95,2	(83,1)	88,8	*	56,7	*	19,6	*	*
Nord	99,4	95,6	(100)	94,9	(90,0)	85,0	*	50,5	*	(25,5)
Est	98,0	95,1	(100)	95,7	(76,7)	79,7	(75,2)	49,5	*	*
Ouest	95,6	89,4	97,3	86,6	89,5	73,9	*	41,4	*	22,4
Centre/Sud	88,8	92,1	98,1	95,8	(91,0)	78,3	*	41,9	*	(5,2)
Milieu de résidence										
Urbain	93,0	95,3	87,4	90,0	(60,1)	61,9	*	23,2	*	*
Rural	94,1	92,6	98,8	93,0	90,4	79,2	76,9	47,0	80,0	20,0
Total	93,7	93,2	96,3	92,5	83,7	76,4	69,8	43,2	73,2	17,9
Effectif	506	622	287	1788	183	1 360	90	1 049	62	133

Note : * Données non publiées par ce que basées sur moins de 25 cas.
() Données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49.

Le tableau 5, qui donne, en pourcentage, les préférences en matière de fécondité des femmes de 15 à 49 ans en union monogame par rapport aux préférences de leur mari, montre que le désir d'un autre enfant dans les unions monogames est de 80 % chez les hommes et de 74 % chez les femmes. Mais le non désir d'un autre enfant est plus fort chez les femmes (16 %) que chez les hommes (12 %).

Du point de vue de la concordance des préférences, dans 85 % des couples dans lesquels l'homme désire un autre enfant, la femme désire également un autre enfant. Mais la concordance quand l'homme ne désire pas un autre enfant est deux fois plus faible que dans le premier cas (45 %). On note que quand le mari ne veut pas un autre enfant, les couples sont assez divergents car, dans ce cas, environ un tiers des femmes en désire un (32 %). Dans l'ensemble, les couples dans lesquels la femme est indécise par rapport au désir d'un autre enfant (6 %) sont, en proportion, le double des couples dans lesquels l'homme est indécis (3 %).

Tableau 5 Répartition en pourcentage des préférences en matière de fécondité des femmes de 15-49 ans en union monogame selon les préférences de leur mari, Burkina Faso 1993

Mari	Femme					Effectif	Pourcentage
	Veut un autre	Indécise	Pas d'autre	Stérilisée	Déclarée stérile		
Veut un autre	84,5	5,3	8,4	0,3	1,40	477	79,7
Indécis	*	*	*	0,0	*	18	3,0
Pas d'autre	32,4	12,7	45,1	1,9	7,8	71	11,9
Stérilisé	0,0	0,0	*	*	0,0	2	0,3
Épouse stérile	(27,0)	(5,4)	(33,3)	(0,0)	(34,3)	25	4,2
Mari stérile	*	(0,0)	*	(0,0)	*	5	0,9
Total	73,5	6,4	15,7	0,5	3,8	-	100,0
Effectif	440	38	94	3	23	598	100,0

Note : * Données non publiées par ce que basées sur moins de 25 cas.

() Données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49.

Du fait de valeurs manquantes sur 3 femmes, l'effectif total des couples est de 598.

5.4 Taille idéale de la famille

Deux tiers (66 %) des hommes de moins de 25 ans désirent entre 3 et 7 enfants, tandis que 16 % de cette tranche d'âges en voudraient 8 ou plus (tableau 6). Un peu moins d'un tiers des hommes ayant 8 enfants ou plus (28 %) auraient voulu une famille moins grande que celle qu'ils ont actuellement.

Plus de 40 % des célibataires désirent une taille idéale de 4 enfants ou moins. La proportion des réponses non numériques au niveau des célibataires est relativement faible (13 %) par rapport à celles des autres catégories : 28 % pour les monogames, 40 % pour les polygames et 41 % pour la catégorie des veufs/divorcés/séparés. Dans le groupe d'âges 50 ans ou plus, en particulier, la taille idéale de la famille se réfère dans 45 % à "Ce que Dieu me donne", une réponse non numérique qui est certainement à lier à la religion. Une telle réponse traduit une attitude favorable à la grande famille.

Les proportions d'hommes qui désirent, au moins, 8 enfants ou "autant que Dieu en donnera" sont très différentes selon le niveau d'instruction. Dans le groupe sans niveau d'instruction, 58 % des hommes ont émis ce désir, contre 22 % dans le groupe du niveau du primaire et 5 % dans celui du niveau secondaire ou plus. Inversement, 77 % des hommes de niveau secondaire ou plus souhaitent avoir, au maximum, 4 enfants, contre 37 % dans les cas du niveau primaire et seulement 14 % des sans instruction. Une proportion insignifiante des hommes de niveau secondaire ou plus (2 %) voudraient 8 enfants ou davantage.

La grande partie des musulmans et des chrétiens ont une taille idéale de la famille comprise entre 5 et 7 enfants. Les animistes, en général, se situent au de-là de ce chiffre et l'on observe les plus fortes proportions de réponses non numériques au sein de ce groupe.

Au niveau des hommes résidant à Ouagadougou, 52 % déclarent une taille idéale de 3-4 enfants, contre moins de 20 % dans chacune des autres régions de résidence. En milieu urbain, 56 % désirent, au plus, 4 enfants, contre 14 % en milieu rural. Les très faibles proportions d'hommes ayant déclaré une taille idéale de 8 enfants ou plus enregistrées dans la région de Ouagadougou et dans le milieu urbain (respectivement, 3 % et 5 %) traduisent peut-être l'influence de l'urbanisation sur la fécondité.

Tableau 6 Répartition en pourcentage des hommes de 18 ans ou plus selon la taille idéale de la famille et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993

Caractéristique socio-démographique	Taille idéale de la famille					Non numérique
	0	1-2	3-4	5-7	8 ou +	
Âge						
<25 ans	0,4	2,9	32,2	34,1	15,8	14,5
25-34 ans	0,4	2,1	25,2	32,3	21,2	18,9
35-44 ans	0,2	2,6	10,9	28,9	23,7	33,8
45 ans ou +	0,2	1,1	7,8	20,1	25,4	45,4
Enfants vivants						
Sans enfant	0,8	2,7	34,3	30,3	15,0	17,0
1-2	0,1	3,1	24,0	37,8	17,8	17,1
3-4	0,0	1,2	16,1	29,6	24,0	29,1
5-7	0,0	1,5	9,0	25,9	24,3	39,2
8 ou plus	0,4	1,7	7,6	18,1	28,5	43,8
État matrimonial						
Jamais marié	0,6	2,9	38,8	29,0	15,5	13,1
Monogame	0,2	2,3	17,9	32,5	19,5	27,6
Polygame	0,3	1,2	6,7	22,0	30,0	39,8
Veuf, sép., div.	(0)	(1,2)	(28,6)	(21,9)	(7,1)	(41,2)
Instruction						
Aucune	0,3	0,8	13,2	27,9	24,3	33,6
Primaire	0,0	3,5	33,2	41,2	14,3	7,9
Secondaire ou +	1,2	11,7	63,7	18,7	1,9	2,9
Religion						
Musulmane	0,2	1,8	20,5	29,0	20,2	28,3
Chrétienne	0,1	3,4	30,4	33,2	14,3	18,5
Animiste	1,0	1,0	4,3	20,5	34,0	39,2
Autre	*	*	*	*	*	*
Région de résidence						
Ouagadougou	0,6	8,1	51,6	24,5	3,1	12,1
Nord	0,0	0,6	16,0	26,0	22,1	35,3
Est	0,0	0,6	12,1	27,8	21,6	37,9
Ouest	1,0	2,3	19,1	32,8	23,8	21,1
Centre/Sud	0,0	0,9	13,8	29,3	26,3	29,8
Milieu de résidence						
Urbain	0,5	6,5	49,4	23,4	5,1	15,0
Rural	0,3	0,9	12,5	30,2	25,2	30,9
Total	0,3	2,1	20,5	28,7	20,9	27,5
Effectif	6	39	377	529	385	506

Note : * Données non publiées par ce que basées sur moins de 25 cas.
 () Données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49.

Au niveau global, 23 % des hommes désirent 4 enfants, au maximum, et 77 % en désirent, au moins, 5 ou s'en remettent à Dieu.

On note au tableau 7 qu'il existe une différence nette entre la taille moyenne idéale de la famille chez les hommes et chez les femmes : 6,2 pour les hommes et 5,7 pour les femmes.

Entre 0 et 2 enfants vivants, la taille moyenne idéale de la famille selon les hommes diffère peu de celle des femmes de la même catégorie. Par contre, à partir de 3-4 enfants, l'écart entre les deux sexes se creuse au détriment des femmes : 7,4 à 7,6 chez les hommes contre 5,9 à 6,6 chez les femmes.

Il y a une différence notable entre la taille moyenne idéale de la famille chez les hommes polygames (8,3 enfants) comparée à celle des femmes du même statut matrimonial (6,1 enfants). À l'exception des groupes du niveau secondaire ou plus, dans lesquels la moyenne de la taille idéale de la famille est quasi-identique pour les deux sexes, ailleurs, cette moyenne est supérieure chez les hommes.

Les hommes et les femmes des religions musulmane ou chrétienne ont à peu près la même taille moyenne idéale de famille alors qu'apparaît un écart important en ce qui concerne les animistes (8,9 enfants pour les hommes contre 7,2 enfants pour les femmes). En fait, les animistes présentent la plus grande taille moyenne idéale de la famille, tant chez les hommes que chez les femmes.

En milieu urbain, les hommes et les femmes ont à peu près la même taille idéale moyenne de la famille, mais ce n'est pas le cas en milieu rural (7,1 pour les hommes contre 6,1 pour les femmes).

Globalement, les hommes ont une taille moyenne idéale de la famille relativement plus élevée que celle des femmes (6,2 contre 5,7).

Le tableau 8 compare la taille idéale de la famille pour les femmes et les hommes dans les couples monogames. Dans la plupart des cas, la concordance du nombre d'enfants souhaités par l'homme et la femme dans les unions monogames est faible. Les meilleures concordances se retrouvent pour un nombre d'enfants supérieur ou égal à 6 (46 %) et dans la référence à "Ce que Dieu donnera" (47 %).

Tableau 7 Taille moyenne idéale de la famille chez les hommes et les femmes de moins de 45 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 1993

Caractéristique socio-démographique	Hommes	Femmes
Enfants vivants		
Sans enfant	5,46	5,18
1-2	5,98	5,56
3-4	7,38	5,93
5-7	7,44	6,36
8 ou plus	7,56	6,57
État matrimonial		
Jamais marié	5,44	4,95
Monogame	6,26	5,60
Polygame	8,28	6,10
Veuf, sép., div.	4,36	5,48
Instruction		
Aucune	7,03	6,10
Primaire	5,51	4,61
Secondaire ou +	3,66	3,62
Religion		
Musulmane	6,28	5,68
Chrétienne	5,36	5,08
Animiste	8,90	7,16
Autre	4,71	6,29
Région de résidence		
Ouagadougou	4,06	4,09
Nord	6,55	5,94
Est	7,28	6,54
Ouest	6,25	5,58
Centre/Sud	7,08	6,00
Milieu de résidence		
Urbain	4,20	4,28
Rural	7,05	6,14
Total Effectif	6,19 1 019	5,70 4 516

Tableau 8 Répartition en pourcentage de la taille idéale de la famille chez les femmes de 15-49 ans en union monogame par la taille idéale de la famille selon l'opinion de leur mari, Burkina Faso 1993

Mari	Femme								Effectif	Pourcentage	
	0	1	2	3	4	5	6 ou plus	Non numérique			
0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0	0,0
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	0,4
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12	2,0
3	(0,0)	(0,0)	(8,0)	(19,1)	(26,6)	(19,7)	(14,3)	(12,3)		39	6,5
4	0,6	0,0	3,0	11,3	30,3	17,2	24,4	13,1		86	14,3
5	0,6	0,6	3,8	6,6	11,3	20,1	33,1	23,9		86	14,3
6 ou plus	0,0	1,2	0,8	2,5	9,2	16,4	45,6	24,3		229	38,0
Non numérique	0,0	0,0	0,4	2,2	6,3	9,4	34,7	47,1		148	24,6
Total	0,2	0,6	2,3	5,7	13,5	15,4	36,3	27,1		-	100,0
Effectif	1	4	14	34	81	93	212	163		601	601

Note : * Données non publiées par ce que basées sur moins de 25 cas.
 () Données basées sur un nombre de cas compris entre 25 et 49.

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette étude de la fécondité et des préférences en matière de fécondité des hommes n'a pu cerner tous les éléments qui auraient permis de se prononcer avec force sur la fécondité des hommes au Burkina. Toutefois, elle met en relief certains points de repère très importants. En particulier, les comparaisons qu'elle établit entre les hommes et les femmes sont édifiantes.

La fécondité des hommes est beaucoup plus faible que celle des femmes chez les plus jeunes, sauf chez les polygames. Les femmes ont, en moyenne, trois fois plus d'enfants vivants que les hommes avant l'âge de 35 ans. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les naissances d'enfants avant et/ou hors mariage sont toujours assumées par les femmes, ce qui n'est pas souvent le cas de l'homme géniteur. De plus, on observe que la société tolère d'avantage les situations de "filles-mères" et intègre de plus en plus ces enfants dans la famille de la mère.

Au fur et à mesure que l'âge augmente, la différence de fécondité s'atténue entre les deux sexes. Ce qui laisse voir que les hommes entrent plus tard que les femmes dans la procréation et y restent plus longtemps. Le cas des polygames retient en particulier l'attention. La polygamie déclarée touche un homme sur quatre âgé de 18 ans ou plus. Et chez les polygames, l'homme a toujours plus d'enfants vivants que la femme, quelle que soit la tranche d'âges. Comparativement aux femmes, la relative remontée de la moyenne des enfants vivants des hommes est, en partie, imputable à la fécondité particulièrement élevée des hommes polygames âgés.

Comme on pouvait s'y attendre, la fécondité des hommes décroît nettement avec l'élévation du niveau d'éducation tout en restant toujours à un niveau inférieur à celui de la femme. Mais, pour les personnes sans niveau d'instruction, les hommes sont, à terme, aussi féconds que les femmes.

Dans le volet des préférences en matière de fécondité, l'étude révèle que les hommes ont, en général, moins d'enfants vivants que les femmes mais, en fait, ces dernières souhaitent toujours avoir moins d'enfants que les hommes.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le niveau d'instruction élevé et la résidence dans le milieu urbain sont associés à une plus faible taille idéale de famille. Un autre résultat intéressant de l'étude est qu'elle montre qu'au sein du couple, mari et épouse sont divergents pour la taille idéale de la famille. Un meilleur échange au sein des foyers sur les questions de fécondité et, partant, sur la taille de leur famille permettrait aux couples d'harmoniser leurs perceptions et désirs afin de mieux vivre ensemble leur fécondité.

L'étude montre aussi que, paradoxalement, plus les hommes sont vieux ou ont des enfants, plus ils déclarent désirer d'autres enfants. En effet, seulement moins d'un tiers des hommes à grande famille auraient voulu une famille plus petite. On peut se demander si le désir d'une grande famille est un choix qui sous-tend la polygamie ou si c'est parce que leur famille est, de fait, nombreuse que la déclaration des hommes s'y conforme. Des enquêtes qualitatives pourraient mieux cerner le contenu du désir d'une plus grande famille chez les hommes polygames et/ou d'âge avancé.

Les résultats de cette étude sont de beaucoup comparables à ceux de la Côte d'Ivoire où la polygamie touche environ 9 % des hommes. La forte fécondité et les préférences pro-natalistes en matière de fécondité des hommes au Burkina Faso pourrait bien constituer le cas extrême des pays sahéliens où la polygamie est en vigueur.

7. IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude démontre une tendance, au moins, aussi pro-nataliste chez les hommes que chez les femmes. Elle n'a pas tenté de déterminer si les hommes sont opposés à la planification familiale. Les résultats de l'EDS montrent que les hommes connaissent plus les méthodes de planification familiale que les femmes. Mais il est clair que, par rapport à la fécondité, la sensibilisation envers les hommes devrait être accentuée et, surtout, être réorientée. Il s'agit de faire en sorte que le dialogue s'améliore au sein des foyers sur les questions de fécondité. L'Information/Education/Communication (IEC) devrait aider les hommes à savoir comment mieux discuter de la fécondité avec leurs conjointes et vice versa. Ce partage de perception et projections accentuera la responsabilité commune des couples et influencera positivement le passage de la connaissance de la PF à son utilisation au Burkina Faso.

L'étude est plutôt descriptive et beaucoup plus de détails sont nécessaires pour donner une compréhension approfondie de la fécondité et des préférences en matière de fécondité des hommes au Burkina Faso. Plusieurs des variables prises en compte dans l'étude sont interdépendantes. Des méthodes d'analyse statistiques plus poussées permettraient d'affiner les résultats et de contrôler l'effet de chaque caractéristique socio-démographique ici présentée. De même, des études qualitatives portant sur les polygames sont nécessaires pour mieux expliciter et interpréter les préférences en matière de fécondité de cette catégorie d'hommes.

RÉFÉRENCES

Caldwell, John C. et Pat Caldwell. 1987. The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 13(3) : 409-437.

Conseil National de la Population. 1991. *Politique de population au Burkina Faso*. Ouagadougou. 44p.

Ezel, Alex, Michka Seroussi et Hendrik Raggars. 1996. *Men's fertility, contraceptive use, and reproductive preferences*. DHS Comparatives Studies No 18. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Institut National de la Statistique et de la Démographie. 1988. *Annuaire statistique du Burkina*. Ouagadougou.

Institut National de la Statistique et de la Démographie. 1994. *Analyse des résultats de l'Enquête Démographique 1991*. Ouagadougou.

Isiugo-Abanihe, Uche C. 1994. Reproductive motivation and family-size preference among Nigerian men. *Studies in Family Planning* 25(3) : 149-61.

Konaté, Désiré, Tinga Sinaré et Michka Seroussi. 1994. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1993*. Calverton, Maryland : Institut National de la Statistique et de la Démographie [Burkina Faso] et Macro International Inc.

McGinn, Therese, Azara Bamba et Moise Balma. 1989. Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 15(3) : 84-87.

Ministère de la Santé, de l' Action Sociale et de la Famille. 1995. *Statistiques Sanitaires 1993*. Ouagadougou.

Mott, Frank L. et Susan H. Mott. 1985. Household fertility in West Africa : a comparison of male and female survey results. *Studies in Family Planning* 16(2) : 88-99.

United Nations. 1995. *Population and development : programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*. 5-13 September 1994, Vol. 1.

Sinaré, Tinga et Pagari, Ouoba. 1994. Fécondité au Burkina Faso : niveaux, tendances et facteurs explicatifs. *Atelier Régional d'Analyse des EDS pour l'Afrique Francophone*. CERPOD-DHS.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA
CONTRACEPTION PAR LES HOMMES ET
CONCORDANCE DANS LES
DÉCLARATIONS DES CONJOINTS
SUR L'UTILISATION DE LA
CONTRACEPTION AU CAMEROUN**

**Paulette BEAT SONGUE, Sociologue,
Université de Yaoundé I (Cameroun)**

et

**Médard FOTSO, Démographe,
Bureau Central des Recensements
et Études de Population (Cameroun)**

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

decembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	35
LISTE DES GRAPHIQUES	37
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	39
RÉSUMÉ	41
1. INTRODUCTION	43
2. PRÉSENTATION DU CAMEROUN	45
3. OBJECTIFS ET STRUCTURE DE L'ÉTUDE	45
4. DONNÉES DE L'ÉTUDE	46
4.1 Plan de sondage et choix de l'échantillon	46
4.2 Collecte des données sur les variables clés	47
4.2.1 Connaissance de la contraception	47
4.2.2 Utilisation de la contraception	47
4.3 Caractéristiques des enquêtés	48
5. RÉSULTATS	49
5.1 Connaissance de la Contraception	49
5.1.1 Connaissance de la contraception selon le type et les méthodes spécifiques ..	49
5.1.2 Connaissance de la contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	50
5.2 Utilisation de la Contraception	55
5.2.1 Utilisation passée de la contraception	55
5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception par les maris	60
5.2.3 Principales raisons de non-utilisation de la contraception par les maris	61
5.3 Correspondance dans les Déclarations des Conjoints sur L'utilisation Actuelle de la Contraception	62
5.4 Besoins non satisfaits en Matière de PF	64
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS	68
7. CONCLUSION GÉNÉRALE	69
RÉFÉRENCES	73
ANNEXES	75

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Connaissance de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence	49
Tableau 2	Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques	51
Tableau 3	Connaissance de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques	52
Tableau 4	Utilisation passée de la contraception chez les hommes et les femmes selon le milieu de résidence.	55
Tableau 5	Utilisation passée de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques	57
Tableau 6	Utilisation passée de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques	58
Tableau 7	Utilisation actuelle de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques	60
Tableau 8	Correspondance dans la déclaration des maris et leurs épouses sur les méthodes contraceptives utilisés actuellement	62
Tableau 9	Déclarations concordantes des maris et de leurs épouses sur les méthodes utilisées actuellement selon certaines caractéristiques socio-démographiques des maris	63
Tableau A1	Taille et couverture de l'échantillon	75
Tableau A2	Caractéristiques socio-démographiques des maris et des femmes enquêtés	76
Tableau A3	Caractéristiques différentielles des couples selon certaines caractéristiques socio-démographiques	77
Tableau A4	Raisons de non-utilisation de la contraception par les maris	78
Tableau A5	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les maris	78

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 4.1 Répartition des maris par année d'âge	48
Graphique 5.1 Raisons de non-utilisation de la contraception	62
Graphique 5.2 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon l'âge	65
Graphique 5.3 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon le niveau d'instruction	65
Graphique 5.4 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon le milieu de résidence	66
Graphique 5.5 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon la région de résidence	67
Graphique 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon le type d'union ...	67
Graphique 5.7 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon le nombre d'enfants vivants	68

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AD/NO/EN	Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (région du Cameroun)
BNS	Besoins non satisfaits en matière de PF
D I U	Dispositif Intra-Utérin
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la Population
IEC	Information, Éducation, Communication
MINASCOF	Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
N-Ouest/S-Ouest	Nord-Ouest/Sud-Ouest (région du Cameroun)
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification familiale ou Planning Familial
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun, 1987
SMI	Santé Maternelle et Infantile
WHO (OMS)	World Health Organization
Ydé/Dla	Yaoundé/Douala (les deux plus grandes villes)
ZD	Zone de Dénombrement

RÉSUMÉ

Cette étude s'appuie sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, réalisée en 1991. Cette étude apporte une contribution à l'amélioration de l'information sur le comportement des hommes en matière de contraception.

Les données de l'étude portent sur un sous-échantillon de 814 maris sélectionnés parmi les époux des 2 868 femmes de 15-49 ans interrogées au moment de l'enquête.

Au Cameroun, 74 % des maris connaissent, au moins, une méthode de contraception : 65 % connaissent, au moins, une méthode moderne et 9 % connaissent seulement une méthode traditionnelle. Le condom (50 %), la stérilisation féminine (47 %) et la continence périodique (47 %) sont les méthodes les mieux connues.

La connaissance de la contraception varie en fonction de l'âge. Elle atteint son maximum à 30-39 ans (80 %) pour les maris et à moins de 30 ans (74 %) pour les femmes.

Le niveau d'instruction, le milieu et la région de résidence influencent le niveau de connaissance de la contraception. La proportion des maris qui ne connaissent aucune méthode de contraception est plus importante chez les maris n'ayant aucun niveau d'instruction (49 %) que chez ceux qui ont un niveau d'instruction primaire (14 %) ou secondaire et plus (2 %). En milieu urbain et rural, ces proportions sont, respectivement, de 17 % et 32 %. Par région de résidence, Yaoundé/Douala a les niveaux de connaissance contraceptive les plus élevés, et l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord les plus faibles.

La connaissance de la contraception est légèrement plus élevée chez les monogames (74 %) que chez les polygames (73 %). Par ailleurs, elle augmente globalement avec le nombre d'enfants vivants. Toutefois, près de 23 % des maris qui ont, au moins, six enfants ne connaissent aucune méthode de contraception.

Les niveaux d'utilisation de la contraception sont beaucoup plus faibles que ceux de la connaissance. Dans le passé, 48 % des maris ont utilisé la contraception. Au moment de l'enquête, pour l'ensemble des méthodes, cette proportion était de 20 %, dont 6 % seulement utilisaient une méthode moderne. Le désir d'avoir d'autres enfants est la principale raison de non-utilisation de la contraception.

La concordance des déclarations des conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception est plus élevée lorsque les deux conjoints déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive. Par contre, elle est relativement faible en milieu urbain et dans les couples où le mari est plus instruit ou a plus d'enfants.

Le niveau des besoins non satisfaits en matière de PF pour limiter les naissances est évalué seulement à 8 % environ chez les maris. Ces besoins sont relativement plus importants chez les maris les plus âgés, les moins instruits, chez ceux du milieu urbain, et de la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Ils sont plus importants pour les monogames que pour les polygames, et ne deviennent réellement effectifs que pour les maris qui ont, au moins, six enfants vivants.

1. INTRODUCTION

Cette étude a pour but de déterminer la connaissance et l'utilisation de la contraception par les maris au Cameroun, sur la base des données de la dernière Enquête Démographique et de Santé du Cameroun réalisé en 1991.

Les hommes ont souvent été des "laissés-pour-compte" de la planification familiale (PF), aussi bien par ceux qui réalisent des recherches sur la contraception que par ceux qui interviennent sur le terrain, en matière de contraception. Potts, à ce sujet, parle des "50 % oubliés" de la planification familiale (Potts, 1992). Plusieurs auteurs pensent que bon nombre de programmes de diffusion et de vulgarisation de la contraception n'atteignent pas leurs objectifs en raison de cette négligence des hommes, que ce soit au niveau de l'élaboration ou de la mise en application de ces programmes (voir, Oppong, 1987; Adamchak et Adebayo, 1987; Hawkins, 1992). La majorité des recherches, en matière de contraception, ont souvent beaucoup plus été centrées sur les femmes que les hommes, pour lesquels on trouve peu d'informations. Mundigo affirme à ce sujet : "...la disponibilité de l'information relative au niveau d'engagement des hommes dans les décisions liées à la reproduction sont un domaine ...inexploré, alors qu'il est un domaine crucial, du point de vue des politiques", (Mundigo, 1995, p. 20). Même la collecte des données sur la fécondité s'est souvent beaucoup plus concentrée sur les femmes que sur les hommes (voir l'Enquête Mondiale sur la Fécondité). La même remarque est valable pour les interventions en matière de planification familiale, les unités de PF étant souvent installées dans les centres de santé maternelle et infantile (SMI), presque exclusivement fréquentés par les femmes et leurs enfants.

Pourtant, en Afrique, le rôle des hommes, en matière de contraception, s'exerce à plusieurs niveaux :

- la réception et la diffusion de l'information sur la contraception, entre partenaires sexuels;
- la décision relative à l'utilisation de la contraception et du choix du nombre d'enfants au sein du ménage;
- l'utilisation de la contraception;
- la communication entre partenaires, en matière de contraception.

Dans plusieurs communautés, la responsabilité entre partenaires sexuels et couples, en ce qui concerne la contraception, est inégalement répartie entre hommes et femmes. Ce sont souvent les hommes qui prennent les décisions dans le couple, et les femmes se soumettent souvent à leurs avis, ou bien sont dépendantes de l'autorisation du mari pour l'utilisation d'un contraceptif (voir, Khalifa, 1988; Mott et Mott, 1985; Van de Walle et Traoré, 1986).

Cette inégale distribution de l'autorité entre hommes et femmes, au sein des couples, en matière de contraception, ainsi que les nombreux préjugés entretenus par les hommes à l'égard de la contraception féminine (notamment la peur d'avoir des femmes adultères, mentionnée par certains auteurs, dont Olusanya, 1969), rend impérative la collecte d'informations sur leur exacte condition, en matière de contraception. Il convient notamment de savoir quelle est leur connaissance et quel rôle ils jouent dans l'utilisation de la contraception, autant par eux-mêmes que par les femmes. Cette préoccupation s'inscrit d'ailleurs dans les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en septembre 1994, qui souligne la nécessité de "... promouvoir l'égalité entre les sexes dans tous les domaines de la vie d'un être humain, notamment au sein de la famille et de la collectivité, d'encourager les hommes à faire preuve du sens des responsabilités dans leur vie sexuelle et leur comportement procréateur et dans leur vie sociale et familiale, et leur donner le moyen de le faire..." (Rapport de la Conférence Internationale

sur la Population et le Développement du Caire, 1994, page 30). Au Cameroun, déterminer chez les hommes le niveau de connaissance et d'utilisation de la contraception chez les hommes, s'inscrit dans cette optique. En effet, les études et actions menées en matière de contraception ont beaucoup plus porté sur les femmes que sur les hommes. Ainsi, la régulation des naissances est communément admise comme relevant de la responsabilité des femmes, bien que l'accord des conjoints soit nécessaire pour l'utilisation d'une méthode contraceptive (Leke, 1993). L'étude d'Awassum (1991), réalisée sur des femmes en milieu urbain, rend compte du fait que 42 % des épouses interrogées avaient besoin du consentement de leurs maris, avant d'appliquer une méthode contraceptive donnée. Cette proportion est encore beaucoup plus élevée en milieu rural dans le contexte traditionaliste d'une société où l'autorité est essentiellement détenue par les hommes, et les maris. Le mari joue un rôle déterminant dans la décision du choix du nombre d'enfants, et l'application d'une méthode contraceptive donnée (MINASCOF, 1988). Bien souvent, l'attitude des maris, vis-à-vis de la contraception des épouses, semble négative, de l'avis de ces femmes. Les maris pensent que la femme qui utilise des méthodes contraceptives le fait pour avoir des rapports sexuels extra-maritaux en toute liberté, à l'insu de son époux (Leke, 1993).

La position des hommes, par rapport aux méthodes contraceptives et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du Sida, s'avère donc importante, non seulement à cause de leur statut de décideurs dans les ménages, mais aussi du rôle qu'ils ont dans la diffusion de l'information sur la contraception, de leur influence sur la pratique contraceptive des femmes, et de leur utilisation de la contraception. Dès lors, on peut s'interroger sur le degré d'implication des hommes dans le domaine de la contraception à savoir :

- Quelle proportion d'hommes connaissent la contraception?
- Quelles sont les méthodes contraceptive les mieux connues?
- Quelles variables socio-économiques influencent cette connaissance, et comment?
- Quelles différences relève-t-on entre les maris et leurs épouses, suivant certaines caractéristiques démographiques, dans leurs connaissances de la contraception?
- Quelle proportion de maris utilisent, avec leurs épouses, la contraception et quelles sont les principales raisons de la non-utilisation de la contraception par les maris?
- Quelles variations peut-on observer, entre conjoints, dans l'utilisation de la contraception, suivant certaines caractéristiques démographiques?
- Quel est le degré de concordance entre les déclarations des maris et leurs épouses, dans l'utilisation de la contraception?
- Y a-t-il des besoins non satisfaits chez les maris en matière de planification familiale?

Telles sont les questions auxquelles se propose de répondre cette étude.

La connaissance et l'utilisation de la contraception par les hommes varie en fonction d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels l'âge, le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction, le type d'union et le nombre d'enfants vivants. Mais, avant de revenir sur les objectifs de cette étude, il convient de préciser dans quel contexte elle s'est déroulée, en faisant une brève présentation du pays.

2. PRÉSENTATION DU CAMEROUN

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée. Il a une superficie d'environ 465 000 km², et des frontières communes avec le Tchad au nord-est, la République Centrafricaine à l'est, le Nigéria à l'ouest; et au sud, avec le Congo, le Gabon, et la Guinée Équatoriale.

Le Cameroun comptait en 1996 près de 14 000 000 d'habitants. On y trouve plus de 200 ethnies réparties en 5 grands groupes : les Bantous, Semi-Bantous, les Soudanais, les Hamites et Sémites. Le système parental est de type patrilinéaire, avec des familles élargies.

L'économie repose sur l'activité agricole. Sur le plan administratif, le Cameroun, est divisé en 10 provinces. Les langues officielles sont le Français et l'Anglais.

La prévalence de la contraception est faible, au Cameroun, et le niveau de fécondité est élevé. Selon le rapport de l'EDS (Balépa et al., 1992), 20 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive, au moment de l'enquête, parmi lesquelles 4 % seulement utilisaient des méthodes modernes. L'indice synthétique de fécondité était de 5,8 enfants par femme au niveau national et le nombre annuel moyen de naissance vivantes dans la population (taux brut de natalité) de 39 ‰ Sur 1 000 naissances vivantes, 126 décèdent avant l'âge de 5 ans, et la moitié d'entre elles n'atteignent pas leur premier anniversaire. Le taux brut de mortalité a été évalué à 13,7 ‰ pour mille par le recensement général de la population et de l'habitat de 1987.

Depuis 1988, le Cameroun a adopté une politique de "Parenté Responsable", ce qui représente une évolution par rapport à l'orientation pro-nataliste appliquée depuis son indépendance en 1960. Pour l'appliquer, un certain nombre d'actions ont été entreprises, parmi lesquelles l'élaboration d'une politique nationale de population, la mise en place de structures chargées des questions de population, ainsi que plusieurs programmes de promotion du Planning Familial.

Cependant, en dehors des campagnes de vulgarisation et de commercialisation du condom, peu d'actions en matière de contraception ont été menées spécifiquement en direction des hommes. Or, une récente étude de Fotso et Libité, (1994), montre que l'attitude du mari vis-à-vis de la contraception, explique en partie la décision des épouses concernant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur. Mais les besoins contraceptifs s'avèrent présents même chez les célibataires et les adolescents.

3. OBJECTIFS ET STRUCTURE DE L'ÉTUDE

Sur la base des données de l'EDS Cameroun (1991), les objectifs de cette étude sont les suivants:

- déterminer les niveaux de connaissance, d'utilisation passée et actuelle de la contraception par les maris selon certaines caractéristiques démographiques, et par type de méthodes; un léger rapprochement sera éventuellement effectué avec les données sur les femmes;
- comparer les déclarations des maris et de leurs épouses sur l'utilisation actuelle de la contraception, suivant certaines caractéristiques démographiques;
- mesurer les besoins non satisfaits des maris en matière de planification familiale;
- formuler, sur la base des résultats obtenus, des recommandations et suggestions futures de recherche.

Après l'introduction, la présentation du pays et celle des objectifs, suivront les données de l'étude, puis les résultats sur la connaissance et de l'utilisation de la contraception, la concordance dans les déclarations des conjoints pour l'utilisation de la contraception, les besoins non satisfaits des maris en matière de planification familiale. Enfin, les derniers points de l'étude seront consacrés à la discussion des principaux résultats et à quelques recommandations pour de futures recherches et interventions.

4. DONNÉES DE L'ÉTUDE

Les résultats présentés dans cette étude s'appuient sur les données de l'EDS Cameroun réalisée en 1991 par la Direction Nationale du deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Ils concernent particulièrement les maris et ne prennent en compte que les cas interrogés avec succès. Les données sont basées sur la population de fait et le principal logiciel d'analyse utilisé est le Statistical Package for Social Science (SPSS/PC).

Pour une meilleure compréhension de ces résultats, quelques aspects méthodologiques de l'enquête sont rappelés ci-après.

4.1 Plan de sondage et choix de l'échantillon

Initialement fixé à 6 300 femmes, la taille de l'échantillon a finalement été planifiée à environ 4 500 femmes âgées de 15 à 49 ans. L'échantillon était stratifié, pondéré et représentatif au niveau national, urbain, rural, Yaoundé/Douala (les plus grandes villes du pays), et au niveau des grands ensembles géographiques suivants: Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, Centre/Sud/ Est, Ouest/Littoral, Nord-Ouest/Sud-Ouest.

La base de sondage était constitué de l'ensemble des zones de dénombrement (ZD) du Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH) de 1987. Les ZD constituaient l'unité primaire de sondage et l'échantillon final tiré a compté 154 ZD. Mais finalement, 149 ZD seulement ont été couvertes sur le terrain.

Les données sur la taille et la couverture de l'échantillon figurent en annexe au tableau A1. D'après ce tableau, 4 272 ménages ont été sélectionnés. Parmi ces ménages, 3 647 ont finalement été identifiés sur le terrain, et 3 538 enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,0 %. Quant aux femmes éligibles, 4 106 ont été identifiées et 3 871 furent enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 94,3 %.

En outre, une enquête a été menée auprès d'un sous-échantillon de 50 % des maris de toutes les femmes éligibles, qu'elles soient enquêtées avec succès ou non, pour prévoir des analyses de type maris et des analyses de type comparatif mari-femme.

Un sous-échantillon de 1 011 maris a été sélectionné pour l'enquête mari. Finalement, parmi ces maris éligibles, 998 ont été identifiés sur le terrain et 814 enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 81,6 %.

Les variables clés de l'étude sont les suivantes:

- Connaissance de la contraception;
- Utilisation de la contraception;

Les variables indépendantes, susceptibles d'influencer la connaissance et l'utilisation de la contraception ont été: l'âge, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, la région, le type d'union et le nombre d'enfants vivants.

4.2 Collecte des données sur les variables clés

4.2.1 Connaissance de la contraception

La connaissance des méthodes contraceptives est une condition préalable à l'utilisation de la contraception. Pour collecter les données sur la connaissance de la contraception, un certain nombre de questions étaient posées aux enquêtés :

- “De quel moyen ou méthode avez-vous entendu parler?” Chaque méthode ou moyen cité par l'enquêté était considéré comme connaissance spontanée;
- pour les méthodes non mentionnées spontanément par le répondant, l'enquêtrice devait les lui décrire et enregistrer le cas échéant s'il en avait entendu parler ou les connaissait.

On considère qu'une personne connaît une méthode de contraception si elle l'a citée spontanément, ou si elle a déclaré la connaître après description. Les méthodes ainsi enregistrées ont été classées en deux catégories :

- les méthodes modernes: la pilule, le dispositif intra-utérin (DIU), les injections, les méthodes vaginales, le condom, la stérilisation féminine et la stérilisation masculine.
- les méthodes traditionnelles: la continence périodique, l'abstinence prolongée et le retrait.

Toutes les autres méthodes (herbes, écorces, lianes, gris-gris...) sont enregistrées dans la catégorie “autres méthodes”.

4.2.2 Utilisation de la contraception

On distingue ici l'utilisation de la contraception à un moment quelconque de la vie, de l'utilisation actuelle (au moment de l'interview).

Pour mesurer le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque de la vie des maris ou des femmes en union interrogés, l'enquêtrice demandait à ceux (ou celles) qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive s'ils (ou si elles) avaient déjà utilisé cette méthode. La question était la suivante: “Avez-vous, vous ou votre (vos) partenaire(s) déjà utilisé (METHODE) pour retarder ou éviter une grossesse?” Quant à l'utilisation actuelle, la question était posée ainsi: “En ce moment, vous ou votre (vos) épouse(s)/femme(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?”

Ainsi formulée, la question permettait d'avoir des informations auprès des maris, aussi bien pour les méthodes exclusivement utilisables par les femmes (pilule, DIU, méthodes vaginales ... etc.) que pour celles utilisées par eux mêmes.

4.3 Caractéristiques des enquêtés

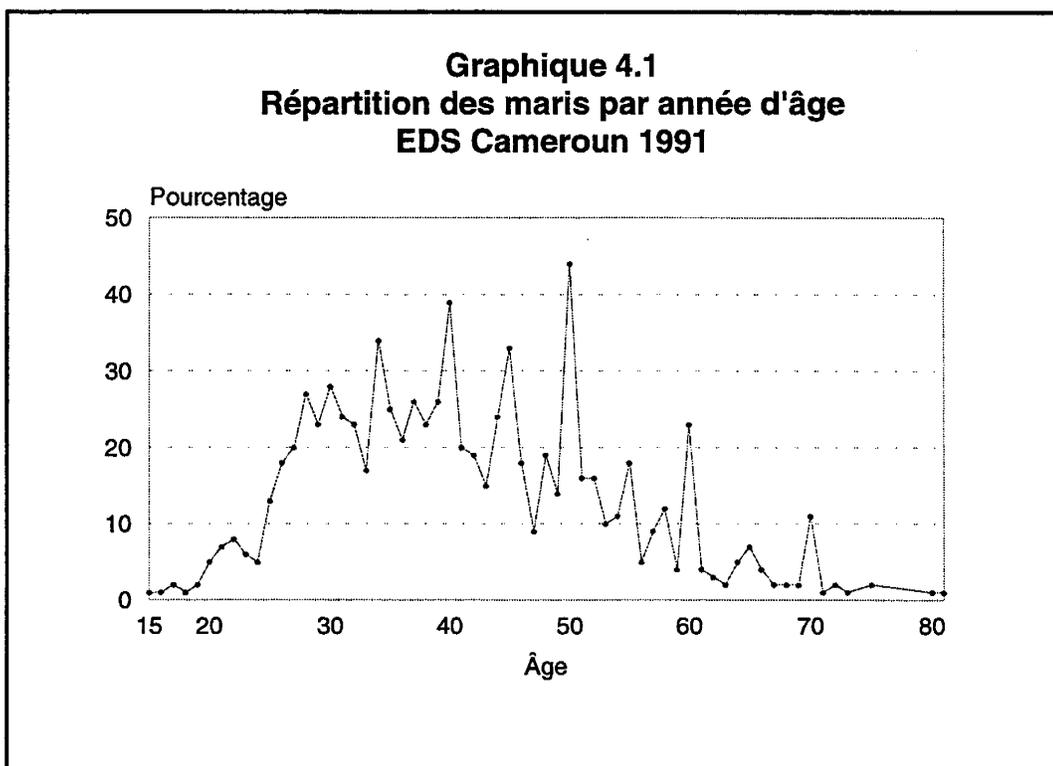
Le tableau A2 (en annexe) présente les caractéristiques socio-démographiques des maris et des femmes en union enquêtés. D'après ce tableau, plus de la moitié des maris (53 %) ont 40 ans et plus, et ceux de moins de 30 ans ne représentent que 17 % de l'échantillon. Sur le plan de l'instruction, une forte proportion de maris (43 %) n'ont aucun niveau d'instruction, et une proportion relativement faible d'entre eux (24 %) ont atteint le niveau d'enseignement secondaire ou supérieur. Les maris interrogés résident en majorité (45 %) dans la région Adamaoua, Nord et Extrême-Nord, et plus d'un mari sur quatre (26 %) vivent en union polygame. En outre, dans une très grande majorité (58 %), les maris ont, au moins, quatre enfants.

Contrairement aux maris, les femmes sont majoritairement plus jeunes puisque 53 % d'entre elles ont moins de 30 ans. Elles sont beaucoup moins instruites que les maris et vivent majoritairement dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (41 %). La proportion des femmes en union polygame est 39 %.

S'agissant des couples, on a combiné les réponses des maris et de leurs épouses pour obtenir des informations intéressantes. Au tableau A3 (annexe) figurent quelques caractéristiques différentielles de ces couples.

On peut remarquer ici que les maris sont généralement plus âgés que leurs épouses: en effet, dans 29 % de cas le mari a au moins 15 ans de plus que son épouse. La distribution de l'échantillon par type de mariage montre une prédominance de couples monogames. On peut cependant remarquer que les déclarations des conjoints ne concordent pas pour le type de leur union (2 % de cas) et pour le nombre d'enfants vivants (58 %) des cas.

Enfin, il est intéressant d'avoir une idée sur la qualité des données sur l'âge. Le graphique 4.1 présente la répartition des maris selon l'âge et fait ressortir très nettement des irrégularités : attraction pour les âges terminés par 0 et 5.



5. RÉSULTATS

Dans cette partie, nous présenterons les principaux résultats de l'étude qui traite de la connaissance, de l'utilisation de la contraception, de la correspondance dans les déclarations des conjoints sur l'utilisation de la contraception et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

5.1 Connaissance de la Contraception

Les tableaux 1 à 3 présentent les résultats concernant la connaissance de la contraception par les maris et les femmes en union au moment de l'enquête. On s'intéresse ici à la connaissance selon le type et les méthodes spécifiques et selon certaines caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées.

5.1.1 Connaissance de la contraception selon le type et les méthodes spécifiques

Dans l'ensemble, plus d'un mari sur quatre (26 %) ne connaît aucune méthode contraceptive. Cette proportion est beaucoup plus importante en milieu rural (31 %) qu'en milieu urbain (17 %). On peut noter que 63 % des maris connaissent, au moins, une méthode moderne de contraception (et éventuellement une méthode traditionnelle) et 9 % connaissent seulement une ou des méthodes traditionnelles. Les méthodes modernes sont plus connues par les maris du milieu urbain (80%) que par ceux du milieu rural (56 %), alors que 12 % des maris du milieu rural ne connaissent que des méthodes traditionnelles, contre 3 % en milieu urbain.

Par méthode spécifique, le niveau de connaissance de la contraception est très variable d'une méthode à l'autre, et les écarts entre le milieu urbain et le milieu rural sont parfois importants. Chez les maris, le condom est globalement la méthode la plus connue (50 %), suivi de la stérilisation féminine (47 %), de la continence périodique (47 %) et de l'abstinence prolongée (46 %).

Tableau 1 Connaissance de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence

Proportion de maris et de femmes en union qui connaissent ou non une méthode contraceptive selon le milieu de résidence, par type de méthode et par méthode spécifique, EDS Cameroun 1991

Type de méthode	Maris			Femmes		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Type de méthode						
Ne connaît aucune méthode	16,8	31,5	26,1	20,3	36,6	30,4
Connaît au moins une méthode moderne	80,3	56,3	65,2	76,2	54,7	62,9
Connaît seulement une/des méthodes traditionnelle	2,9	12,2	8,7	3,5	8,7	6,7
Méthode spécifique						
Pilule	59,6	34,9	44,0	64,4	33,8	45,5
DIU	37,6	19,7	26,4	46,4	19,6	29,9
Injections	46,1	27,2	34,2	55,5	30,5	40,1
Méthod. vaginales	24,7	11,6	16,5	25,1	9,2	15,3
Condom	66,5	40,7	50,3	58,1	28,3	39,7
Stér. féminine	58,9	40,6	47,4	61,6	44,3	50,9
Stér. masculine	14,4	8,0	10,4	11,7	4,6	7,3
Continence périodique	59,7	40,0	47,3	56,4	28,8	39,4
Abstinence	57,7	39,2	46,1	52,0	34,5	41,2
Retrait	53,0	30,4	38,8	49,4	27,2	35,7
Autres méthodes	5,2	5,9	5,6	10,4	6,0	7,7
Ensemble	83,2	68,5	73,9	79,7	63,4	69,6
Effectif	302	512	814	1 098	1 771	2 868

Parmi les femmes en union au moment de l'enquête, la proportion de celles qui ne connaissent aucune méthode de contraception est plus élevée que celle concernant les maris, et se situe à 30 %.

Par milieu de résidence, on note, en zone rurale, une proportion légèrement plus élevée de maris (35 %) que de femmes (34 %) qui connaissent la pilule. Mais globalement, que ce soit pour les maris ou pour les femmes en union, la proportion de ceux qui connaissent une méthode spécifique est toujours plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Si les maris connaissent en priorité le condom, la stérilisation féminine, la continence périodique et l'abstinence prolongée, les femmes, par contre, connaissent, par ordre d'importance, la stérilisation féminine (51 %), la pilule (46 %), l'abstinence (41 %) et les injections (40 %). Toutes les autres méthodes sont connues par moins de 40 % de femmes en union. On peut également noter que les hommes connaissent mieux que les femmes les méthodes contraceptives qui les concernent au premier chef : c'est le cas du condom et de la stérilisation masculine pour lesquels la connaissance chez les maris (respectivement 50 % et 10 %) est plus importante que celle enregistrée chez les femmes (respectivement 40 % et 7 %).

La première conclusion qui se dégage de ces observations est que les maris connaissent mieux la contraception (74 %) que les femmes en union (70 %). En outre, le niveau de connaissance de la contraception en milieu urbain est meilleur que celui en milieu rural, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la méthode spécifique considérée.

5.1.2 Connaissance de la contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

L'âge, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, la région, le type d'union et le nombre d'enfants vivants sont les variables retenues pour les caractéristiques socio-démographiques. Les tableaux 2 et 3 présentent les résultats obtenus, sur le nombre de méthodes connues respectivement pour les hommes et les femmes en union au moment de l'enquête. Un accent particulier est mis sur la pilule et le condom considérées, parmi les méthodes les plus connues, comme les plus abordables pour les populations, du point de vue matériel et pratique.

Connaissance de la contraception selon l'âge

En fonction de l'âge, c'est parmi les maris les plus âgés (50 ans et plus) qu'on trouve (tableau 2) la proportion la plus élevée (30 %) de maris qui ne connaissent aucune méthode de contraception. Par contre, à 30-39 ans, cette proportion est seulement de 20 %. Autrement dit, chez les hommes en union, la connaissance de la contraception est relativement plus importante dans ce groupe d'âges intermédiaire que dans les autres groupes. Cette tendance est globalement confirmée dans les autres catégories définies: en effet, c'est parmi les hommes de 50 ans et plus qu'on trouve la proportion la plus élevée de maris (41 %) qui connaissent moins de quatre méthodes contraceptives.

Chez les femmes en union, les niveaux de connaissance de la contraception selon l'âge présentent les mêmes variations que celles rencontrées chez les maris. C'est parmi les plus jeunes que l'on trouve les proportions les plus élevées de femmes en union qui connaissent la contraception et il semble que la connaissance de la contraception soit plus précoce chez les femmes que chez les maris. En effet, on constate (tableau 3) que chez les femmes de moins de 30 ans, 28 % d'entre elles connaissent, au moins, sept méthodes contraceptives contre 22 % seulement qui connaissent moins de quatre méthodes contraceptives. Inversement, chez les plus âgées (40-49 ans), 15 % seulement connaissent, au moins, sept méthodes contraceptives contre près de 35 % qui connaissent moins de quatre méthodes. En ce qui concerne la pilule et le condom, les proportions les plus faibles de femmes qui ont déclaré les connaître (respectivement, 35 %

Tableau 2 Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des maris selon le nombre de méthodes contraceptives connues et proportion de ceux qui connaissent la pilule et le condom selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de méthodes connues				Total	Méthode spécifique		Effectif de maris
	Aucune	1-3	4-6	7 et +		Pilule	Condom	
Groupe d'âges								
<30	26,1	17,7	23,8	32,4	100,0	49,4	64,9	140
30-39	20,2	21,8	22,5	35,6	100,0	56,9	62,5	246
40-49	28,7	27,5	20,2	23,6	100,0	41,2	45,5	208
50 et +	30,2	41,5	20,3	8,0	100,0	29,0	31,8	220
Niveau d'instruction								
Aucun	48,6	39,4	11,0	1,0	100,0	13,9	16,9	352
Primaire	14,2	27,4	34,4	24,1	100,0	54,3	61,4	267
Secondaire ou +	1,6	7,7	23,1	67,6	100,0	84,6	95,4	194
Milieu de résidence								
Urbain	16,8	21,9	24,1	37,2	100,0	59,6	66,5	302
Rural	31,5	31,4	20,0	17,0	100,0	34,9	40,7	512
Région de résidence								
Yaoundé/Douala	3,5	9,6	24,3	62,6	100,0	82,2	88,6	109
Adam./Nord/Ext. Nord	49,9	33,7	11,5	4,8	100,0	19,3	21,4	366
Centre/Sud/Est	8,2	27,5	30,0	34,3	100,0	51,5	75,2	135
Ouest/Littoral	5,9	28,6	36,6	28,8	100,0	59,9	60,9	107
N-Ouest/S-Ouest	8,7	26,1	27,8	37,4	100,0	66,8	69,6	97
Type d'union								
Monogame	25,6	24,6	22,5	27,3	100,0	47,3	51,4	604
Polygame	27,4	37,3	18,8	16,5	100,0	34,6	39,5	210
Nombre d'enfants vivants								
0	36,6	33,7	9,3	20,4	100,0	29,9	47,5	52
1-3	27,3	22,2	25,4	25,1	100,0	46,8	55,2	292
4-5	26,5	25,2	20,4	27,9	100,0	41,6	52,4	165
6 et +	22,9	33,8	20,6	22,8	100,0	45,1	44,9	305
Ensemble	26,1	27,9	21,6	24,4	100,0	44,0	50,3	814

et 24 %) se trouvent une fois de plus (Tableau 3), dans la tranche d'âge la plus élevée (40- 49 ans) comme chez les maris.

Connaissance de la contraception selon le niveau d'instruction

En considérant les personnes qui n'ont aucun niveau d'instruction, on se rend compte que près d'un mari sur deux (49 %) ne connaît aucune méthode de contraception. Seulement 1 % de maris n'ayant jamais été à l'école connaissent au moins sept méthodes contraceptives. Pour les maris du niveau d'instruction primaire, secondaire et plus, le niveau de connaissance est évidemment meilleur que celui des maris sans niveau d'instruction. En effet, seulement 14 % de ceux qui ont le niveau d'instruction primaire ne connaissent aucune méthode et cette proportion se réduit à 2 % chez les maris qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Ce qui paraît intéressant de mentionner ici est que chez les maris de niveau d'instruction primaire, pour lesquels le degré de connaissance de la contraception est généralement jugé satisfaisant (86 %), on peut

Tableau 3 Connaissance de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes en union selon le nombre de méthodes connues et proportion de celles qui connaissent la pilule et le condom selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de méthodes connues				Total	Méthode spécifique		Effectif de femmes
	Aucune	1-3	4-6	7 et +		Pilule	Condom	
Groupe d'âges								
<30	29,2	22,0	20,8	28,2	100,0	49,1	45,2	1 512
30-39	30,5	23,5	18,9	27,1	100,0	45,4	38,7	871
40-49	33,9	34,9	16,5	14,7	100,0	34,5	24,0	485
Niveau d'instruction								
Aucun	53,5	31,6	11,6	3,3	100,0	18,9	10,2	1 376
Primaire	14,3	24,4	29,0	32,4	100,0	55,7	53,9	951
Secondaire ou +	0,0	7,3	23,1	69,6	100,0	91,6	89,6	542
Milieu de résidence								
Urbain	20,3	17,1	21,2	41,5	100,0	64,4	58,1	1 098
Rural	36,6	29,3	18,4	15,6	100,0	33,8	28,3	1 771
Région de résidence								
Yaoundé/Douala	3,3	7,2	20,5	69,0	100,0	86,7	85,0	383
Adam./Nord/Ext. Nord	58,5	28,0	8,3	5,2	100,0	18,4	10,8	1 170
Centre/Sud/Est	17,7	23,8	23,8	34,6	100,0	56,6	52,3	500
Ouest/Littoral	12,9	26,8	31,2	29,1	100,0	53,4	51,3	432
N-Ouest/S-Ouest	8,0	30,3	33,9	27,8	100,0	64,0	53,2	383
Type d'union								
Monogame	24,6	22,7	21,2	31,6	100,0	53,0	46,7	1 761
Polygame	39,6	27,7	16,9	15,7	100,0	33,7	28,5	1 107
Nombre d'enfants vivants								
0	31,2	24,1	19,5	25,2	100,0	46,0	42,0	419
1-3	31,1	23,6	18,5	26,8	100,0	45,9	41,2	1 282
4-5	31,1	25,0	19,9	24,0	100,0	44,7	40,9	640
6 et +	27,3	27,1	21,4	24,2	100,0	45,1	32,7	528
Ensemble	30,4	24,6	19,5	25,5	100,0	45,5	39,7	2 868

noter tout de même que plus d'un mari sur quatre (27 %) connaît moins de quatre méthodes contraceptives et, par conséquent, que la proportion de ceux qui connaissent, au moins, quatre méthodes de contraception n'est que de 59 %. Cette proportion est, respectivement, de 12 % et de 91 % pour les maris n'ayant aucun niveau d'instruction et pour ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En ce qui concerne les femmes en union, les variations du degré de connaissance de la contraception en fonction du niveau d'instruction sont semblables à celles rencontrées chez les maris (influence positive du niveau d'instruction sur le degré de connaissance de la contraception). On note cependant, comme éléments différentiels, que la proportion des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction et qui ne connaissent aucune méthode contraceptive est plus élevée (54 %) que la proportion correspondante chez les maris (49 %). Par contre, toutes celles qui ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Enfin, parmi les femmes qui connaissent, au moins, une méthode de contraception, près d'une sur trois (32 %) n'ayant jamais été à l'école connaît moins de quatre méthodes

contraceptives. Cette proportion est de 24 % pour les femmes du niveau d'instruction primaire et de 7 % pour celles du niveau secondaire ou plus.

La connaissance de la pilule et du condom subit également l'influence positive du niveau d'instruction. Que ce soit chez les maris ou les femmes en union, la connaissance de l'une ou l'autre de ces deux méthodes spécifiques est faible (moins de 20 %) pour les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction, plus importante pour celles ayant un niveau d'instruction primaire (entre 50 et 65 %), et très élevée (plus de 80 %) pour les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Connaissance de la contraception selon le milieu de résidence

Chez les maris, la proportion de ceux qui ne connaissent aucune méthode de contraception en milieu rural (32 %) est près de 2 fois plus importante que celle du milieu urbain (17 %). Mais lorsqu'il s'agit des maris qui connaissent quatre à six méthodes de contraception, la proportion enregistrée en milieu urbain (24 %) ne s'écarte plus beaucoup de celle observée en milieu rural (20 %). Par contre, pour les maris qui connaissent, au moins, sept méthodes contraceptives, cette proportion (37 %) est plus que le double de la proportion enregistrée en milieu rural (17 %).

En ce qui concerne les femmes en union (tableau 3), il existe aussi des différences dans les proportions observées (mais toujours à la faveur du milieu urbain) pour la connaissance de la contraception. On peut relever, par exemple, que la proportion de femmes qui connaissent, au moins, sept méthodes de contraception en milieu urbain (42 %) est 2,6 fois plus importante qu'en milieu rural (16 %). Cependant, dans les autres cas, les différences observées dans les niveaux de connaissance par milieu de résidence sont globalement moins importantes ici que celles précédemment observées chez les maris.

Connaissance par région de résidence

Les résultats présentés par région de résidence indiquent beaucoup de différences dans les niveaux de connaissance de la contraception. C'est dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord que l'on trouve les proportions les plus élevées des maris qui ne connaissent aucune méthode de contraception (50 %) et qui connaissent moins de quatre méthodes de contraception (34 %). Par contre, en dehors de Yaoundé/Douala (les deux plus grandes villes du pays et qui détiennent les meilleurs indicateurs de connaissance contraceptive), c'est dans la région Ouest/Littoral que la proportion des maris qui ne connaissent aucune méthode de contraception est la plus faible (6 %).

Toujours en dehors de Yaoundé/Douala, c'est au Nord-Ouest/Sud-Ouest, suivi du Centre/ Sud/Est que l'on observe les proportions les plus faibles de maris qui connaissent moins de quatre méthodes de contraception, respectivement, 26 % et 28 %.

S'agissant de la pilule et du condom, on constate que la connaissance la plus élevée de la pilule se situe dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest suivi de la région Ouest/Littoral. Quant au condom, c'est le Centre/Sud/Est qui a le niveau le plus élevé, suivi du Nord-Ouest/Sud-Ouest.

Chez les femmes en union, les niveaux de connaissance de la contraception ont globalement les mêmes structures et les mêmes types de variation que celles des maris. Ces niveaux sont très faibles dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, élevés à Yaoundé/Douala, et se situent entre ces deux extrêmes pour les autres régions du pays.

Connaissance de la contraception selon le type d'union

En distinguant les maris monogames de ceux qui sont polygames, on se rend compte que les proportions de polygames qui ne connaissent aucune méthode (27 %) ou qui connaissent moins de quatre méthodes contraceptives (37 %) sont plus élevées que celles des monogames (respectivement, 26 % et 25 %). Cette tendance est également valable pour les femmes en union, car la proportion de celles qui sont en union polygame et qui ne connaissent aucune méthode (40 %) est plus importante que celle des femmes en union monogame (25 %).

Lorsqu'on s'intéresse au condom et à la pilule, on voit que 51 % de maris monogames connaissent le condom contre 40 % seulement de polygames; ces proportions sont, en ce qui concerne la pilule, de 47 % chez les maris monogames et 35 % seulement chez ceux qui sont polygames. En ce qui concerne les femmes en union, le niveau de connaissance de la pilule ou du condom est toujours plus faible chez les femmes en union polygame que chez celles en union monogame.

Connaissance de la contraception selon le nombre d'enfants vivants

Le tableau 2 présente également des résultats sur la connaissance de la contraception par les maris en fonction du nombre de leurs enfants vivants. Il apparaît nettement que les proportions de maris qui ne connaissent aucune méthode de contraception diminuent lorsque le nombre d'enfants vivants augmente.

Si l'on considère, par contre, les proportions de maris qui connaissent, au moins, sept méthodes de contraception, on voit bien qu'elles augmentent d'abord avec le nombre d'enfants vivants, passant de 20 % (maris sans enfants) à 28 % chez ceux qui ont quatre à cinq enfants vivants, avant de retomber à 23 % chez ceux qui ont, au moins, six enfants vivants.

S'agissant de la pilule et du condom, il n'y a pas de tendance nette des niveaux de connaissance de la contraception en rapport avec le nombre d'enfants vivants.

Comme chez les maris, les proportions des femmes en union qui ne connaissent aucune méthode de contraception diminuent lorsque le nombre d'enfants vivants augmente, mais cette diminution est moins sensible que celle observée chez les maris.

On constate également, pour les femmes en union, un phénomène comparable à ce qui a été observé chez les maris : pour les femmes qui connaissent, au moins, sept méthodes de contraception, les proportions augmentent d'abord avec le nombre d'enfants vivants avant de diminuer à partir de la parité 4. Cette baisse du niveau de connaissance peut en partie s'expliquer par le fait qu'à ce niveau de parité relativement élevé il s'agit de personnes moins jeunes, reconnues par ailleurs comme ayant des niveaux de connaissance contraceptive relativement plus faible.

Au vu de ce qui précède, on pourrait conclure que la connaissance de la contraception varie en fonction de l'âge. Les jeunes générations, tant chez les maris que chez les femmes, semblent mieux connaître la contraception que les générations anciennes. La connaissance de la contraception est plus précoce chez les femmes (maximum à moins de 30 ans) que chez les maris (maximum à 30-39 ans).

L'influence du niveau d'instruction sur la connaissance de la contraception est extrêmement importante. Le niveau de connaissance de la contraception est relativement faible pour les maris qui n'ont aucun niveau d'instruction. Cependant, même pour les maris qui ont un niveau relativement élevé de connaissance, on note qu'une proportion appréciable d'entre eux connaissent moins de quatre méthodes contraceptives.

La connaissance de la contraception est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Par région de résidence, c'est à Yaoundé/Douala qu'on trouve les niveaux de connaissance contraceptive les plus élevés. L'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord est la région où les indicateurs de connaissance sont les plus faibles (environ 50 %) alors que dans les autres régions du pays, cette proportion dépasse toujours 90 % chez les maris.

Par type d'union, la connaissance de la contraception en général, ou de la pilule et du condom en particulier, est plus importante chez les monogames que les polygames. Enfin, le niveau de connaissance de la contraception augmente globalement avec le nombre d'enfants vivants. Toutefois, chez les maris, il faut attendre d'avoir six enfants et plus pour que la proportion de ceux qui ne connaissent aucune méthode soit inférieure à 25 %. Quant aux femmes en union, même à cette parité, plus d'une femme sur quatre (27 %) ne connaissent encore aucune méthode contraceptive.

5.2 Utilisation de la Contraception

Aux personnes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, on a demandé si elles avaient déjà utilisé cette méthode à un moment quelconque de leur vie, ou si elles l'utilisaient au moment de l'interview.

Les tableaux 4, 5 et 6 présentent les résultats des investigations effectuées pour l'utilisation passée. Les résultats sur l'utilisation actuelle (utilisation de la contraception au moment de l'enquête) figurent au tableau 7.

5.2.1 Utilisation passée de la contraception

Le tableau 4 présente les résultats de l'utilisation passée de la contraception selon le type et les méthodes spécifiques.

Type de méthode	Maris			Femmes		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Type de méthode						
Ne connaît aucune méthode	42,7	58,0	52,3	44,2	69,3	59,7
Connaît au moins une méthode moderne	27,1	11,2	17,1	24,1	9,0	14,8
Connaît seulement une/des méthodes traditionnelle	30,3	30,8	30,6	31,8	21,6	25,5
Méthode spécifique						
Pilule	7,4	2,0	4,0	12,4	2,8	6,5
DIU	1,9	0,5	1,0	2,2	0,9	1,4
Injections	1,7	0,5	1,2	2,9	0,4	1,4
Méthod. vaginales	3,1	0,7	1,6	3,6	1,0	2,0
Condom	19,1	6,3	11,0	12,3	4,9	7,7
Stér. féminine	2,2	2,9	2,6	1,4	1,1	1,2
Stér. masculine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Contenance périodique	37,2	22,6	28,0	35,2	13,2	21,6
Abstinence	29,2	18,1	22,2	22,5	11,9	16,0
Retrait	23,0	14,1	17,4	24,8	12,9	17,5
Autres méthodes	0,8	0,0	0,3	2,5	1,3	1,8
Ensemble	57,3	42,0	47,7	55,8	30,7	40,3
Effectif	302	512	814	1 098	1 771	2 868

D'après ce tableau, 52 % des maris interrogés n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive : 17 % seulement avaient déjà utilisé, au moins, une méthode moderne contre 31 % qui avaient utilisé seulement des méthodes traditionnelles.

Parmi les méthodes déjà utilisées par les maris, la continence périodique est la plus importante (28 %), suivie de l'abstinence prolongée (22 %) et du retrait (17 %). Ce n'est qu'en quatrième position qu'apparaît une méthode contraceptive moderne, le condom (11 %). La stérilisation masculine n'a jamais été utilisée. En outre, que ce soit pour la pilule, le DIU, les injections ou les méthodes vaginales, moins de 5 % des maris ont déjà eu recours à l'une de ces méthodes pour retarder ou éviter une grossesse.

Chez les femmes en union, la proportion de celles qui n'ont jamais utilisé la contraception est plus importante (60 %) que celle des maris : 15 % des femmes ont déjà utilisé, au moins, une méthode moderne et 26 % n'ont déjà utilisé que des méthodes traditionnelles. Les proportions d'utilisatrices passées de la contraception en zone urbaine sont, généralement, plus importantes qu'en zone rurale.

Par méthodes spécifiques, la continence périodique (22 %), le retrait (18 %) et l'abstinence prolongée (16 %) sont, par ordre d'importance, les méthodes qui ont déjà été les plus utilisées par les femmes, suivies par le condom (8 %) et la pilule (7 %).

En définitive, l'utilisation passée de la contraception est plus importante chez les maris que chez les femmes en union, et plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Par ailleurs, elle est plus importante pour les méthodes traditionnelles que pour les méthodes modernes. Les principales méthodes déjà utilisées sont la continence périodique, l'abstinence et le retrait.

Les résultats des tableaux 5 et 6 montrent que les caractéristiques socio-démographiques ont une influence plus ou moins importante sur l'utilisation passée de la contraception en fonction du nombre de méthodes utilisées.

Parce que le niveau global d'utilisation passée de la contraception est faible, on observe au tableau 5 que ce sont les proportions de maris qui n'ont jamais utilisé la contraception qui sont toujours les plus élevées, quel que soit le groupe d'âges. Ces proportions diminuent très nettement avec le nombre de méthodes utilisées : par exemple, pour les moins de 30 ans, de 46 % à aucune méthode, elles passent à 24 % pour une méthode, puis à 17 % pour deux méthodes et à 13 % seulement lorsque qu'il s'agit de trois méthodes ou plus.

Le tableau 5 indique également qu'en fonction de l'âge, ce sont les maris de 30-39 ans (16 %) qui ont le plus utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie, suivis par ceux de moins de 30 ans (13 %). À l'inverse, chez les maris relativement âgés (40-49 ans) et chez ceux qui sont les plus âgés (50 ans et plus), les niveaux d'utilisation passée de la contraception sont beaucoup plus faibles (respectivement, 8 % et 6 %).

L'utilisation passée du condom et de la pilule suit le même schéma, excepté le fait que dans le cas de la pilule, le niveau est plus élevé à 40-49 ans qu'à moins de 30 ans.

En comparant les résultats de l'utilisation passée de la contraception des maris en fonction de l'âge avec ceux des femmes en union (tableau 6), on se rend compte qu'ils présentent des structures identiques : le niveau d'utilisation passée est plus important aux jeunes âges qu'aux âges avancés; de plus, les proportions d'utilisatrices à un moment quelconque diminuent avec le nombre croissant de méthodes déjà utilisés. Par contre, le niveau d'utilisation passée de la contraception est plus important chez les maris que chez les femmes. En effet, quel que soit le groupe d'âges considéré, les proportions de maris qui n'ont jamais utilisé une méthode de contraception sont plus faibles que celles des femmes des groupes d'âges correspondants.

Tableau 5 Utilisation passée de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio- démographiques

Répartition (en %) des maris selon le nombre de méthodes déjà utilisées et proportion de ceux qui ont déjà utilisé la pilule et le condom selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de méthodes déjà utilisées					Méthode spécifique		Effectif de maris
	Aucune	1	2	3 ou +	Total	Pilule	Condom	
Groupe d'âges								
<30	45,7	23,6	17,3	13,4	100,0	3,0	16,7	140
30-39	45,1	19,8	18,8	16,3	100,0	6,4	18,8	246
40-49	52,5	27,0	12,7	7,8	100,0	4,2	6,6	208
50 et +	64,4	18,4	11,4	5,8	100,0	1,9	3,2	220
Niveau d'instruction								
Aucun	78,4	15,2	4,9	1,4	100,0	0,2	1,8	352
Primaire	40,9	30,8	18,7	9,6	100,0	2,1	9,2	267
Secondaire ou +	20,7	21,7	28,1	29,5	100,0	13,7	30,3	194
Milieu de résidence								
Urbain	42,7	19,4	18,7	19,2	100,0	7,4	19,1	302
Rural	58,0	23,3	12,8	5,9	100,0	2,0	6,3	512
Région de résidence								
Yaoundé/Douala	17,6	22,3	23,9	36,2	100,0	17,1	30,1	109
Adam./Nord/Ext. Nord	75,5	17,3	5,1	2,1	100,0	0,0	3,6	366
Centre/Sud/Est	41,5	28,6	15,7	14,2	100,0	4,1	13,6	135
Ouest/Littoral	32,2	26,0	29,3	12,5	100,0	3,3	9,9	107
N-Ouest/S-Ouest	41,5	24,7	25,3	8,6	100,0	5,3	15,5	97
Type d'union								
Monogame	49,4	22,4	15,6	12,6	100,0	4,7	13,1	604
Polygame	60,7	20,4	13,3	5,6	100,0	2,1	5,3	210
Nombre d'enfants vivants								
0	68,5	15,5	10,3	5,7	100,0	0,0	7,5	52
1-3	50,7	23,8	14,2	11,2	100,0	2,8	13,6	292
4-5	47,9	20,4	17,9	13,8	100,0	5,1	12,2	165
6 et +	53,4	21,9	14,9	9,7	100,0	5,3	8,5	305
Ensemble	52,3	21,9	15,0	10,8	100,0	4,0	11,0	814

Le niveau d'instruction influence aussi très nettement l'utilisation passée de la contraception : chez les maris qui n'ont aucun niveau d'instruction, 1 % seulement ont déjà utilisé, au moins, trois méthodes contraceptives. Cette proportion atteint 30 % chez les maris qui ont au moins le niveau d'instruction secondaire. Cette influence positive du niveau d'instruction est encore très nette pour la pilule et le condom.

Chez les femmes en union, le niveau d'instruction semble avoir une influence plus importante sur l'utilisation passée de la contraception que chez les maris. En effet, pour les personnes qui ont déjà utilisé au moins trois méthodes contraceptives, les proportions de femmes en union augmentent plus rapidement avec le niveau d'instruction (de 0,5 % à 33 %, tableau 6) que les proportions correspondantes des maris (1 % à 30 % tableau 5). En outre, alors que les proportions de maris qui n'ont jamais utilisé la contraception passent, en fonction du niveau d'instruction, de 78 % à 20 %, les proportions correspondantes chez les femmes en union diminuent plus rapidement, passant de 84 % à 15 % seulement.

Tableau 6 Utilisation passée de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes en union selon le nombre de méthodes déjà utilisées et proportion de celles qui ont déjà utilisé la pilule et le condom selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de méthodes déjà utilisées				Total	Méthode spécifique		Effectif de femmes
	Aucune	1	4	3 ou +		Pilule	Condom	
Groupe d'âges								
<30	55,8	19,3	13,2	11,8	100,0	5,9	10,4	1 512
30-39	60,2	20,4	10,3	9,1	100,0	8,4	6,2	871
40-49	71,3	18,7	5,3	4,7	100,0	4,7	1,8	485
Niveau d'instruction								
Aucun	83,5	13,8	2,1	0,5	100,0	0,7	0,4	1 376
Primaire	50,8	23,7	15,5	10,0	100,0	6,6	7,2	951
Secondaire ou +	15,0	26,6	25,6	32,8	100,0	20,9	27,0	542
Milieu de résidence								
Urbain	44,2	22,4	15,9	17,5	100,0	12,4	12,3	1 098
Rural	69,3	17,8	8,0	4,9	100,0	2,8	4,9	1 771
Région de résidence								
Yaoundé/Douala	21,6	25,0	22,2	31,2	100,0	21,4	21,2	383
Adam./Nord/Ext. Nord	81,0	14,3	3,3	1,5	100,0	1,9	0,8	1 170
Centre/Sud/Est	52,3	25,5	13,0	9,2	100,0	5,4	10,0	500
Ouest/Littoral	48,2	22,6	16,0	13,2	100,0	6,6	9,9	432
N-Ouest/S-Ouest	55,7	18,7	15,2	10,5	100,0	6,7	9,7	383
Type d'union								
Monogame	53,9	19,7	14,2	12,2	100,0	8,3	9,6	1 761
Polygame	68,9	19,2	6,0	5,9	100,0	3,6	4,6	1 107
Nombre d'enfants vivants								
0	64,7	12,7	11,5	11,0	100,0	4,6	11,4	419
1-3	59,6	18,5	11,5	10,5	100,0	6,1	8,6	1 282
4-5	58,8	22,9	10,7	7,6	100,0	5,9	5,5	640
6 et +	57,3	23,4	9,7	9,6	100,0	9,5	5,1	528
Ensemble	59,7	19,5	11,0	9,8	100,0	6,5	7,7	2 868

L'examen selon le lieu de résidence montre que le milieu urbain influence positivement l'utilisation passée de la contraception : quel que soit le nombre de méthodes considéré, ou qu'il s'agisse de la pilule ou du condom, les proportions de maris utilisateurs sont plus importantes en milieu urbain qu'en rural. Les écarts sont parfois très importants : pour les maris qui ont déjà utilisé au moins trois méthodes, la proportion des citadins (19 %) est plus de 3 fois plus importante que celle des ruraux (6 %).

Chez les femmes en union, le niveau global d'utilisation passée de la contraception est, quel que soit le milieu de résidence, plus faible que chez les maris, et l'on observe toujours une prédominance du milieu urbain en matière d'utilisation passée de la contraception. Quant aux régions de résidence, c'est à Yaoundé/Douala que l'utilisation passée est la plus importante pour la pilule et le condom et quel que soit le nombre de méthodes utilisées. Toutefois, malgré cette position de leader, 18 % des maris n'ont jamais utilisé la contraception à Yaoundé/Douala et à peine un mari sur cinq a déjà eu recours à la pilule (17 %). Pour le condom, cette proportion est de 30 % dans les deux plus grandes villes du pays. Comme pour la

connaissance de la contraception, l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord est la région où l'utilisation passée de la contraception est la plus faible : 76 % des maris n'y ont jamais utilisé la contraception et, seulement 2 % des maris ont déjà utilisé au moins trois méthodes dans cette région du pays. Le condom y a déjà été utilisé par 4 % de maris et la pilule, jamais.

Chez les femmes en union, on observe les mêmes types de variations en fonction du lieu de résidence que celles rencontrées pour les maris (tableau 6). Par contre, les niveaux d'utilisation passée de la contraception sont globalement plus faibles chez les femmes que chez les maris.

Par type d'union, les maris monogames ont été plus utilisateurs de la contraception que leurs collègues polygames. Leur niveau d'utilisation passée est 2 fois plus élevée que celui des polygames, tant pour la pilule (5 % contre 2 %), le condom (13 % contre 5 %) que pour ceux qui ont déjà utilisé, au moins, trois méthodes (respectivement, 13 % et 6 %).

Comme pour les données sur le milieu et la région de résidence, les résultats par type d'union chez les femmes en union ont les mêmes variations que chez les maris.

En fonction du nombre d'enfants vivants, l'utilisation passée de la contraception ne présente pas de différences significatives. La tendance observée est une augmentation du niveau d'utilisation passée de la contraception en fonction du nombre croissant d'enfants vivants : de 6 % chez les maris n'ayant aucun enfant, on passe à 11 % chez les maris qui ont un à trois enfants, et à 14 % chez ceux qui ont quatre à cinq enfants. Par ailleurs, le niveau d'utilisation de la contraception passée diminue régulièrement lorsque le nombre de méthodes utilisées augmentent et ce, quel que soit le nombre d'enfants vivants considérés. Enfin, il faut bien noter que même parmi les maris qui ont six enfants et plus, une proportion très élevée (53 %) n'ont jamais utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie.

Pour les femmes en union, les différences de niveau d'utilisation passée de la contraception selon le nombre d'enfants vivants ne sont pas significatives non plus. Cependant, contrairement aux maris pour lesquels les niveaux d'utilisation passée augmentent avec le nombre d'enfants, la tendance est plutôt stagnante chez les femmes, voire inverse : ainsi, parmi les femmes qui ont déjà utilisé au moins trois méthodes de contraception, les proportions baissent de 11 % chez celles qui n'ont pas d'enfant à 8 % chez celles qui ont quatre à cinq enfants. Les niveaux d'utilisation de la pilule et du condom sont généralement faibles (moins de 15 %), et il n'y a pas de tendance nette.

En conclusion, on note que l'utilisation passée de la contraception selon les caractéristiques socio-démographiques est plus intense aux jeunes âges qu'aux âges avancés; les maris de 30-39 ans ont le plus utilisé la contraception dans le passé. Chez les femmes en union, ce niveau est plus précoce (moins de 30 ans).

Le niveau d'instruction influence positivement l'utilisation passée de la contraception. Cette influence est beaucoup plus déterminante chez les femmes en union que chez les maris.

L'utilisation passée de la contraception varie également selon le milieu et la région de résidence, le type d'union et le nombre d'enfants en vie; elle est plus importante en zone urbaine, et particulièrement à Yaoundé/Douala. Malgré cela, près de 43 % de maris n'ont jamais utilisé la contraception en zone urbaine, et cette proportion est de 18 % environ à Yaoundé/Douala. Les autres régions du pays ont un niveau plus faible d'utilisation passée de la contraception, particulièrement la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord où plus de 75 % des maris et 81 % des femmes n'ont jamais fait recours à la contraception dans le passé.

Par type d'union, les monogames ont un niveau d'utilisation passée de la contraception plus élevé que les polygames. Enfin, selon le nombre d'enfants vivants, il n'y a pas de tendance nette. Au contraire, même parmi les personnes qui ont six enfants et plus, une proportion très élevée (53 % chez les maris et 57 % chez les femmes) n'ont jamais utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie.

5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception par les maris

Le tableau 7 présente les résultats sur l'utilisation actuelle de la contraception. Au moment de l'enquête, 80 % de maris n'utilisent aucune méthode de contraception; 20 % en utilisent dont seulement 6 % des méthodes modernes. C'est dans la tranche d'âges des 30-39 ans que la proportion de ceux qui utilisent la contraception est la plus forte (23 %) : 18 % en méthodes traditionnelles contre seulement 5 % d'utilisateurs de méthodes modernes. On relève également le fait que, chez les maris de 50 ans et plus (parmi lesquels on a le moins d'utilisateurs de contraception), se trouve la proportion la plus forte d'utilisateurs de méthodes modernes, soit 8 %. La tranche d'âges des moins de 30 ans a la proportion la plus faible d'utilisateurs de méthodes modernes (3 %).

Caractéristique	Une méthode moderne	Une méthode traditionnelle	Ensemble de méthodes	Aucune méthode	Total	Effectif des maris
Groupe d'âges						
<30	3,4	16,7	20,1	79,9	100,0	140
30-39	4,7	17,6	23,3	77,7	100,0	246
40-49	6,3	15,1	21,4	78,6	100,0	208
50 et +	8,0	7,3	15,3	84,7	100,0	220
Niveau d'instruction						
Aucun	0,3	4,0	4,4	95,6	100,0	352
Primaire	8,0	14,1	22,1	77,9	100,0	267
Secondaire ou +	12,5	32,1	44,6	55,4	100,0	194
Milieu de résidence						
Urbain	9,1	19,0	28,1	71,9	100,0	302
Rural	3,8	11,1	14,9	85,1	100,0	512
Région de résidence						
Yaoundé/Douala	14,5	31,3	45,8	54,2	100,0	109
Adam./Nord/Ext. Nord	1,2	5,3	6,5	93,5	100,0	366
Centre/Sud/Est	5,2	12,8	18,0	82,0	100,0	135
Ouest/Littoral	5,9	23,3	29,2	70,8	100,0	107
N-Ouest/S-Ouest	13,9	18,8	32,7	67,3	100,0	97
Type d'union						
Monogame	6,4	14,4	20,8	79,2	100,0	604
Polygame	3,9	12,9	16,8	83,2	100,0	210
Nombre d'enfants vivants						
0	0,0	5,7	5,7	94,3	100,0	52
1-3	3,1	14,3	17,3	82,7	100,0	292
4-5	6,4	17,1	23,4	76,6	100,0	165
6 et +	9,0	13,6	22,6	77,4	100,0	305
Ensemble	5,8	14,0	19,8	80,2	100,0	814

Le niveau d'instruction influence positivement l'utilisation de la contraception. Plus le niveau d'instruction augmente, plus la proportion d'utilisateurs augmente. Les maris de niveau d'instruction secondaire ou plus ont la proportion la plus forte d'utilisateurs, soit 45 %. La proportion la plus faible se trouve chez ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (4 %). On note curieusement que même parmi les utilisateurs de niveau secondaire et plus, il y a une prédilection pour les méthodes traditionnelles : 32 % d'utilisateurs, contre 13 % seulement pour les méthodes modernes. Il y a 28 % d'utilisateurs de contraception en milieu urbain, soit près du double qu'en milieu rural (15 %). Des variations régionales apparaissent, dans lesquelles la région de Yaoundé/Douala a le pourcentage le plus élevé d'utilisateurs de contraception, à savoir 46 %. La région Nord-Ouest/Sud-Ouest suit avec 33 % d'utilisateurs, soit près d'un homme sur trois. Le pourcentage le plus faible d'utilisateurs se trouve, une fois de plus, dans la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (7 %). Les maris polygames utilisent moins la contraception que ceux en union monogame (respectivement, 17 % et 21 %).

En dehors de la catégorie "sans enfant", dans laquelle la proportion d'utilisateurs de contraception est la plus faible (6 %), aucune tendance nette ne se dégage entre l'utilisation de la contraception et le nombre d'enfants vivants. La proportion la plus forte d'utilisateurs se retrouve chez ceux ayant entre 4 et 5 enfants vivants (23 %); vient enfin la catégorie de ceux qui ont 6 enfants et plus.

Il convient de noter que, comme pour l'âge, le niveau d'instruction et la région de résidence, les variations dans l'utilisation de la contraception par les maris suivent les mêmes tendances que celles notées pour la connaissance.

En conclusion, un mari sur cinq seulement (20 %) utilisent une méthode contraceptive. Au-delà de 50 ans, cette proportion se réduit à un mari sur sept (il s'agit essentiellement de méthodes traditionnelles). Le niveau d'instruction influence favorablement cette utilisation. La proportion d'utilisateurs actuels de contraception en ville est double de celle du milieu rural, et les régions de Yaoundé/Douala et du Nord-Ouest ont les plus grandes proportions d'utilisateurs. Les maris sans enfants utilisent peu la contraception. Globalement, le niveau d'utilisation de la contraception est faible. Il est intéressant d'avoir une idée de ce qui le justifie.

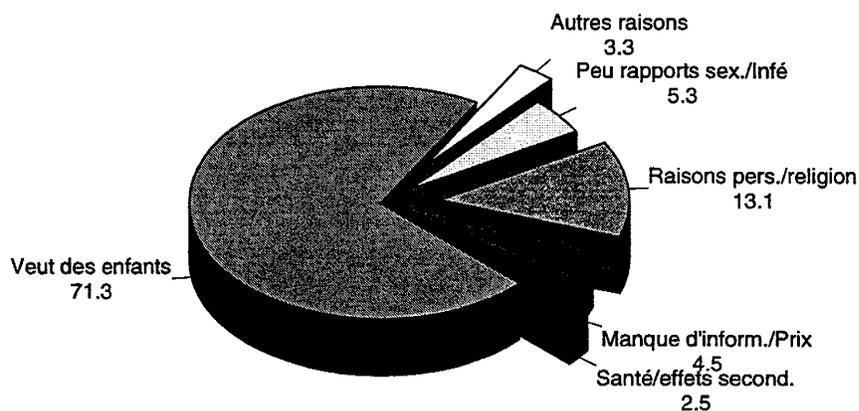
5.2.3 Principales raisons de non-utilisation de la contraception par les maris

Parmi les maris interrogés, 60 % n'utilisaient pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête et n'avaient pas l'intention d'en utiliser une à l'avenir. On leur a demandé d'énoncer la principale raison de cette non-utilisation. Le tableau A4 (annexe) et le graphique 5.1 présentent les résultats des réponses citées.

Pour plus de sept maris sur dix (71 %), la principale raison de non-utilisation est le désir d'avoir des enfants. La deuxième raison importante, "Raisons personnelles ou religieuses" regroupe les raisons suivantes : religion, fatalisme, opposé au PF, partenaire s'oppose, autres personnes désapprouvent. Elle a été citée par 13 % des maris interrogés. Le manque d'information et la difficulté d'accès à la contraception n'ont été évoqués que par 5 % des maris concernés.

En conclusion, il convient de noter qu'au Cameroun, les maris ont très peu recours à la contraception, principalement parce qu'ils désirent avoir d'autres enfants.

Graphique 5.1
Raisons de non-utilisation de la contraception
EDS Cameroun 1991



5.3 Correspondance dans les Déclarations des Conjoints sur L'utilisation Actuelle de la Contraception

À partir des réponses combinées des maris et de leurs épouses, il a été possible d'avoir des informations concernant les couples sur l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête. Le tableau 8 présente les correspondances dans les déclarations des maris et de leurs épouses sur les méthodes actuelles utilisées.

Tableau 8 Correspondance dans la déclaration des maris et leurs épouses sur les méthodes contraceptives utilisées actuellement

Répartition (en %) des couples selon la déclaration des maris et de leurs épouses sur les méthodes contraceptives utilisées actuellement, EDS Cameroun 1991

Déclaration des hommes	Méthode moderne	Méthode traditionnelle	Aucune méthode	Total	Nombre de cas
Aucune méthode	0,8	2,7	96,6	100,0	798
Méthode moderne	59,2	3,4	37,4	100,0	128
Méthode traditionnelle	4,9	34,4	60,7	100,0	51
Ensemble	4,4	6,9	88,8	100,0	977

Dans l'ensemble, la concordance la plus forte est relevée lorsque le mari et la femme déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive (97 %). Cette proportion se réduit à 59 % pour les méthodes modernes de contraception et baisse jusqu'à 34 % pour les méthodes traditionnelles.

Il est intéressant de noter que dans 61 % des cas où le mari déclarait utiliser une méthode traditionnelle, l'épouse déclarait qu'elle n'avait recours à aucune méthode. La seconde proportion la plus élevée de discordance dans les déclarations (37 %), est celle où l'épouse déclare l'utilisation d'aucune méthode, alors que le mari déclare l'utilisation de méthodes modernes. La proportion la plus faible de déclarations discordantes concerne les couples où le mari a déclaré l'utilisation d'aucune méthode, alors que l'épouse a déclaré l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne.

Les caractéristiques socio-démographiques (tableau 9) semblent influencer le niveau de concordance entre les conjoints. Selon l'âge, la concordance la plus élevée dans les déclarations des conjoints se situent à 50 ans et plus. Cependant, aucune tendance claire ne se dégage pour les autres groupes d'âges. S'agissant du niveau d'instruction, plus il est élevé, moins il y a concordance dans les déclarations des conjoints sur la contraception actuellement utilisée. En effet, la proportion de concordance la plus forte est celle des conjoints dont les maris n'ont aucun niveau d'instruction (94 %), et la plus faible est celle des couples dont les maris ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (71 %).

En milieu urbain, la discordance dans les déclarations des conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception est plus importante qu'en milieu rural. Chez les citadins, dans 80 % de couples, les conjoints ont déclaré la même méthode contraceptive, contre 89 % chez les ruraux. Cette discordance est la plus élevée dans la région Yaoundé/Douala, où le pourcentage de couples ayant déclaré la même méthode est plus bas que dans toutes les autres régions, soit 69 %. C'est dans la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord que les déclarations sont les plus concordantes : 92 % des conjoints ont déclaré utiliser la même méthode.

Tableau 9. Déclarations concordantes des maris et de leur épouse sur les méthodes utilisées actuellement selon certaines caractéristiques socio-démographiques des maris

Proportion de couples qui ont déclaré utiliser la même méthode de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Même méthode déclarée	Nombre de cas
Groupe d'âges		
<30	84,3	148
30-39	85,4	286
40-49	83,4	263
50 et +	88,0	280
Niveau d'instruction		
Aucun	94,2	475
Primaire	82,4	289
Secondaire ou +	71,1	213
Milieu de résidence		
Urbain	79,7	341
Rural	88,5	636
Région de résidence		
Yaoundé/Douala	69,2	104
Adam./Nord/Ext. Nord	92,0	493
Centre/Sud/Est	86,6	151
Ouest/Littoral	71,1	116
N-Ouest/S-Ouest	81,7	114
Type d'union		
Monogame	85,2	606
Polygame	85,8	371
Nombre d'enfants vivants		
0	95,4	54
1-3	87,4	314
4-5	86,2	187
6 et +	82,4	423
Ensemble	85,4	977

Le type d'union ne semble pas influencer le niveau de concordance dans les déclarations des conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception. On relève par ailleurs que plus le nombre d'enfants vivants croît, moins il y a de déclarations concordantes entre conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception. Quand le mari est sans enfant, 95 % de couples ont fait des déclarations concordantes. Cette proportion se réduit au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente et passe à 82 % quand les maris qui ont six enfants et plus.

En conclusion, la concordance de déclaration des conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception est plus élevée lorsque les deux conjoints déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception. Par contre, le niveau de concordance est relativement plus faible à Yaoundé/Douala, en milieu urbain, et au sein des couples dont le mari est plus instruit, ou a plus d'enfants en vie.

5.4 Besoins non satisfaits en Matière de PF

Le concept de besoins non satisfaits en matière de planification familiale a beaucoup évolué ces dernières années (Westoff et Bankolé, 1995). Les besoins non satisfaits et les besoins satisfaits permettent d'avoir une bonne estimation de la demande totale en matière de PF. On distingue généralement dans les besoins de PF, ceux en vue de limiter de ceux aux fins d'espacement des naissances. Les données disponibles sur les maris ne permettent pas d'aborder ces deux aspects. Cette étude ne traite par conséquent que des besoins non satisfaits en PF pour limiter les naissances.

Pour évaluer les besoins non satisfaits, on a considéré :

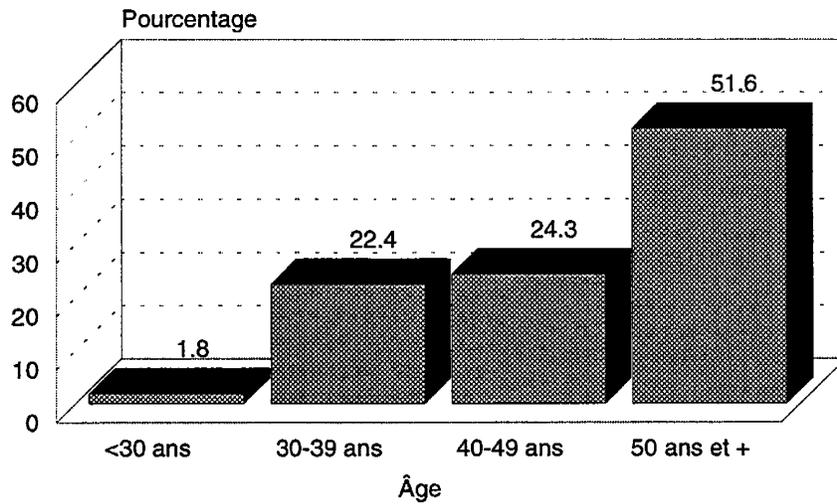
- les maris non-utilisateurs de la contraception au moment de l'enquête et qui ne veulent pas (ou plus) avoir d'enfants;
- les maris non-utilisateurs de la contraception au moment de l'enquête et qui sont indécis (ils ne savent pas s'ils voudraient ou non avoir d'autres enfants).

Les autres maris ont été classés, soit comme utilisateurs de la contraception au moment de l'enquête, soit comme n'ayant pas d'intérêt pour la contraception (tableau A5 en annexe).

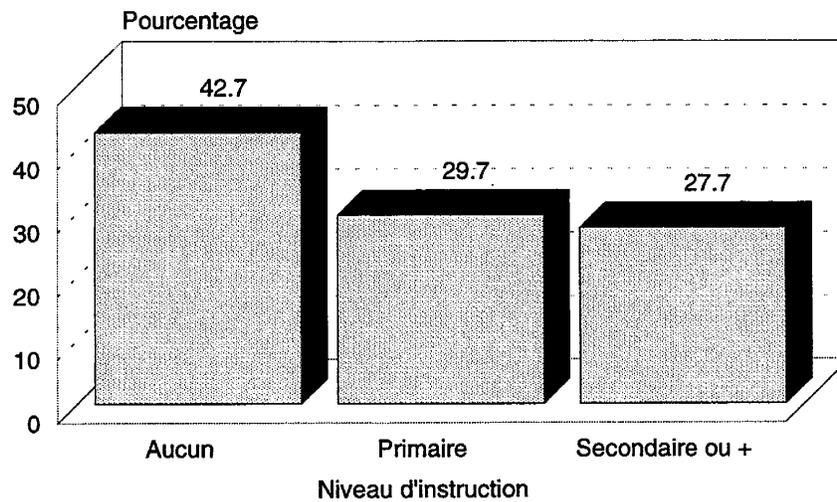
D'après ce tableau, seulement 8 % des maris interrogés ont des besoins non satisfaits en matière de PF. De prime abord, on peut noter que ce niveau est relativement faible.

Les besoins non satisfaits augmentent avec l'âge. Ils sont très faibles pour les maris de moins de 30 ans; ils passent de 22 % chez les maris de 30-39 ans, à 52 % chez ceux de 50 ans et plus (graphique 5.2). Selon le niveau d'instruction, on peut noter (graphique 5.3) que les besoins non satisfaits sont plus importants chez les maris qui n'ont aucun niveau d'instruction (43 %) que chez ceux qui ont un niveau d'instruction primaire (30 %), ou secondaire ou plus (28 %).

Graphique 5.2
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
selon l'âge, EDS Cameroun 1991



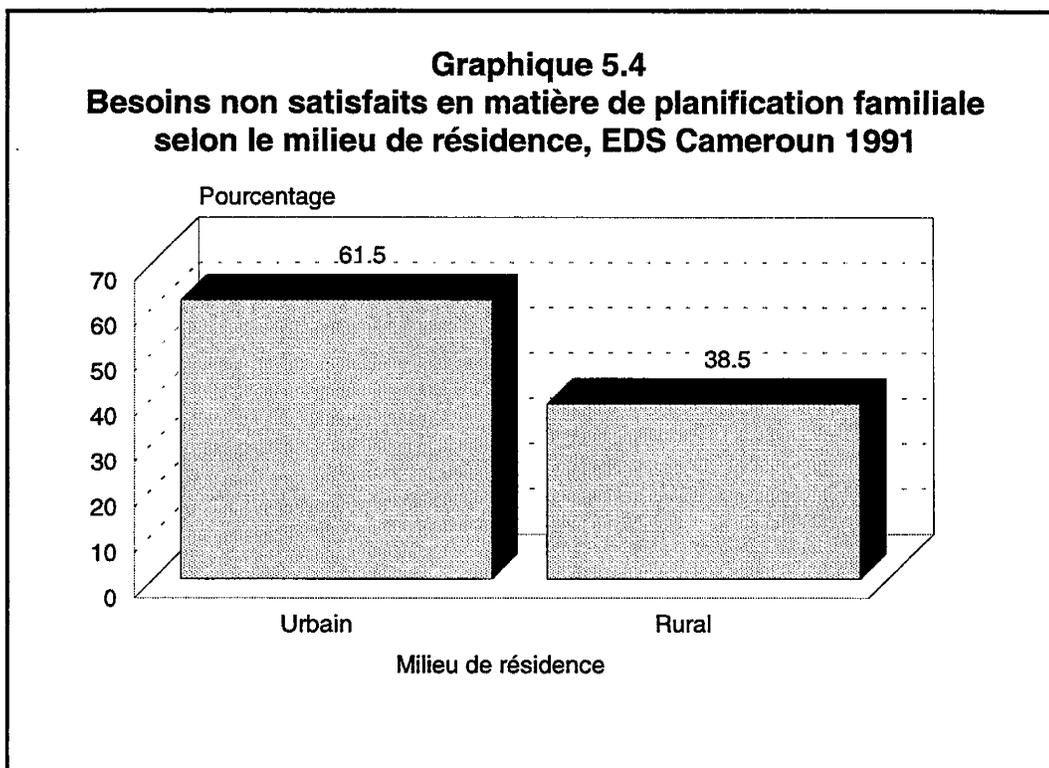
Graphique 5.3
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
selon le niveau d'instruction, EDS Cameroun 1991



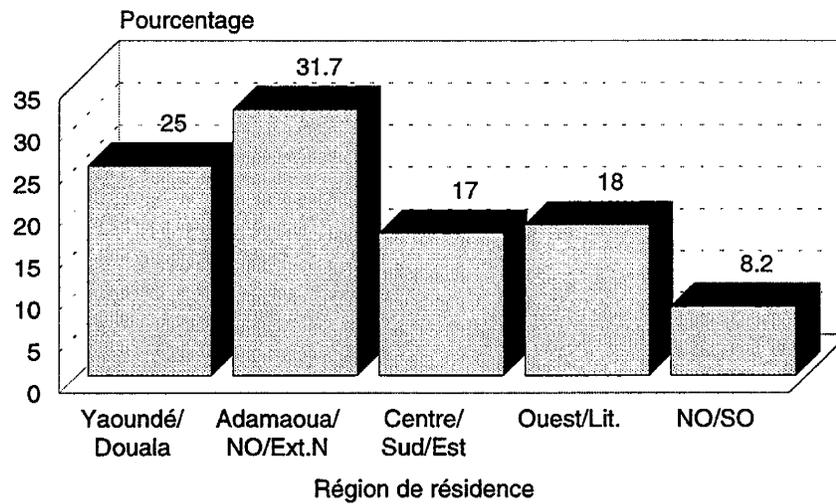
Par milieu et région de résidence (graphiques 5.4 et 5.5), les besoins non satisfaits sont plus importants en zone urbaine (62 %) qu'en zone rurale (39 %), et dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (32 %) que dans les autres régions : leur niveau est de 25 % à Yaoundé/Douala et la plus faible valeur se trouve dans la région Nord-Ouest/Sud-Ouest (8 %).

Par type d'union (graphique 5.6), les monogames ont un niveau de besoins non satisfaits trois fois plus élevé (77 %) que les polygames (23 %). Enfin, selon le nombre d'enfants vivants (graphique 5.7), le niveau de besoins non satisfaits reste relativement faible (moins de 10 %) jusqu'à 5 enfants. Il passe à 85 % chez les maris ayant six enfants ou plus.

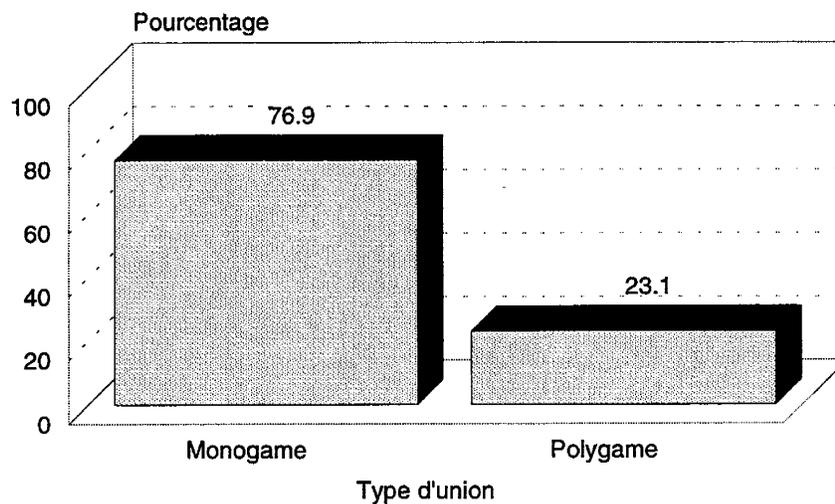
On peut conclure ici que les besoins non satisfaits en matière de PF sont relativement plus importants chez les maris les plus âgés (50 ans et plus), les moins instruits, en zone urbaine, et dans la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Ils sont environ trois fois plus importants pour les monogames que pour les polygames et ne deviennent réellement effectifs (85 %) que pour les maris qui ont au moins six enfants vivants.

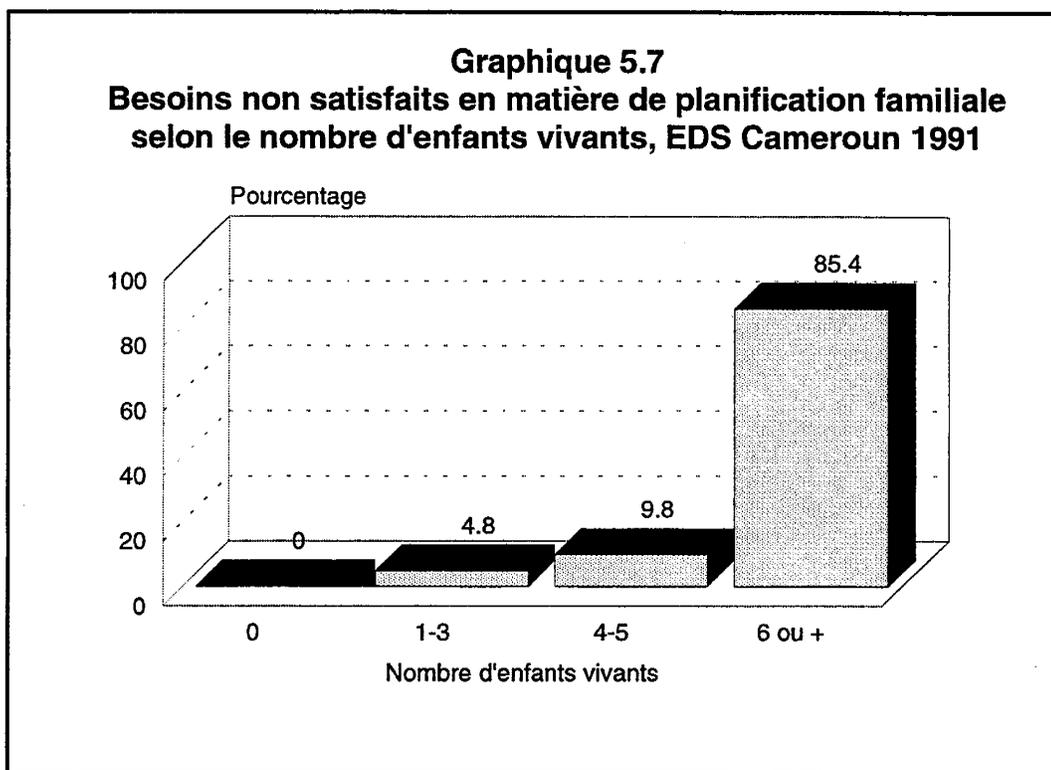


Graphique 5.5
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
selon la région de résidence, EDS Cameroun 1991



Graphique 5.6
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
selon le type d'union, EDS Cameroun 1991





6. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Au Cameroun, la connaissance de la contraception par les maris est relativement élevée, (74 %). Même parmi les maris n'ayant aucun niveau d'instruction, près de la moitié connaît au moins une méthode contraceptive. Mais si l'on se réfère au nombre de méthodes connues, on constate qu'une proportion importante de mari (28 %) connaissent moins de quatre méthodes de contraception.

Un autre constat qui retient l'attention est que le pourcentage des maris qui ne connaissent aucune méthode contraceptive ne varie pas significativement entre 1 et 5 enfants vivants. Par ailleurs, on s'attendrait à une chute plus conséquente de cette proportion pour les maris ayant 6 enfants ou plus, à cause de la crise économique et de l'insuffisance de plus en plus croissante des ressources matérielles au sein des ménages. Ces maris devraient logiquement souhaiter avoir moins d'enfants et être mieux informés sur la contraception, ce qui n'est pas le cas. On présume qu'il s'agit ici des maris les plus âgés, dont l'âge et le faible niveau d'instruction, beaucoup plus que le nombre d'enfants, expliquent que près de 23 % d'entre eux ne connaissent aucune méthode contraceptive.

On a relevé que les maris connaissent mieux la contraception que les femmes en union. Ceci pourrait rendre compte d'une meilleure exposition des hommes aux différentes informations relatives à la PF, ou d'un meilleur impact de la vulgarisation chez les hommes. Cette mauvaise exposition à l'information relative à la PF pourrait également expliquer les énormes différences observées entre les maris urbains et ruraux, pour ce qui est de la connaissance sur la contraception. L'essentiel des campagnes de vulgarisation sur la PF se déroulent beaucoup mieux en milieu urbain au Cameroun.

Une autre raison de cette faible connaissance de la contraception par les maris vivant en milieu rural pourrait être le manque d'intérêt des ruraux pour la contraception, ces derniers préférant plutôt les attitudes coutumières pro-natalistes. Ce serait probablement le cas de la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord

où les niveaux de connaissance sont les plus faibles et où les traditions ancestrales demeurent très fortes. D'autres investigations devraient être menées pour confirmer ces différentes hypothèses.

Un autre commentaire qu'inspire les résultats de l'étude est que les méthodes les mieux connues par les maris (condom, stérilisation féminine et continence périodique) ne sont pas toujours les mêmes que celles les mieux connues par les femmes (stérilisation féminine, pilule et abstinence prolongée). La stérilisation féminine, bien connue par les maris, pourrait l'être en raison du fait qu'au Cameroun, le corps médical exige une autorisation du mari pour que sa femme soit stérilisée. Mais pour les autres méthodes, aussi bien les maris que les épouses semblent mieux connaître les méthodes qui les concernent au premier chef, particulièrement le condom pour les maris et la pilule pour les femmes.

Sur un autre plan, les maris ont une préférence pour l'utilisation des méthodes traditionnelles. Cette préférence pourrait rendre compte d'un rejet, ou de préjugés négatifs à l'égard des méthodes contraceptives modernes. En effet, une certaine répulsion des hommes, à l'égard du condom par exemple (qui, affirment-ils, diminue le plaisir sexuel), a souvent été mentionnée; pour les femmes, des craintes sont parfois exprimées à l'égard de la stérilisation féminine, des injections, ou même de la pilule pour leurs effets secondaires réels ou présumés.

La non-utilisation des méthodes contraceptives par les maris ne se justifie ni par le manque d'information, ni par les difficultés d'accès et encore moins par la non-disponibilité de ces méthodes, mais essentiellement par ce que les maris désirent avoir des enfants (71 %). C'est en partie la principale raison pour laquelle le niveau des besoins non satisfaits pour limiter les naissances (8 %) reste faible. L'on s'interroge, de ce fait, sur les motivations profondes des maris qui expliquent un si grand désir d'enfants. Se pourrait-il, qu'en temps de crise économique, les maris continuent à avoir beaucoup d'enfants dans l'espoir d'être assuré d'une prise en charge matérielle, d'une sorte de sécurité sociale pendant leur vieillesse? Le raisonnement serait-il le suivant : plus un père aurait des enfants, plus il augmenterait la probabilité d'en avoir un qui prospérerait financièrement et lui assurerait une retraite "dorée"? Ceci mérite de plus amples investigations. En effet, si ce comportement pro-nataliste perdure, les efforts déployés à travers les programmes de PF ne permettraient pas d'atteindre pleinement certains objectifs de la politique de "parenté responsable" prônée par le gouvernement.

L'impression d'opposition que les femmes ont souvent eu de leurs maris à l'égard de la contraception (Leke, 1993) semble être fondée, au regard des raisons de non-utilisation de la contraception données par ces derniers. Il s'agit ici d'amener ces maris qui connaissent déjà ces méthodes contraceptives à les utiliser, et à encourager leurs partenaires à le faire également. À ce niveau, il convient de réfléchir et mettre en place des stratégies pour y parvenir.

7. CONCLUSION GÉNÉRALE

Au cours de cette étude, les conclusions ci-après ont été dégagées :

- Plus de 7 maris sur 10 connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Cette proportion est supérieure à celle des femmes en union. Les hommes connaissent mieux, par ordre d'importance, le condom, la stérilisation féminine et la continence périodique. Chez les femmes ce sont, par contre, la stérilisation féminine la pilule, et l'abstinence prolongée qui sont les mieux connues.
- Certaines variables socio-démographiques influencent les niveaux de connaissance des maris. Pour ce qui est de l'âge, ce sont les maris âgés de 30 à 39 ans qui connaissent le mieux les méthodes contraceptives : près de 8 maris sur dix. A moins de 30 ans, plus d'un

mari sur quatre (26 %) ne connaît aucune méthode contraceptive, alors que pour les maris de 50 ans et plus, cette proportion s'élève à 30 %.

- Le niveau de connaissance de la contraception, autant chez les hommes que chez les femmes, est meilleur en milieu urbain qu'en milieu rural; ce sont les maris de région Yaoundé/Douala qui connaissent le mieux la contraception (97 %), alors que dans la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, près d'un mari sur deux ne connaît aucune méthode contraceptive.
- Les maris monogames connaissent mieux la contraception que les maris polygames. En fonction du nombre d'enfants vivants, près de 4 maris sur 10 qui n'ont pas d'enfant ne connaissent aucune méthode contraceptive. Cette fraction s'abaisse à 2 maris sur 10 pour ceux qui ont six enfants et plus.
- S'agissant de l'utilisation de la contraception, plus d'un mari sur deux n'avait jamais utilisé la contraception dans le passé. Par ailleurs, les utilisateurs passés de contraception avaient beaucoup plus eu recours aux méthodes traditionnelles, principalement la continence périodique, l'abstinence prolongée et le retrait, qu'aux méthodes modernes, essentiellement le condom et la pilule. L'utilisation passée de méthodes contraceptives est plus importante aux jeunes âges qu'aux âges avancés. Elle augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction croît. Parmi les personnes ayant six enfants et plus, on note une proportion élevée de maris n'ayant jamais utilisé la contraception par le passé (53 % chez les maris, et 57 % chez les femmes).
- Il apparaît qu'à peine 2 maris sur 10 utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête alors que 7 maris sur 10 connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Le fossé entre la connaissance et l'utilisation est très important. L'âge, le niveau d'instruction, le milieu et la région de résidence influencent grandement cette utilisation de la contraception par les maris. Par ailleurs, les maris polygames utilisent moins la contraception que les monogames et la catégorie des maris sans enfant a la plus faible proportion d'utilisateurs.
- La concordance de déclaration des conjoints sur l'utilisation actuelle de la contraception est la plus élevée lorsque les deux conjoints déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive. Par contre, elle est relativement faible en milieu urbain et dans les couples où le mari est plus instruit ou a relativement plus d'enfants.
- La principale raison de non utilisation de la contraception par les maris est le désir d'avoir des enfants : c'est le cas pour plus de 7 maris sur 10. La seconde raison évoquée est d'ordre personnel ou religieux et concerne 13% des maris. Le manque d'information et la difficulté d'accès à la contraception ne touchent que 5 % des maris non utilisateurs.
- Les besoins non satisfaits des maris en matière de contraception sont relativement faibles (8 %). Ils sont relativement plus importants chez les maris âgés de 50 ans et plus, et chez les moins instruits. Ils sont également plus importants en milieu urbain qu'en milieu rural. L'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord a le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits. Ils sont trois fois plus importants pour les maris monogames que pour les polygames et sont très élevés pour les maris qui ont six enfants et plus.

Des constatations ainsi faites, peuvent se dégager des orientations dans le sens d'améliorer la connaissance des phénomènes observés et d'apporter une impulsion nouvelle dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes de PF. On peut retenir les pistes de recherche et les recommandations suivantes :

- Intensifier les actions d'IEC auprès des hommes en zone rurale et, tout particulièrement, auprès de ceux de la région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord;
- Encourager le dialogue au sein des couples en matière de contraception;
- Rechercher les raisons pour lesquelles, dans un contexte évident de crise économique (où les maris ont de moins en moins de revenus suffisants pour faire vivre des familles nombreuses), les maris souhaitent encore avoir beaucoup d'enfants;
- Stimuler les maris à utiliser le condom, exposant ses avantages, non seulement en tant que méthode contraceptive, mais aussi comme moyen de protection contre les MST et le Sida;
- Redynamiser (au regard du faible niveau d'utilisation de la contraception par les maris), les programmes de PF, en y intégrant des volets spécialement orientés vers les hommes, avec plus de contacts inter-personnels;
- Envisager une étude permettant de mesurer, au niveau national, les connaissances, attitudes, et le niveau d'utilisation de la contraception par les célibataires et les adolescents. Ils sont souvent très actifs sexuellement. Ils seront, pour la plupart, les maris de demain et auront certainement des besoins réels de contraception.

RÉFÉRENCES

- Adamchak, D.J. et A. Adebayo. 1987. Male fertility attitude: a neglected dimension in Nigerian fertility research. *Social Biology* 34 : 1-2,57-67.
- Adetunji, J. 1996. *Men's knowledge and use, and agreement between spouses on use of contraception in Zimbabwe*. Draft illustrative paper, WHO/DHS, Regional Analysis Workshop, Dakar, Sénégal, Avril 1996.
- Awasum, N. 1991. *Contraceptive use in Cameroun in 1991 : an overview of data from M.C.H. F.P. Centres*. Ministry of Health, Yaoundé, Cameroun.
- Balépa, M., M. Fotso et B. Barrère. 1992. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1991*. Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat, Yaoundé, Cameroun, Macro International Inc., Columbia, Maryland, U.S.A.
- Direction de la statistique et de la comptabilité nationale [Cameroun]. 1983. *Enquête Nationale sur la Fécondité du Cameroun, 1978*. Vol 1., *Analyse des principaux résultats*, Direction de la statistique et de la comptabilité nationale, Ministère de l'Economie et du Plan, Yaoundé, Cameroun.
- Fotso, M. et P.R. Libité. 1994. *Attitude de la femme camerounaise vis-à-vis de la planification familiale: les besoins non-satisfaits et l'intention d'utiliser la planification familiale*. Macro International Inc., Calverton, Maryland et CERPOD, Bamako, Mali.
- Galle, M.E., Liskin L. et N. Kak. 1986. *Men, focus for family planning programmes*. Population Reports, Series J, n 33.
- Hawkins, Kirstan, ed. 1992. *Male participation in family planning : a review of programme approaches in Africa*. International Planned Parenthood Federation, London.
- Khalifa, M.A. 1988. Attitude of urban Sudanese men toward family planning. *Studies in Family Planning* 19(4) : 236-243.
- Leke, R.J.I. 1993. *Behavioural and socio-cultural determinants affecting acceptance and non acceptance of artificial contraception among high risk women in Cameroon*. Yaoundé.
- McGinn, J., A. Bamba et M. Balma. 1989. Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 15(3) : 84-87.
- MINASCOF. 1988. *Recherche sur la famille camerounaise*. Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, Yaoundé.
- Mundigo, A.I. 1995. Men's roles, sexuality, and reproductive health. International Lectures Series on Population Issues, The John D. and Catherine Mac Arthur Foundation, São Paulo, Brazil, July.
- Mott, F.L. et S.H. Mott. 1985. Household fertility decisions in West Africa : a comparison of male and female survey results. *Studies in Family Planning* 16(2) : 88-89.
- Nations Unies. 1994. *Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire 5-13 septembre 1994*. A/Conf 171/13, 18 Octobre 1994.

Olusanya, P.O. 1969. Nigeria : Cultural barriers to family planning among the Yorubas. *Studies in Family Planning* 1 (37) : 13-16.

Oppong, C. 1987. Responsible fatherhood and birth planning. En *Marriage, fertility and parenthood in West Africa*, ed. C. Oppong, Canberra.

Potts, M. 1992. Getting more men involved. *Network* 13(2) : 4.

Salway, S. 1994. How attitudes towards family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 20(2) : 44-47 et 74.

Tinarwo, G.1992. The Zimbabwean experience: Zimbabwe national Family Planning Council. En *Male participation in family planning: a review of programme approaches in Africa*, ed. K. Hawkins, 9-17. IPPF.

Van de Walle, F. et B. Traoré. 1986. *Attitude of women and men towards contraception in Bobo-Dioulasso*. Working Paper No 13. African Demography Working Papers, Population Studies Center, University of Pennsylvania.

ANNEXES

Tableau A1 Taille et couverture de l'échantillon

Effectif des ménages, femmes et maris sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

	Résidence			Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Urbain	Rural	
Enquête ménage				
Nombre de logements sélectionnés	1 123	2 242	2 030	4 272
Nombre de ménages identifiés	982	1 909	1 738	3 647
Nombre de ménages enquêtés	930	1 823	1 715	3 538
Taux de réponse	94,7	95,5	98,7	97,0
Enquête individuelle femme				
Nombre de femmes éligibles	1 240	2 346	1 801	4 147
Nombre de femmes identifiées	1 231	2 325	1 781	4 106
Nombre de femmes enquêtées	1 151	2 186	1 685	3 871
Taux de réponse	93,5	94,0	94,6	94,3
Enquête individuelle mari				
Nombre de maris éligibles	263	521	490	1 011
Nombre de maris identifiés	257	515	483	998
Nombre de maris enquêtés	193	397	417	814
Taux de réponse	75,1	77,1	86,3	8

Source : Balépa et al., 1992

Tableau A2 Caractéristiques socio-démographiques des maris et des femmes enquêtés

Répartition (en %) des maris et des femmes (en union) selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Maris			Femmes		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Groupe d'âges						
<30	16,0	17,9	17,2	55,8	50,8	52,7
30-39	34,1	27,9	30,2	32,0	29,3	30,4
40-49	24,4	26,3	25,6	12,2	19,8	16,9
50 et +	25,4	27,9	27,0	--	--	--
Niveau d'instruction						
Aucun	30,7	50,7	43,3	35,3	55,8	48,0
Primaire	30,4	34,3	32,8	32,7	33,4	33,1
Secondaire ou +	38,9	15,0	23,9	31,9	10,8	18,9
Région de résidence						
Yaoundé/Douala	36,1	-	13,4	34,9	--	13,4
Adam./Nord/Ext. Nord	39,7	48,0	44,9	35,8	43,9	40,8
Centre/Sud/Est	8,1	21,8	16,7	8,5	23,0	17,4
Ouest/Littoral	10,7	14,5	13,1	13,9	15,8	15,1
N-Ouest/S-Ouest	5,4	15,7	11,9	6,9	17,4	13,4
Type d'union						
Monogame	77,1	72,4	74,2	68,0	57,3	61,4
Polygame	22,9	27,6	25,8	32,0	42,7	38,6
Nombre d'enfants vivants						
0	6,1	6,6	6,4	15,9	13,8	14,6
1-3	33,0	37,6	35,9	44,6	44,7	44,7
4-5	23,7	18,2	20,3	22,8	22,0	22,3
6 et +	37,3	37,6	37,5	16,7	19,5	18,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau A3 Caractéristiques différentielles des couples selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des couples par différence d'âge, type d'union, différence de nombre d'enfants et par différence du niveau d'instruction, EDS Cameroun 1991

Différence	Pourcentage	Effectif
Âge du mari/âge de la femme		
Négative	2,8	28
0-4	19,1	187
5-9	25,9	253
10-14	23,2	226
15 ou +	29,0	283
Type d'union		
Monogamie	60,5	591
Polygamie	37,6	367
Différent	1,9	19
Nombre d'enfants vivants		
Identique	41,7	407
Différent	58,3	570
Niveau d'instruction		
Mari et femme aucun	45,3	442
Femme instruite, mari non	3,3	33
Mari instruit, femme non	13,1	128
Mari et femme instruits	38,3	374
Total	100,0	977

Source : Balépa et al.,1992

Tableau A4 Raisons de non-utilisation de la contraception par les maris

Répartition (en %) des maris n'utilisant pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête et n'ayant pas l'intention d'en utiliser dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle ils n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, EDS Cameroun 1991

Raisons de non-utilisation	Répartition
Veut des enfants	71,3
Effets secondaires	1,7
Problèmes pour la santé	0,8
Manque d'information	3,5
Accès/disponibilité	0,5
Prix	0,5
Religion	3,3
Fataliste	5,9
Opposé au PF	3,2
Partenaire s'y oppose	0,2
Autres personnes désapprouvent	0,5
Rapports sexuels peu fréquents	0,5
Infécond	2,4
Hystérectomie	2,4
Utilisation peu pratique	0,9
Autres raisons	0,2
Ne sait pas	2,2
Total	100,0
Effectif des maris	490

Tableau A5 Besoins non-satisfaits¹ en matière de planification familiale chez les maris

Répartition des maris qui utilisent la contraception au moment de l'enquête, qui sont dans la situation des besoins non-satisfaits et qui ne sont pas intéressés par la contraception, EDS Cameroun 1991

	Effectif	Pourcentage
Utilisent une méthode	161	19,8
Ont des besoins non-satisfaits	64	7,9
Non intéressés par la PF	588	72,2
Non déterminé	1	0,1
Total	814	100,0

¹ Besoins non-satisfaits pour limiter les naissances

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**FÉCONDITÉ ET PRÉFÉRENCES EN
MATIÈRE DE FÉCONDITÉ DES
HOMMES EN CÔTE D'IVOIRE**

**Hyacinthe Kouakou ANDOH
Ministère de la Santé Publique**

et

**Lucien KOUASSI
Institut National de la Statistique**

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

decembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	83
LISTE DES GRAPHIQUES	85
ABRÉVIATIONS	87
RÉSUMÉ	89
1. INTRODUCTION	91
2. CONTEXTE	92
2.1 Contexte Démographique	92
2.2 Politiques Nationales en Matière de Population	92
3. REVUE DE LA LITTÉRATURE	93
4. DISCUSSION DES DONNÉES	95
5. RÉSULTATS	98
5.1 Niveau de Fécondité des Hommes	98
5.1.1 Nombre d'enfants vivants	98
5.1.2 Comparaison du nombre d'enfants vivants des hommes et des femmes	100
5.2 Préférences en Matière de Fécondité	102
5.2.1 Désir d'avoir un autre enfant	102
5.2.2 Taille idéale de la famille	105
5.3 Les Hommes et la Planification Familiale	112
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS	115
7. CONCLUSION	116
RÉFÉRENCES	117

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Répartition (en %) des hommes par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Côte d'Ivoire, 1994	97
Tableau 2	Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans par nombre d'enfants vivants et nombre moyen d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994	99
Tableau 3	Nombre moyen d'enfants vivants des hommes et des femmes de 15-49 ans par âge selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994	101
Tableau 4	Proportion d'hommes de 15-59 ans et de femmes de 15-49 ans en union qui désirent un autre enfant par nombre d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994	103
Tableau 5	Répartition (en %) des couples monogames selon les préférences en matière de fécondité de la femme et du mari, EDS Côte d'Ivoire, 1994	105
Tableau 6	Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans selon la taille idéale de la famille et certaines caractéristiques socio-démographique, EDS Côte d'Ivoire, 1994	106
Tableau 7	Taille moyenne idéale de la famille chez les hommes et les femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques socio-démographiques. EDS Côte d'Ivoire, 1994	108
Tableau 8	Répartition (en %) des couples monogames selon la taille idéale de la famille pour la femme (15-49 ans) et pour le mari (15-59 ans), EDS Côte d'Ivoire, 1994	110
Tableau 9	Répartition (en %) des couples monogames selon la différence entre le nombre idéal d'enfants de la femme et celui du mari et selon certaines caractéristiques socio-démographiques des hommes, EDS Côte d'Ivoire, 1994	111
Tableau 10	Proportions d'hommes et de femmes de 15-49 ans en union qui approuvent la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994	113
Tableau 11	Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans en union selon le nombre de fois qu'ils ont discuté de la planification familiale (PF) avec leur épouse par caractéristiques socio-démographiques des hommes, EDS Côte d'Ivoire, 1994	114

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 1 Nombre d'enfants vivants des hommes de 15-59 ans et des femmes de 15-49 ans .	102
Graphique 2 Taille idéale de la famille selon les hommes et les femmes	109

ABRÉVIATIONS

AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial
DR	District de Recensement
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSCI	Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire
EMF	Enquête Mondiale sur la Fécondité
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IEC	Information, Education, Communication
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats Unis pour le Développement International)

RÉSUMÉ

Le présent document est une analyse de la fécondité et des préférences en matière de fécondité des hommes¹ à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire (EDSCI) réalisée en 1994. Un échantillon de 8 099 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 2 552 hommes âgés de 15 à 59 ans ont été interviewés de juin à novembre 1994.

Le nombre moyen d'enfants vivants par homme est de 2,2; mais pour les hommes qui sont à la fin de leur vie féconde (55-59 ans), il est de 7,5. En considérant les mêmes groupes d'âges, le nombre d'enfants vivants des hommes est plus faible que celui des femmes, mais la différence décroît lorsque l'âge augmente; ce qui suggère que la fécondité des hommes commence et se termine à un âge plus avancé que celle des femmes. La fécondité différentielle des hommes reflète celle constatée chez les femmes. En effet, le niveau de fécondité augmente avec l'âge et est particulièrement élevé chez les polygames; ceux-ci ont, en moyenne, 7,4 enfants. Les hommes analphabètes et les hommes qui résident en milieu rural ont une fécondité plus élevée que les hommes instruits et ceux qui vivent en milieu urbain.

La majorité des hommes de 15 à 49 ans désire avoir plus d'enfants mais la proportion qui veut plus d'enfants décroît lorsque le nombre d'enfants vivants augmente. À moins de trois enfants vivants, les femmes veulent autant d'enfants que les hommes. Le désir des hommes d'avoir un autre enfant surpasse celui des femmes lorsque la parité augmente. Jusqu'à cinq enfants la majorité des couples monogames est d'accord pour avoir un autre enfant. Le désaccord s'installe à partir de 6 enfants ou plus; le désir des époux devenant plus fort que celui de leur femme (81% contre 72 %). En outre, les femmes sont plus en désaccord avec leurs maris lorsque ceux-ci ne veulent plus d'enfants. Les écarts les plus importants existent lorsque les couples ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

La taille moyenne idéale de la famille chez les hommes âgés de 15-49 ans est de 6,0 enfants. Cette taille est supérieure à 0,5 enfant à celle des femmes (5,5 enfants). Pour les hommes et les femmes, l'instruction et le milieu de résidence sont associés à une faible taille idéale de la famille. Les hommes et les femmes de niveau secondaire ont les écarts de taille idéale les plus faibles (0,5 enfant). Mais au niveau des couples de ce même niveau, seuls 45 % s'entendent sur la même taille idéale. Les hommes polygames ont une taille de la famille de 9,4 enfants; cette taille plus élevée que celle des hommes monogames mais demeure proche de celle des hommes qui ont huit enfants ou plus. Près de la moitié seulement des couples (49 %) s'entendent sur la taille idéale de leur famille. Pour l'autre moitié, les avis sont partagés entre le mari et l'épouse. Cela est d'autant plus vrai que 69 % des hommes mariés ne discutent jamais de la planification avec leurs épouses, même si, respectivement 54 % et 63 % des hommes et des femmes mariés approuvent la planification familiale.

Les résultats laissent entrevoir que les hommes, en Côte d'Ivoire, sont favorables à une fécondité élevée et à une taille idéale de la famille importante. Mais cela ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer que les hommes constituent une barrière à la réduction de la fécondité d'autant plus que les résultats de l'étude ne s'écartent pas trop de ceux observés auprès des femmes. On note, cependant, des divergences de vue sur la taille idéale de la famille, relatives au manque de communication à l'intérieur du couple.

Une bonne maîtrise de la fécondité en Côte d'Ivoire ne peut se faire sans l'implication directe des hommes. De ce fait, des efforts doivent être faits pour inclure davantage les hommes dans les programmes de planification familiale.

¹ L'utilisation du terme fécondité tout au long de cet article nécessite une mise au point : étant donné que l'EDSCI, qui a servi de base à cette analyse, fournit uniquement des informations sur le nombre d'enfants vivants des hommes enquêtés et non sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eu au cours de leur vie, le terme fécondité est impropre. Néanmoins, par souci d'alléger le texte, nous avons conservé le terme fécondité tout au long de cet article.

1. INTRODUCTION

Traditionnellement, les enquêtes démographiques réalisées à de grandes échelles, comme l'Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF) et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), sont centrées sur la collecte des données concernant les femmes en âge de procréer. Par conséquent toutes les connaissances sur le comportement et les préférences en matière de reproduction concernent exclusivement le comportement et les préférences des femmes. Depuis quelques années, un intérêt croissant s'est développé concernant le comportement et les préférences en matière de fécondité des hommes; intérêt qui trouve son explication dans le rôle déterminant de l'homme concernant les décisions en matière de fécondité. On pense généralement que les hommes ont des opinions plus pro-natalistes que les femmes (Isiugo-Abanihe, 1994); ce qui constituerait un frein à l'utilisation de la contraception par les femmes et empêcherait donc celles-ci de réaliser leur souhait en matière de fécondité.

Un nouveau courant est apparu, qui implique davantage les hommes dans les programmes de planification familiale et qui aussi les incite davantage à adhérer à ces programmes de planification familiale. Cette tendance est clairement démontrée dans les orientations prises par les Nations Unies, en particulier par le biais de décisions adoptées lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994; les Nations Unies encouragent les hommes et les femmes à s'impliquer, de manière égale, dans le domaine de la planification familiale; elles insistent aussi sur le fait que les hommes doivent partager les responsabilités et assurer de manière active leur rôle de parent et aussi être impliqués, de manière active, en tant qu'agents reproducteurs dans les programmes de planification familiale.

La réalisation des objectifs des programmes sur le comportement et les préférences en matière de fécondité des hommes passe par la connaissance précise de leur expérience et de leurs préférences en matière de fécondité. En Côte d'Ivoire, peu d'études se sont orientées dans ce domaine à cause du manque de données collectées sur les hommes. Avec le questionnaire individuel homme, qui est une forme simplifiée du questionnaire individuel femme, l'Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire (EDSCI) réalisée en 1994, fournit l'opportunité d'étudier la fécondité et les préférences en matière de fécondité des hommes. Elle permet d'apporter quelques débuts de réponse aux questions relatives au rôle des hommes dans la prise de décision dans le domaine de la fécondité.

La présente analyse sur la fécondité et les préférences des hommes en matière de fécondité est basée essentiellement sur les données de l'EDSCI. Étant donné le type de données collectées au cours de cette enquête, l'étude que nous nous proposons de faire sera purement descriptive et ne comportera pas d'analyse statistique sophistiquée. Elle sera structurée en trois grandes parties : la première donnera une approche du niveau de la fécondité des hommes avec une comparaison de cette fécondité à celle de la femme; la seconde partie s'intéressera aux préférences en matière de fécondité de l'homme. Il s'agira ici davantage de description de ces préférences ainsi que des opinions des hommes concernant la taille idéale de la famille. Ces préférences seront confrontées à celles des femmes et des comparaisons seront effectuées entre les maris monogames et leur épouse. Enfin, la troisième partie portera sur l'opinion des hommes concernant la planification familiale.

Les résultats de cette étude permettront d'expliquer en partie les forces qui affectent la fécondité dans un pays comme la Côte d'Ivoire où la prévalence contraceptive est encore faible (5,7 % pour les femmes et 13,7 % pour les hommes) et où la fécondité et la natalité restent élevées.

2. CONTEXTE

2.1 Contexte Démographique

La Côte d'Ivoire fait preuve d'un dynamisme démographique qui se caractérise essentiellement par la combinaison de trois éléments : un accroissement naturel élevé, un apport migratoire relativement important et une forte propension à l'urbanisation.

Le recensement de 1975, première opération exhaustive de collecte de données démographiques menée dans le pays a dénombré 6 709 600 personnes. Le deuxième recensement réalisé en 1988 a enregistré 10 815 694 habitants soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,8 % dont environ 3,5 % sont imputables à l'accroissement naturel et 0,3 % à la migration internationale. A ce rythme, la population ivoirienne doublerait tous les dix-neuf ans.

La baisse de la mortalité combinée à une fécondité élevée est l'un des facteurs explicatifs de la dynamique de la population en Côte d'Ivoire. Cette baisse de la mortalité s'est traduite par une baisse du taux brut de mortalité dans la période 1978-1988 passant de 17 à 13 décès pour mille habitants. L'espérance de vie à la naissance a également progressé, passant de 35/40 ans en 1965 (Roussel, 1967), à 48,5 ans en 1978, pour atteindre 55 ans en 1988, soit un gain de vie de 20 ans en 23 ans (1965-1988) et de 6,5 ans en 10 ans (1978-1988).

La fécondité se caractérise essentiellement par son niveau élevé et sa précocité. Le taux brut de natalité qui était de 48 ‰ en 1988, est estimé aujourd'hui à 41 naissances vivantes pour mille habitants. D'après l'EDSCI, le taux global de fécondité générale s'établit à 198 enfants pour mille femmes âgées de 15 à 49 ans et une femme, dans les conditions du moment, met au monde en moyenne 5,7 enfants au cours de sa vie féconde. Comparativement aux données antérieures, le niveau de fécondité qui est resté stable jusqu'en 1988 connaît une légère baisse au cours de ces dernières années. Le caractère précoce de la fécondité, mesuré par le niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans), se traduit par une contribution de 13 % à la fécondité totale. La résultante de la fécondité élevée est l'extrême jeunesse de la population : 47 % de la population a moins de 15 ans, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent seulement 3 % de la population totale.

Au niveau de l'urbanisation, la Côte d'Ivoire apparaît comme l'un des pays les plus urbanisés d'Afrique occidentale. Bien que la majorité de la population demeure encore en milieu rural, 40 % d'entre elle vit dans des centres urbains. Cinq villes comptent plus de 100 000 habitants. La ville d'Abidjan est la plus importante de ces villes avec près de 18 % de la population totale et 46 % de la population urbaine. L'urbanisation a été renforcée par la permanence de la migration internationale. La proportion de la population étrangère est passée de 22 % à 28 % de la population totale, respectivement, en 1975 et 1988. En 1988, en milieu urbain, un habitant sur trois est de nationalité étrangère.

Concernant le niveau d'instruction, on relève un recul du taux d'analphabétisme qui est passé de 75 % en 1975 à 58 % en 1988 pour atteindre 54 % en 1994. Selon les résultats de EDSCI (1994), 32 % de la population a le niveau primaire, 14 % a le niveau secondaire ou plus.

2.2 Politiques Nationales en Matière de Population

La Côte d'Ivoire avait connu de 1960 à 1980 une croissance économique remarquable de l'ordre de 6 à 7 %, dans un contexte politique marqué par le libéralisme économique et l'ouverture sur l'extérieur qui ont permis de disposer de capitaux et d'une main-d'oeuvre abondante d'origine étrangère. Cette évolution économique n'a pas provoqué d'importants déséquilibres économiques et sociaux au cours des deux

premières décennies de développement. Le revenu par tête d'habitant s'est trouvé parmi l'un des plus élevés d'Afrique occidentale et d'importants investissements réalisés dans les secteurs sociaux ont permis de faire face aux besoins des populations et d'accroître ainsi le niveau de vie.

La croissance démographique, qui était estimée à environ 3 à 4 % par an en moyenne sur la période comparée à cette vigoureuse croissance économique, n'a pas été source d'inquiétude pour les pouvoirs publics d'autant plus que le pays disposait de moyens suffisants pour faire face aux besoins engendrés par la croissance de la population. Mais, au début des années 1980, avec la baisse drastique et continue des cours des matières premières, la Côte d'Ivoire a été confrontée à d'énormes difficultés économiques et financières avec une baisse continue de la production intérieure brute alors que, dans le même temps, la population a continué d'augmenter à un rythme soutenu.

Face à cette évolution contrastée entre la création de richesses intérieures et la croissance démographique, le projet "Plan de Développement Économique, Social et Culturel" (1986-1990) ainsi que d'autres réflexions menées au cours de divers séminaires et ateliers ont attiré l'attention des autorités sur la nécessité d'accorder une attention toute particulière à la croissance rapide de la population.

En dépit de cette recommandation essentielle, la politique démographique est demeurée pro-nataliste jusqu'en 1990. En effet, les efforts d'organisations non gouvernementales et de personnes privées en vue de promouvoir la planification familiale sont restées limitées en raison du manque d'appui des autorités. L'action entreprise par certains organismes comme l'AIBEF (Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial) ne s'est donc pas développée faute d'un soutien officiel en faveur de la régulation de la fécondité comme instrument d'une politique de développement. L'appui apporté par quelques organismes tels que le FNUAP, l'USAID etc. s'est généralement limité à un petit nombre d'établissements dans les zones urbaines. Bien que les contraceptifs soient en vente libre dans les pharmacies privées, la majorité de la population n'a guère d'information sur leur emploi ni même sur leur disponibilité.

Les résultats du deuxième recensement réalisé en 1988 ainsi que la crise économique et sociale au début des années 1990 ont amené les autorités à réexaminer leur politique en matière de population et à affirmer la nécessité de prendre en compte les phénomènes démographiques comme paramètres essentiels de la politique de valorisation des ressources humaines. C'est dans ce contexte qu'en 1991, avec le soutien du FNUAP et de l'USAID, a été initié le programme de la santé de la reproduction/planification familiale qui est une des activités prioritaires du gouvernement. Aujourd'hui, une politique nationale de population est en voie d'élaboration.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les études relatives à la fécondité ont porté essentiellement en Afrique sur la fécondité des femmes. Aujourd'hui, la tendance est de reconnaître le rôle déterminant des hommes en matière de la fécondité.

Une étude menée au Nigéria (Abaniche, 1994) semble confirmer le rôle prépondérant des hommes quant aux décisions des couples africains sur la taille de la famille : un époux sur trois et une épouse sur quatre pensent que c'est l'homme qui décide de la taille de la famille contre 43 % des hommes et 50 % des femmes qui pensent que la décision revient au couple. C'est seulement 1 % des hommes et 2 % des femmes qui pensent qu'au niveau du couple c'est la femme qui a une plus grande influence dans les décisions concernant la taille de la famille.

Cette étude a également montré que la taille moyenne idéale de la famille chez les hommes croît avec le nombre moyen d'enfants vivants, décroît avec le niveau d'instruction et l'âge au premier mariage. Cette taille moyenne, qui est supérieure au nombre moyen d'enfants vivants, est particulièrement élevée chez les

personnes âgées de plus de 44 ans (7,6 enfants). Au regard de la taille moyenne idéale de la famille, les catholiques (5,7 enfants), les protestants (5,1 enfants) s'opposent significativement aux musulmans (7,7 enfants). De même, les monogames (5,5 enfants) opposés aux polygames (8,4 enfants) influencent négativement de façon significative la taille moyenne idéale de la famille.

Selon Ezeh (Ezeh et al., 1996), la taille moyenne idéale de la famille chez les hommes mariés connaît de grandes variations d'une région à une autre. C'est en Afrique occidentale que l'on a le niveau le plus élevé de la taille moyenne idéale. Dans deux pays de cette sous région, la taille moyenne idéale de la famille est supérieure à 10 enfants; il s'agit du Sénégal (10,4 enfants), et du Niger (12,6 enfants). En Afrique de l'Est, par contre, le niveau est faible. C'est par exemple le cas du Kenya où la taille moyenne idéale de la famille est de 4,1 enfants.

Concernant la préférence en matière de fécondité en Afrique, ce sont en général les hommes qui désirent le plus d'enfants. Cette assertion semble être confirmée par Ezeh (1996). Ainsi, au Niger, 93 % des hommes contre 82 % des femmes désirent un autre enfant. Au Nigéria, ce sont 97 % des hommes et 91 % des femmes qui pensent que ce sont les hommes qui désirent plus d'enfants (Abaniche, 1994). Cependant dans certains pays comme le Burkina Faso (69 % des hommes contre 72 % des femmes) et le Maroc (40 % des hommes contre 43 % des femmes), ce sont plutôt les femmes qui désirent le plus un enfant supplémentaire. Cette forte proportion d'hommes favorables à un enfant supplémentaire laisse entrevoir un niveau faible d'acceptation de la planification familiale.

En effet, selon Ezeh (1996), chez les hommes, le niveau d'acceptation de la planification familiale est faible en Afrique occidentale. Les hommes sont moins favorables à la planification familiale que les femmes. C'est le cas du Sénégal où seulement 44 % des hommes contre 66 % des femmes en union acceptent la planification familiale. Chez les hommes de moins de 30 ans, le niveau d'acceptation est cependant élevé.

On a observé que le niveau d'acceptation de la planification familiale des hommes et des femmes monogames au Ghana dépend, dans une large mesure, de leur niveau d'instruction et de leurs préférences en matière de fécondité (Ezeh, 1993). En outre, le niveau d'acceptation de la planification familiale des femmes est lié au niveau d'instruction et à la préférence de leur époux. Ainsi, chez les femmes dont le mari est analphabète, la proportion des épouses qui approuvent la planification familiale est respectivement de 49 % pour les femmes sans éducation et 54 % pour les femmes instruites. Par contre, lorsque l'homme a un niveau primaire, cette proportion passe de 62 % chez les femmes sans éducation à 82 % chez les femmes ayant une éducation.

Le niveau de discussion de la planification familiale, étroitement lié à une plus grande utilisation des méthodes contraceptives et donc à une taille faible de la famille (Mitchell, 1972; Beckman, 1983) est faible en Afrique occidentale. Au Mali, par exemple, 72 % des hommes n'ont jamais discuté de la planification familiale au cours de l'année qui a précédé l'enquête (EDS, 1987).

En Côte d'Ivoire, aucune étude sur la fécondité des hommes et leurs préférences, le niveau d'acceptation et de discussion de la planification familiale n'a été menée. Cependant, Koffi et Sika, recherchant en 1995, les causes d'abandon des méthodes de planification familiale dans le district sanitaire d'Aboisso, ont révélé que le désir d'avoir un enfant supplémentaire et la pression familiale constituent, respectivement, 26 % et 12 % des causes d'abandon. Ce qui traduit bien le rôle déterminant des hommes dans la fécondité.

Cette étude qui est la première du genre devrait contribuer à une meilleure connaissance de la fécondité des hommes en Côte d'Ivoire et de leurs préférences en matière de fécondité. Rappelons

néanmoins ici que par fécondité, nous entendons uniquement le nombre d'enfants vivants, cela pour des raisons expliquées précédemment.

4. DISCUSSION DES DONNÉES

Les données qui ont permis de faire cette étude sont issues de l'EDSCI, réalisée en 1994 sur toute l'étendue du territoire national. L'échantillon-cible de l'enquête était de 7 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 2 500 hommes âgés de 15 à 59 ans. La base de sondage était constituée des 10 333 Districts de Recensement (DR) du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1988.

L'échantillon, pondéré et représentatif au niveau national, est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux ou trois degrés (Villes, DR ou grappes et ménages) selon le cas. Un total de 246 grappes, dont 146 en milieu urbain (52 à Abidjan) et 100 en milieu rural, ont été sélectionnées. Au total, 6 109 ménages ont été sélectionnés pour un effectif de 8 271 femmes éligibles (15-49 ans) et 2 728 hommes éligibles (15-59 ans). Sur ces effectifs, 5 935 ménages, 8 099 femmes et 2 552 hommes ont été entièrement interviewés, soit des taux de réponse respectifs de 97 %, 98 % et 94 %.

L'analyse sera essentiellement basée sur les données relatives aux hommes. Celles-ci seront parfois comparées aux données des femmes lorsque les mêmes types d'informations seront disponibles. Pour assurer certaines comparaisons, les mêmes tranches d'âges seront utilisées notamment la tranche 15-49 ans qui correspond à la période de procréation des femmes.

Parmi les hommes interviewés, 1 278 étaient en union (mariés) au moment de l'enquête et, parmi ceux-ci, un certain nombre ont eu leur épouse qui a également été enquêtée. Il est alors possible d'associer l'homme à son épouse et de reconstituer ainsi les couples afin d'étudier leurs convergences ou leurs divergences d'idées en matière de fécondité, de planification familiale et de taille idéale de la famille. Lorsque plusieurs femmes mariées au même homme étaient interrogées, cet homme a été associé à chacune de ses femmes pour former autant de couples différents. Pour cette raison, les informations de l'homme ne sont comparées qu'avec seulement l'une de ses femmes. Ainsi, 1 038 couples ont été reconstitués dont 744 en union monogame.

Le questionnaire-homme, dans ses sections 1 et 2, comporte des questions sur la fécondité et les préférences en matière de fécondité. Mais par rapport au questionnaire-femme, les informations collectées sur les hommes sont insuffisantes pour faire des comparaisons plus poussées. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, les données disponibles pour les hommes se limitent au nombre d'enfants vivants.

Concernant les préférences en matière de fécondité et la taille idéale de la famille des hommes, les données, sont pour la plupart, identiques à celles collectées pour les femmes, bien que la manière de poser les questions diffère lorsque l'interviewé est une femme ou un homme. À tous les hommes sexuellement actifs (15 à 59 ans) qui ne sont pas stérilisés, on a posé une série de questions portant sur le nombre d'enfants, le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, le nombre d'enfants souhaité. Aux hommes qui ont déclaré avoir des enfants, on a encore demandé : "s'ils pouvaient recommencer leur vie, combien d'enfants voudraient-ils avoir?" Les réponses à ces questions ont permis de mesurer la taille idéale de la famille.

Les variables utilisées dans cette analyse pour expliquer la fécondité des hommes sont essentiellement des variables socio-démographiques : l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la religion, le milieu de résidence et la région. Les modalités de ces principales variables figurent au tableau 1. Dans l'analyse de la fécondité, l'âge et la situation matrimoniale sont très importantes dans la mesure où ces deux variables ont une influence directe sur le nombre d'enfants. De façon générale, les hommes âgés

et les hommes mariés sont supposés avoir eu beaucoup plus d'enfants. En outre, les hommes en union polygame sont supposés avoir plus d'enfants que les hommes en union monogame dans la mesure où chaque femme mariée non stérilisée est prête à faire des enfants.

Le choix du niveau d'instruction et du milieu de résidence dans cette analyse provient de l'influence de ces deux variables sur la fécondité des femmes. De ce fait, on suppose que ces deux variables peuvent avoir également le même impact sur la fécondité des hommes. En outre, il est important d'étudier la fécondité des hommes selon les régions et les strates car les comportements procréateurs peuvent subir des changements d'une région à une autre ou d'un milieu écologique à un autre. Par ailleurs, les régions sont des entités administratives reconnues, pouvant être utilisées pour les politiques locales. Enfin, concernant la religion, on pense que les croyances religieuses sont susceptibles d'influencer les attitudes des enquêtés et que, par conséquent elles peuvent agir sur leur comportement en matière de fécondité.

Pour les préférences en matière de fécondité des hommes, on utilisera les variables "nombre d'enfants vivants" et "taille idéale de la famille". En effet, le nombre d'enfants vivants est un important facteur déterminant le désir d'avoir un enfant supplémentaire. D'une manière générale, la taille idéale de la famille est plus élevée chez les hommes qui ont plus d'enfants vivants. En effet, la réponse aux questions sur la taille idéale de la famille est parfois influencée par le passé des hommes car, il est difficile pour un homme ayant déjà eu des enfants de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille; ceux qui ont un nombre élevé d'enfants vivants ont tendance à l'assimiler à la taille idéale de la famille.

Le tableau 1 présente la distribution des hommes enquêtés par groupe d'âges décennaux selon certaines caractéristiques socio-démographiques. En ce qui concerne l'état matrimonial, on observe que, parmi les hommes de l'échantillon, 47 % sont célibataires, 50 % sont en union et 3 % en rupture d'union. On doit rappeler que dans le cadre de l'EDSCI, on a considéré comme marié, ou plus exactement en union, tous les hommes cohabitant régulièrement avec une femme, que l'union soit légale ou non, formelle ou non. La presque totalité des hommes finissent par se marier avant 45 ans. On constate, au tableau 1, que la polygamie est une pratique répandue en Côte d'Ivoire puisqu'elle concerne globalement un homme sur dix (9,1 %) et 18 % des hommes mariés. La polygamie augmente avec l'âge, surtout à partir de 25 ans. Aux âges élevés (55-59 ans), la proportion des hommes en union polygame (12 %) est deux fois plus élevée que celle des monogames et des hommes en rupture d'union (respectivement 5 % et 7 %).

Le niveau d'instruction des hommes est très moyen. Globalement, tous âges confondus, près de 3 hommes sur cinq ont fréquenté l'école et 42 % n'ont aucun niveau d'instruction. Le quart des hommes ont le niveau primaire. Concernant la religion, parmi les hommes enquêtés, 37 % ont déclaré pratiquer la religion musulmane, 38 % sont chrétiens, 18 % sont sans religion et enfin 8 % sont de religion traditionnelle, communément appelé animiste.

Au niveau régional, on note le poids important de la région sud qui inclut la capitale économique (Abidjan). À elle seule, la région sud concentre près de 40 % des enquêtés. Les régions du Nord-Est et du Centre-Est ont les proportions les plus faibles d'hommes avec 4 % des hommes de l'échantillon. Selon le milieu de résidence, près de trois hommes sur cinq (59 %) vivent en milieu rural contre deux hommes sur cinq en milieu urbain (41 %). En fonction des cinq domaines du milieu de résidence issus d'un découpage écologique, les hommes sont fortement présents en milieu de forêt. En effet, près des trois quarts de la population enquêtée réside dans les zones forestières dont fait partie la ville d'Abidjan.

Tableau 1 Répartition (en %) des hommes par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Âge					Effectif	Pourcentage
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-59		
État matrimonial							
Jamais marié	72,8	23,5	3,4	0,3	0,0	1 196	46,9
Monogame	8,1	41,0	29,5	16,0	5,4	1 047	41,0
Polygame	1,4	18,5	37,6	30,2	12,4	232	9,1
Veuf/Séparé/Divorcé	3,9	25,9	32,5	31,2	6,5	77	3,0
Niveau d'instruction							
Aucun	24,6	30,4	20,4	17,3	7,3	1 076	42,2
Primaire	47,7	29,8	15,0	6,1	1,5	664	26,0
Secondaire	51,3	30,5	14,3	3,9	0,0	718	28,1
Supérieur	13,1	31,9	42,1	11,4	1,5	94	3,7
Religion							
Catholique	36,1	31,8	19,6	9,2	3,2	572	22,5
Protestant	44,1	27,2	18,8	7,9	2,0	373	14,6
Musulman	34,0	31,3	18,5	12,3	3,8	950	37,3
Traditionnel	35,5	30,7	13,0	14,8	6,0	210	8,0
Sans religion	43,4	28,9	16,5	7,8	3,4	447	17,6
Région							
Centre	42,9	28,2	11,7	10,6	6,6	159	6,3
Centre-Nord	41,7	28,4	17,9	8,9	3,1	176	6,9
Nord-Est	36,3	30,6	18,7	10,1	4,3	97	3,8
Centre-Est	43,4	29,2	16,3	5,9	5,2	101	4,0
Sud	40,1	28,7	19,3	9,6	2,3	985	38,6
Sud-Ouest	30,9	37,9	19,2	9,3	2,7	172	6,7
Centre-Ouest	32,6	32,3	17,4	13,4	4,3	369	14,4
Ouest	35,5	35,6	14,7	10,5	3,8	245	9,6
Nord-Ouest	33,2	28,9	20,2	13,2	4,5	118	4,6
Nord	36,2	24,2	23,2	11,7	4,6	130	5,1
Milieu de résidence							
Urbain	40,3	28,2	20,3	9,3	1,9	1 046	41,0
Rural	35,9	31,8	16,6	11,1	4,6	1 506	59,0
Strate							
Abidjan	39,7	29,3	20,7	8,5	1,9	594	23,3
Forêt urbaine	42,5	26,2	18,8	10,9	1,6	248	9,7
Forêt rurale	34,9	33,2	16,3	10,7	4,8	1 050	41,1
Savane urbaine	39,7	27,2	20,9	10,1	2,2	204	8,0
Savane rurale	38,2	28,6	17,1	11,9	4,2	456	17,9
Ensemble (%)	37,9	30,2	18,1	10,3	3,5	-	100,0
Effectif	967	772	461	262	90	2 552	-

En ce qui concerne l'âge, le tableau 1 montre que la population décroît au fur et à mesure que l'âge augmente. De 38 % à 15-24 ans, la population des hommes passe à 18 % à 35-44 ans pour atteindre seulement 3,5 % à 55-59 ans. La répartition par âge varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Concernant l'état matrimonial, les hommes célibataires sont plus jeunes que ceux qui sont mariés, veufs, séparés ou divorcés. Plus de sept célibataires sur dix ont moins de 25 ans (73 %) tandis que la proportion des polygames reste importante aux âges élevés (12 % à 55-59 ans). Le niveau d'instruction décroît lorsque l'âge augmente; cela démontre le caractère relativement récent de l'augmentation du niveau d'instruction en Côte d'Ivoire. Près de 75 % des hommes non instruits de l'échantillon ont un âge compris entre 25 et 59 ans contre 52 % et 49 % pour, respectivement, les hommes de niveaux primaire et secondaire. Pour la religion, les résultats du tableau 1 montrent que les hommes qui n'ont pas de religion et ceux qui sont de religion protestante sont relativement plus jeunes. En effet, plus de deux hommes sur cinq de ces deux religions sont âgés de moins de 25 ans contre un peu plus du tiers des hommes des autres religions.

La structure par âge des hommes subit quelques légères variations au niveau de la région. Les hommes des régions du Centre, du Centre-Nord, du Centre-Est et du Sud sont un peu plus jeunes que ceux des autres régions. Comme on pouvait s'y attendre, les hommes du milieu urbain sont légèrement plus jeunes que ceux du milieu rural avec, respectivement, 40 % et 36 % qui ont moins de 25 ans.

5. RÉSULTATS

5.1 Niveau de Fécondité des Hommes

Comme cela a été signalé précédemment, l'utilisation du terme fécondité tout au long de cet article nécessite une mise au point. Rappelons que l'EDSCI dont les données ont servi de base à cette étude, a recueilli uniquement des informations sur le nombre d'enfants vivants des hommes enquêtés et non sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eu au cours de leur vie. Les informations disponibles ne permettent donc pas de mesurer la fécondité, puisque le nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête dépend du nombre d'enfants que les hommes ont eus, mais aussi de la mortalité de ces enfants. Le terme fécondité utilisé ici est donc impropre, néanmoins, par souci d'alléger le texte, nous avons conservé le terme fécondité tout au long de cet article

5.1.1 Nombre d'enfants vivants

Le tableau 2 présente la répartition des hommes de 15 à 59 ans par nombre d'enfants vivants selon les caractéristiques socio-démographiques. Au moment de l'enquête, près de la moitié des hommes de l'échantillon (48 %) n'avait pas d'enfants et, en moyenne, un homme avait 2,2 enfants vivants. D'une manière générale, le nombre d'enfants vivants augmente avec l'âge. Les hommes de 45 à 59 ans ont, en moyenne, un nombre d'enfants vivants compris entre 6,2 et 7, 5 enfants. Par ailleurs, dans ce groupe d'âges, plus de 40 % des hommes ont 7 enfants ou plus. À l'opposé, la proportion des hommes sans enfant décroît rapidement avec l'âge. Ainsi, de 90 % à 15-24 ans, le nombre d'hommes sans enfant passe respectivement à 10 % à 35-44 ans et à 2,4 enfants à 55-59 ans.

L'état matrimonial des hommes semble avoir un impact réel sur le nombre d'enfants vivants des hommes. Alors qu'environ 11 % des célibataires avaient, au moins, un enfant au moment de l'enquête, chez les hommes en union monogame et polygame, c'est, respectivement, 87 % et 97 % qui ont, au moins, un enfant vivant. Globalement, un homme en union polygame a deux fois plus d'enfants qu'un homme en union monogame et trois fois plus qu'un homme veuf, séparé ou divorcé. Environ le tiers des hommes en union polygame ont 9 enfants et plus (34 %).

Tableau 2 Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans par nombre d'enfants vivants et nombre moyen d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Enfants vivants						Moyenne
	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9+	
Groupe d'âges							
15-24	90,4	8,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,14
25-34	37,2	38,0	18,3	5,6	0,4	0,4	1,54
35-44	10,1	22,8	28,2	23,3	8,4	7,2	4,02
45-54	3,4	11,2	21,1	20,9	20,3	23,2	6,23
55-59	2,4	9,3	13,7	25,8	14,0	34,7	7,49
État matrimonial							
Jamais marié	89,3	9,5	1,2	0,1	0,0	0,0	0,16
Monogame	12,6	34,1	25,6	16,5	6,5	4,7	3,26
Polygame	2,6	7,8	18,6	20,5	16,8	33,8	7,36
Veuf/Séparé/Divorcé	14,0	46,2	26,9	10,4	1,3	1,3	2,34
Niveau d'instruction							
Aucun	37,7	21,0	15,6	11,5	6,0	8,1	2,89
Primaire	54,7	21,7	10,3	6,7	3,7	2,9	1,64
Secondaire	58,1	17,6	11,8	7,8	2,1	2,5	1,49
Supérieur	33,0	28,2	25,7	5,4	3,7	4,0	2,35
Religion							
Catholique	48,6	17,2	14,3	9,8	6,5	3,6	2,20
Protestant	52,5	19,4	12,2	7,0	3,6	5,1	2,00
Musulman	46,9	21,6	13,2	9,5	3,5	5,3	2,16
Traditionnel	37,8	24,9	13,8	9,7	5,0	8,8	2,74
Sans religion	48,9	21,3	14,4	7,9	3,1	4,4	1,93
Région							
Centre	46,1	21,9	15,2	5,0	6,0	5,8	2,23
Centre-Nord	48,8	16,2	16,9	8,8	6,0	3,2	2,11
Nord-Est	47,2	20,3	12,2	8,5	4,6	7,3	2,43
Centre-Est	53,8	21,5	7,9	7,5	2,3	7,0	2,03
Sud	52,4	19,8	12,1	9,4	3,3	3,1	1,81
Sud-Ouest	43,8	25,8	13,7	6,0	5,7	4,9	2,16
Centre-Ouest	42,9	20,2	14,0	10,2	4,5	8,2	2,71
Ouest	42,3	26,0	15,4	7,4	5,2	3,8	2,05
Nord-Ouest	43,9	18,3	14,3	13,8	3,4	6,2	2,52
Nord	40,8	15,1	17,8	11,8	3,9	10,5	2,88
Milieu de résidence							
Urbain	52,5	19,1	12,5	8,0	3,7	4,2	1,89
Rural	44,3	21,5	14,3	9,6	4,6	5,6	2,34
Strate							
Abidjan	53,5	20,9	10,8	9,2	2,8	2,8	1,67
Forêt urbaine	53,4	16,3	14,4	5,4	3,5	6,9	2,13
Forêt rurale	44,7	22,7	13,5	9,4	5,2	4,6	2,26
Savane urbaine	48,5	17,2	15,3	7,9	6,3	4,9	2,23
Savane rurale	43,6	18,9	15,9	10,3	3,4	8,0	2,52
Ensemble (%)	47,7	20,5	13,5	9,0	4,2	5,0	2,15
Effectif	1 214	522	345	228	108	128	2 546

De manière générale, on constate que le nombre moyen d'enfants vivants diminue lorsque le niveau d'instruction augmente. Les hommes qui ne sont pas allés à l'école ont en moyenne 2,9 enfants contre respectivement 1,6 pour les hommes de niveau primaire et 1,5 pour ceux de niveau secondaire. Au tableau 2, on constate que le nombre moyen d'enfants vivants des hommes des niveaux primaire et secondaire est inférieur à celui des hommes du niveau supérieur. Par ailleurs 55 % et 58 % des hommes de niveaux primaire et secondaire n'ont aucun enfant, le tiers étant encore à l'école.

La différence d'enfants vivants est très faible selon la religion pratiquée par l'homme. Le nombre moyen d'enfants vivants par homme est compris entre 1,9 et 2,2 enfants sauf chez les hommes de religion traditionnelle qui ont, en moyenne, 2,7 enfants. Par ailleurs, un homme sur dix de religion traditionnelle a 9 enfants ou plus, comparativement aux autres religions où c'est environ un homme sur vingt qui a ce même nombre d'enfants.

Au niveau régional, le nombre moyen d'enfants vivants ne varie pas de manière sensible. C'est dans la région du Sud que l'on constate le nombre moyen d'enfants vivants le plus faible (1,8 enfant), région dans laquelle 52 % des hommes n'ont pas d'enfant. À l'opposé, les régions Nord, Centre-Ouest et Nord-Ouest ont les moyennes les plus élevées avec, respectivement, 2,9, 2,7 et 2,5 enfants. Ces fortes moyennes pourraient s'expliquer par le niveau élevée de la polygamie dans ces régions : le taux de polygamie dans ces trois régions étant compris entre 22 et 32 %. La différence d'enfants entre le milieu urbain et le milieu rural est faible (0,4 enfant). Bien que l'on ait constaté que la population urbaine est plus jeune que la population rurale (40 % des hommes ont moins de 25 ans en milieu urbain contre 36 % pour le milieu rural) et que cela influe certainement sur le nombre d'enfants vivants des hommes, il ne faut pas oublier ici le rôle important de la mortalité différentielle entre les milieux rural et urbain : les différences constatées entre le nombre d'enfants vivants des hommes selon les différentes variables ne peuvent être interprétées comme résultant de seules différences de niveau de fécondité. En dehors de la ville d'Abidjan où le nombre moyen d'enfants vivants est de 1,7 enfant, dans les autres strates, la moyenne est de 2,2 enfants sauf en savane rurale (2,5 enfants).

5.1.2 Comparaison du nombre d'enfants vivants des hommes et des femmes

Le tableau 3 permet de comparer le nombre moyen d'enfants vivants des hommes à celui des femmes selon les caractéristiques socio-démographiques. Cette comparaison tient compte de l'âge afin d'apprécier l'effet de cette variable sur la fécondité. Globalement, les hommes de 15-59 ans ont en moyenne 2,2 enfants contre 2,6 pour les femmes de 15-49 ans (Graphique 1). Par rapport aux trois grands groupes d'âges retenus, le nombre moyen d'enfants vivants des femmes est plus élevé que celui des hommes. L'écart entre les deux sexes qui est de 0,6 enfant entre 15-24 ans passe à 1,6 enfant à 25-34 ans pour chuter à 0,73 enfant à 35-49 ans. Aux âges de forte fécondité chez les femmes (25-34 ans), les femmes ont plus du double des enfants des hommes. Cela tient, généralement, aux écarts d'âges entre les couples car dans la très grande majorité (95 %) des couples, l'homme est plus âgé que sa femme, soit il a 0-4 ans de plus qu'elle (21 %), soit 5-9 ans de plus (31 %), soit encore 10-14 ans de plus (25 %). (Sombo et al., 1995).

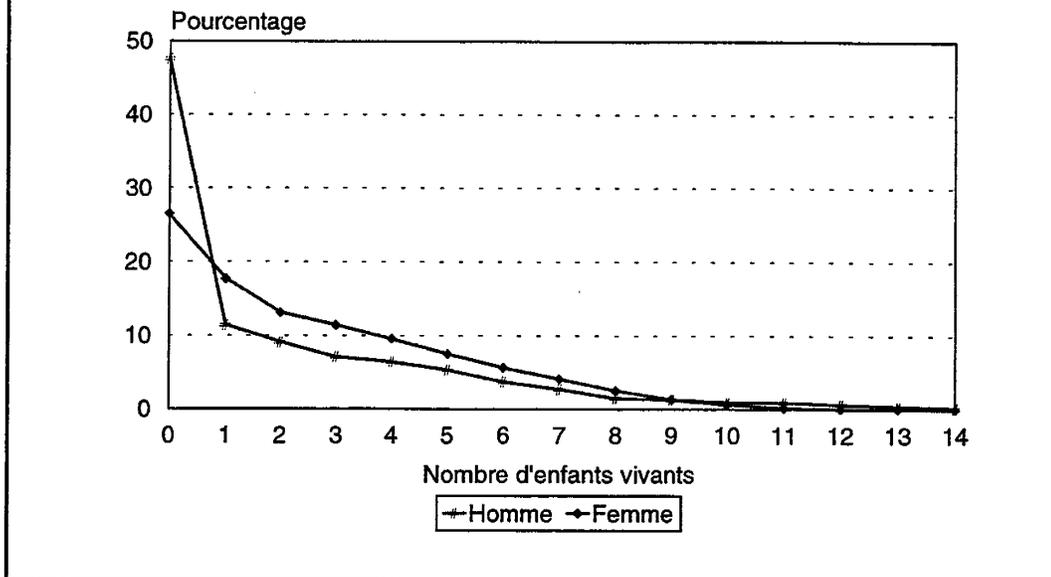
D'une manière générale, le nombre moyen d'enfants vivants des femmes est supérieur à celui des hommes sauf pour quelques modalités des caractéristiques socio-démographiques. Concernant l'état matrimonial, le tableau 3 fait apparaître que les célibataires et les monogames de sexe masculin ont moins d'enfants que les femmes qui sont dans la même situation et cela, quel que soit le groupe d'âges. Cependant, au niveau des personnes vivant en union polygame, les hommes ont plus d'enfants que les femmes. Pris globalement, les hommes monogames ont légèrement plus d'enfants que les femmes en union monogame (3,3 contre 3,1 enfants). La même situation se présente chez les polygames; mais à ce niveau l'homme polygame a le double des enfants de la femme en union polygame (7,4 contre 3,7 enfants). Il faut signaler le nombre très faible d'enfants vivants chez les hommes célibataires jusqu'à 34 ans.

Tableau 3 Nombre moyen d'enfants vivants des hommes et des femmes de 15-49 ans par âge selon certaines caractéristiques socio-démographiques. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Âge						Ensemble	
	15-14		25-34		35-49		15-19	15-49
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme		
État matrimonial								
Jamais marié	0,04	0,28	0,42	1,54	(0,80)	3,33	0,16	0,45
Monogame	1,02	1,27	2,06	3,33	(4,14)	5,38	3,26	3,13
Polygame	*	1,37	(3,75)	3,40	(7,23)	5,25	7,36	3,71
Veuf/Séparé/Divorcé	*	1,25	*	2,58	(2,53)	4,29	2,34	3,15
Niveau d'instruction								
Aucun	0,13	0,88	1,43	3,38	4,43	5,20	2,89	3,07
Primaire	0,13	0,75	1,67	3,05	4,19	5,12	1,65	2,01
Secondaire	0,15	0,40	1,63	2,26	5,02	4,51	1,49	1,43
Supérieur	*	*	(1,28)	*	(2,73)	*	2,35	(1,19)
Religion								
Catholique	0,11	0,59	1,59	2,71	4,41	4,94	2,20	2,15
Protestant	0,18	0,77	1,62	3,09	4,66	5,04	2,00	2,35
Musulman	0,10	0,76	1,31	3,26	4,00	5,25	2,16	2,68
Traditionnel	0,19	1,03	1,97	3,30	(5,88)	5,36	2,74	3,50
Sans religion	0,18	0,71	1,71	3,38	4,48	5,05	1,93	2,82
Région								
Centre	0,23	0,88	(2,08)	3,41	(3,82)	5,34	2,23	2,75
Centre-Nord	0,13	0,73	(2,03)	3,28	(4,72)	3,36	2,11	2,68
Nord-Est	(0,05)	0,71	(1,55)	3,06	*	5,41	2,43	2,76
Centre-Est	(0,16)	0,72	(0,85)	3,02	*	3,07	2,03	2,31
Sud	0,10	0,61	1,23	2,82	3,88	4,94	1,81	2,26
Sud-Ouest	0,18	0,91	1,68	3,38	(3,91)	5,32	2,16	2,86
Centre-Ouest	0,11	0,92	1,57	3,46	5,69	5,32	2,71	2,91
Ouest	0,24	0,91	1,79	3,15	3,89	4,75	2,05	2,64
Nord-Ouest	(0,15)	0,80	(1,91)	3,48	(4,01)	5,08	2,52	2,60
Nord	(0,16)	0,77	(2,00)	3,33	(5,45)	5,13	2,87	2,85
Milieu de résidence								
Urbain	0,08	0,58	1,18	2,82	4,28	4,83	1,89	2,12
Rural	0,19	0,91	1,77	3,35	4,46	5,27	2,34	2,89
Strate								
Abidjan	0,09	0,49	1,09	2,58	3,65	4,56	1,67	1,78
Forêt urbaine	0,06	0,68	1,16	3,18	5,31	5,05	2,13	2,31
Forêt rurale	0,18	0,91	1,65	3,31	4,27	5,26	2,26	2,84
Savane urbaine	0,09	0,64	1,50	3,01	4,92	5,24	2,23	2,26
Savane rurale	0,19	0,90	2,09	3,44	4,97	5,29	2,52	2,99
Ensemble	0,14	0,75	1,54	3,14	4,38	5,11	2,15	2,57
Effectif	961	3 553	772	2 644	606	1 923	2 339	8 099

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas; l'astérisque représente moins de 25 cas.

Graphique 1
Nombre d'enfants vivants des hommes de 15-59 ans
et des femmes de 15-49 ans



Le nombre moyen d'enfants vivants par femme décroît par grands groupes d'âges lorsque le niveau d'instruction augmente; chez les hommes, on observe la situation opposée. En effet dans le groupe d'âges 25-34 ans, les hommes de niveau primaire et secondaire ont plus d'enfants que ceux qui ne sont pas allés à l'école. Par ailleurs, les hommes de niveau secondaire âgés de 35-49 ans ont légèrement plus d'enfants que les femmes de même niveau (5,0 contre 4,5 enfants).

Selon la religion, on ne constate pas de différence sensible entre le nombre d'enfants vivants des hommes et celui des femmes. Cependant, on relève que les hommes et les femmes de religion traditionnelle ont légèrement plus d'enfants que ceux des autres religions. Par ailleurs, à 35-49 ans, la religion traditionnelle est la seule où le nombre moyen d'enfants vivants des hommes est globalement supérieur à celui des femmes. Au plan régional, on constate que c'est dans les régions où le taux de polygamie est supérieur à la moyenne nationale (régions Centre-Ouest, Nord et Nord-Ouest), que le nombre d'enfants vivants des hommes est le plus élevé. Chez les femmes, c'est dans les régions Sud-Ouest, Centre-Nord et Centre-Ouest que l'on constate les nombres moyens d'enfants les plus élevés. Selon le milieu de résidence et la strate, la différence de fécondité entre les hommes et les femmes est faible.

5.2 Préférences en Matière de Fécondité

5.2.1 Désir d'avoir un autre enfant

Pour appréhender les préférences en matière de fécondité des hommes, on a calculé le pourcentage d'hommes et de femmes en union qui désirent un autre enfant; ce pourcentage a été ensuite croisé avec le nombre d'enfants vivants selon les caractéristiques socio-démographiques. Il faut préciser que les données concernant les femmes stériles et les femmes stérilisées ne figurent pas au tableau 4. Le désir d'avoir un autre enfant dépend généralement du nombre d'enfants actuellement en vie. Comme il fallait s'y attendre

Tableau 4 Proportion d'hommes de 15-59 ans et de femmes de 15-49 ans en union qui désirent un autre enfant par nombre d'enfants vivants selon certaines caractéristiques socio-démographiques. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Nombre d'enfants vivants							
	0		1-2		3-5		6 +	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Groupe d'âges								
15-24	(86,2)	98,9	81,7	94,4	*	82,5	0,0	0,0
25-34	94,2	99,1	91,2	94,6	84,5	74,1	*	42,6
35-49	(100,0)	(91,7)	94,6	90,5	80,4	49,9	67,7	25,8
État matrimonial								
Monogame	94,3	99,4	90,6	93,0	80,4	69,9	58,8	28,3
Polygame	*	96,7	*	90,7	88,7	67,7	83,8	32,8
Niveau d'instruction								
Aucun	95,1	99,0	94,3	92,3	88,8	70,5	80,3	32,5
Primaire	(96,2)	97,9	91,2	93,6	78,8	68,6	55,3	23,7
Secondaire	*	98,1	84,5	89,5	72,6	59,0	53,6	(14,2)
Supérieur	*	*	85,2	*	(68,5)	*	*	-
Religion								
Catholique	*	99,0	88,6	90,9	72,0	59,2	58,2	22,6
Protestant	(97,3)	97,7	92,4	90,4	73,8	70,4	(51,9)	21,3
Musulman	92,8	98,2	89,8	94,1	85,3	72,8	82,5	36,0
Traditionnel	*	(100,0)	(89,2)	94,9	(87,1)	69,7	(74,0)	38,5
Sans religion	(93,6)	(100,0)	96,5	91,5	89,2	69,3	(70,3)	29,3
Région								
Centre	*	*	*	86,1	(89,4)	63,7	*	34,2
Centre-Nord	*	(97,8)	*	89,6	(71,9)	61,8	*	32,5
Nord-Est	*	(100,0)	*	94,8	*	70,5	*	(30,8)
Centre-Est	*	*	*	98,0	*	59,6	*	(27,6)
Sud	87,2	98,8	85,6	89,7	75,5	62,8	60,4	(20,7)
Sud-Ouest	*	(98,2)	(95,9)	96,5	(88,5)	80,7	*	36,1
Centre- Ouest	*	98,3	94,9	91,7	87,3	73,9	68,0	32,5
Ouest	*	100,0	(97,6)	97,6	(86,5)	73,5	(70,6)	34,8
Nord-Ouest	*	(100,0)	*	96,2	(92,8)	76,0	*	(41,1)
Nord	92,2	(97,5)	*	92,5	(81,1)	76,1	*	41,9
Milieu de résidence								
Urbain	90,6	99,2	86,2	88,9	74,6	61,3	56,9	21,5
Rural	95,8	98,1	93,7	94,5	85,9	73,3	77,6	34,2
Strate								
Abidjan	(92,0)	100,0	81,8	88,7	75,4	57,5	54,1	16,0
Forêt urbaine	*	98,9	(92,9)	87,7	(77,4)	62,7	(56,9)	22,3
Forêt rurale	94,2	97,6	96,2	94,6	85,3	74,1	76,5	31,6
Savane urbaine	*	(97,6)	*	90,3	(69,8)	68,2	(62,5)	30,5
Savane rurale	*	99,0	86,8	94,2	87,2	71,6	79,5	39,7
Ensemble (%)	93,7	98,7	91,7	92,3	81,7	69,1	70,1	30,2
Effectif	129	530	338	1 627	352	1 908	218	942

Note: Les valeurs entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas; l'astérisque représente moins de 25 cas. Les femmes stériles et les femmes stérilisées sont exclues de ce tableau.

la proportion des hommes et des femmes qui désirent un autre enfant diminue selon le nombre d'enfants survivants.

Dans l'ensemble, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, les femmes qui n'ont pas d'enfants ont un désir d'enfants supplémentaires légèrement plus élevé que celui des hommes. La quasi totalité de celles-ci (99 %) désirent avoir un enfant tandis que chez les hommes cette proportion n'est que de 94 %. Cet écart est lié à la forte proportion des jeunes de moins de 25 ans qui sont sans enfant et qui sont en grande partie célibataires. À partir de trois enfants vivants, le désir des hommes d'avoir un autre enfant dépasse largement celui des femmes. Ainsi, 82 % des hommes contre 69 % des femmes désirent un enfant supplémentaire lorsqu'ils ont 3 à 5 enfants survivants. À partir de 6 enfants ou plus, la proportion des hommes est plus de deux fois plus importante que celle des femmes (70 % contre 30 %).

L'âge a une forte influence sur le désir d'avoir un enfant supplémentaire. Les hommes âgés de 35-49 ans, sans enfant, éprouvent plus fréquemment que les jeunes sans enfant le désir d'avoir un enfant supplémentaire. À partir de 3-5 enfants vivants, l'écart entre les deux sexes devient important, passant de 30 points à 42 points lorsque l'homme et la femme ont 6 enfants ou plus. La polygamie pourrait, parmi les hommes de ces tranches d'âges, être l'une des principales raisons de cette différence. Cela est d'autant plus vrai que plus de huit hommes polygames sur dix (84 %) qui ont 6 enfants ou plus souhaitent avoir un autre enfant.

C'est à partir de 6 enfants ou plus qu'on observe de grandes divergences entre les deux sexes; les divergences les plus importantes se retrouvent au niveau des personnes non instruites, des personnes de religion musulmane et des hommes et des femmes qui vivent dans les régions Centre-Ouest et Nord. Le milieu de résidence a également un impact sur le désir d'un enfant supplémentaire que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. En milieu urbain, c'est environ trois hommes sur cinq ayant 6 enfants ou plus (57 %) qui désirent un autre enfant contre plus des trois quarts des hommes (77 %) en milieu rural. Chez les femmes, les pourcentages sont, respectivement, de 22 % pour le milieu urbain et 34 % pour le milieu rural. Par ailleurs, le niveau d'instruction influence le désir des hommes et des femmes; plus le niveau d'instruction augmente, plus les proportions des personnes voulant un autre enfant baisse de façon considérable. Chez les hommes, l'écart entre les non instruits et ceux qui ont le niveau secondaire passe de 10 points pour 1 à 2 enfants vivants à 27 points pour 6 enfants vivants ou plus.

Le tableau 5 présente la répartition des couples monogames selon les préférences en matière de fécondité de la femme en fonction des préférences du partenaire. D'une manière générale, les couples en union monogame désirent un enfant supplémentaire. Ce besoin est davantage ressenti chez les hommes que chez leur épouse. En effet, parmi les couples monogames, dans 81 % des cas, l'homme désire un autre enfant, alors que dans 72 % des cas seulement, la femme veut un enfant supplémentaire. À la lumière du tableau 5, la préférence en matière de fécondité semble être en relation avec celle du mari : parmi les 579 couples dans lesquels l'homme veut un autre enfant, 81 % de leur conjointe ont le même besoin et seulement 12 % des épouses ont une préférence contraire. Quant on s'intéresse aux femmes dont le mari ne désire pas un autre enfant, on constate que quasiment deux épouses sur trois (63 %) soutiennent leur conjoint contre 28 % des femmes qui veulent un autre enfant. Cette convergence d'opinion au niveau du couple sur la préférence en matière de fécondité diminue chez les femmes dont les époux sont indécis sur le désir d'avoir un autre enfant. On remarque cependant que, dans ce cas, la tendance est au profit de celles qui désirent un autre enfant.

Tableau 5 Répartition (en %) des couples monogames selon les préférences en matière de fécondité de la femme et du mari. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Mari	Femme				Total	Ensemble	
	Veut un autre	Indécise	Pas d'autre	Déclarée stérile		Effectif	%
Veut un autre	80,8	4,2	12,4	2,5	100,0	579	81,3
Indécis	(48,4)	(11,6)	(35,1)	(4,9)	100,0	44	6,1
Pas d'autre	27,8	7,4	62,6	2,3	100,0	80	11,3
Stérile ou femme inféconde	-	-	-	-	-	9	1,3
Ensemble	72,0	5,1	20,2	2,6	100,0	712	100,0

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas.

5.2.2 Taille idéale de la famille

Le tableau 6 présente la répartition des hommes de 15-59 ans selon leur taille idéale de la famille en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques. La taille idéale de la famille a été définie au cours de l'enquête, comme étant le nombre exact d'enfants qu'un homme ou une femme voudrait avoir durant toute sa vie.

À la question concernant la taille idéale de la famille, les hommes dans leur majorité (72 %) ont choisi un nombre compris entre 3 et 7 enfants, avec une préférence (38 %) pour 5 à 7 enfants. Les hommes restent attachés à une taille idéale élevée puisque seulement 7 % d'entre eux voudraient tout au plus 2 enfants contre 21 %, soit trois fois plus, pour qui la famille idéale comprend 8 enfants ou davantage.

Pour tenter d'expliquer ce désir manifeste des ivoiriens d'avoir une grande famille, le nombre idéal d'enfants a été mis, au tableau 6, en relation avec les variables socio-démographiques.

On constate, en premier lieu, que la taille idéale de la famille varie selon l'âge. En effet, dans 43 % des cas, les jeunes (15 à 24 ans) plus scolarisés, sont favorables à une famille de 3 ou 4 enfants, tandis que la génération ancienne (plus analphabète et plus polygame) sont encore attachées à des familles de taille élevée : 51 % des hommes de 45-54 ans et 65 % de ceux du groupe 55-59 ans sont favorables à une famille de 8 enfants ou plus.

De même, la taille idéale de la famille chez les hommes semble aussi être en relation avec leur nombre d'enfants vivants. En effet, une famille de 3-4 enfants est plus fréquemment souhaitée par les hommes ayant, tout au plus, 2 enfants vivants. Ceux, par contre, qui ont 8 enfants ou plus sont favorables à 62 % pour un idéal de plus de 7 enfants. Ainsi lorsque la parité augmente, la taille de la famille souhaitée augmente aussi. D'après ces résultats, on serait tenté de définir une relation de croissance entre le nombre idéal d'enfants et la parité. On pourrait cependant expliquer cette relation par le fait que les personnes qui ont tout au plus 2 enfants sont en majorité des jeunes : 66 % des hommes qui ont, au plus, 2 enfants ont un âge inférieur à 30 ans. Ces jeunes qui n'ont pas encore atteint leur fécondité totale voudraient plus d'enfants. Par contre les personnes qui ont plus de 7 enfants (en majorité des personnes âgées, des analphabètes) dans le mesure où

Tableau 6 Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans selon la taille idéale de la famille et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Taille idéale de la famille					Total ¹
	0	1-2	3-4	5-7	8+	
Groupe d'âges						
15-24	0,2	8,6	42,8	38,2	10,2	100,0
25-34	0,3	6,1	34,5	42,5	16,2	100,0
35-44	0,3	5,3	26,2	39,3	28,1	100,0
45-54	0,5	4,3	19,6	23,3	51,4	100,0
55-59	0,0	0,0	12,0	23,0	65,0	100,0
Enfants vivants						
0-2	0,3	8,1	40,7	38,4	12,1	100,0
3-4	0,3	2,5	24,8	43,6	28,1	100,0
5-7	0,0	2,7	15,1	36,7	45,2	100,0
8 ou +	0,0	3,8	14,4	19,5	61,6	100,0
État matrimonial						
Jamais marié	0,5	9,0	43,4	36,8	10,3	100,0
Monogame	0,0	4,2	28,5	41,2	25,5	100,0
Polygame	0,0	1,8	12,3	29,2	55,4	100,0
Veuf/Séparé/Divorcé	1,5	13,1	21,7	30,6	33,1	100,0
Niveau d'instruction						
Aucun	0,0	3,6	22,1	40,1	33,6	100,0
Primaire	0,2	6,0	34,8	41,3	17,5	100,0
Secondaire	0,3	10,3	47,6	33,2	8,1	100,0
Supérieur	3,4	13,8	54,3	19,7	8,9	100,0
Religion						
Catholique	0,6	7,9	41,9	37,8	11,6	100,0
Protestant	0,4	7,5	42,2	36,1	13,8	100,0
Musulman	0,0	5,7	29,5	40,0	23,9	100,0
Traditionnel	0,0	3,4	24,8	31,5	40,2	100,0
Sans religion	0,3	6,9	30,3	37,6	24,8	100,0
Région						
Centre	0,0	7,4	37,9	36,2	17,7	100,0
Centre-Nord	0,9	7,2	41,0	32,4	18,5	100,0
Nord-Est	0,7	2,0	30,3	42,5	24,5	100,0
Centre-Est	0,0	6,1	30,1	41,2	22,7	100,0
Sud	0,4	10,8	39,9	36,7	11,4	100,0
Sud-Ouest	0,0	2,1	30,8	41,7	24,7	100,0
Centre- Ouest	0,0	3,4	25,7	34,2	36,6	100,0
Ouest	0,3	3,2	31,4	42,3	22,9	100,0
Nord-Ouest	0,0	0,5	22,2	37,2	40,0	100,0
Nord	0,0	1,4	21,8	44,7	32,2	100,0
Milieu de résidence						
Urbain	0,3	10,6	41,1	34,1	13,1	100,0
Rural	0,2	3,6	28,9	40,3	26,8	100,0
Strate						
Abidjan	0,2	13,6	42,0	34,4	8,6	100,0
Forêt urbaine	0,5	7,4	38,5	33,6	19,9	100,0
Forêt rurale	0,2	3,8	31,0	40,8	23,9	100,0
Savane urbaine	0,3	5,8	41,8	33,7	17,8	100,0
Savane rurale	0,2	3,3	23,7	39,0	33,7	100,0
Ensemble (%)	0,3	6,5	33,9	37,7	21,1	100,0
Effectif	7	163	847	941	527	2 552

¹ Y compris les valeurs manquantes et non numériques.

elles ont beaucoup d'enfants, ont tendance, pour se justifier, à déclarer un nombre idéal d'enfants supérieur ou égal au nombre d'enfants qu'elles ont. Il faut, cependant, remarquer que 38 % des hommes ayant plus de 7 enfants ont déclaré un nombre idéal d'enfants inférieur au nombre d'enfants vivants qu'ils ont.

Selon l'état matrimonial, on constate chez les hommes, une augmentation de la taille idéale de la famille en fonction du nombre d'épouses. Une famille de 3-4 enfants est souhaitée par 43 % de célibataires, composés essentiellement de jeunes. À l'inverse, chez les polygames, en majorité des personnes âgées, on constate que 55 % désirent plus de 7 enfants.

La taille idéale de la famille varie en fonction du niveau d'instruction. Les Ivoiriens qui n'ont aucun niveau d'instruction souhaitent plus fréquemment que ceux qui ont un niveau d'instruction une famille de grande taille. C'est le cas des hommes ayant le niveau secondaire et des hommes ayant le niveau supérieur; 48 % de ceux ayant le niveau secondaire et 54 % de ceux ayant le niveau supérieur ont déclaré que la taille idéale de la famille était une famille de 3-4 enfants.

Par rapport à la religion, les chrétiens s'opposent aux musulmans et fortement aux animistes sur l'appréciation de la taille idéale de la famille. En effet, 42 % des catholiques, 40 % des musulmans et 40 % des animistes ont cité une taille comprise respectivement entre 3 et 4 enfants, 5 et 7 enfants et 8 ou plus d'enfants. Cette divergence sur l'appréciation de la taille idéale de la famille, pourrait s'expliquer par le fait que 45 % des musulmans sont polygames et les animistes sont à 48 % sans aucun niveau d'instruction.

En ce qui concerne les dix régions administratives de la Côte d'Ivoire, on constate que les hommes des régions du Nord-Ouest, du Nord et du Centre-Ouest voudraient un nombre élevé d'enfants : 77 % des hommes du Nord-Ouest et du Nord et 71 % des hommes du Centre-Ouest désirent une taille idéale de famille de 5 enfants ou plus. À l'opposé, 51 % des hommes de la région du Sud désirent tout au plus 4 enfants.

De la même façon, la taille idéale de la famille est appréciée de façon différente entre les populations urbaine et rurale. Cette divergence est remarquable au niveau de la taille idéale de 1 ou 2 enfants et de 8 enfants et plus. Ainsi 11 % des résidents du milieu urbain contre 4 % des résidents du milieu rural voudraient 1 ou 2 enfants et 13 % des résidents du milieu urbain contre 27 % des résidents en milieu rural voudraient plus de 7 enfants. Par ailleurs, la savane rurale est la strate où la taille idéale de la famille semble être la plus élevée; 73 % des hommes désirent 5 enfants ou plus et plus du tiers des hommes ont une préférence de 8 enfants ou plus. À Abidjan, plus de la moitié des hommes (56 %) désirent moins de 5 enfants:

À la lumière de toutes les caractéristiques socio-démographiques qui ont été mises en évidence pour expliquer le nombre élevé d'enfants que voudraient les hommes en Côte d'Ivoire, on est tenté de retenir l'âge, le nombre d'enfants vivants, l'état matrimonial et le lieu de résidence comme facteurs qui peuvent influencer sur le choix de la taille idéale de la famille.

Le tableau 7 compare la taille moyenne idéale chez les hommes et chez les femmes âgés de 15 à 49 ans selon leurs caractéristiques socio-démographiques et culturelles. D'une manière générale, la taille moyenne idéale chez l'homme (6,0 enfants) est très légèrement supérieure à celle des femmes (5,5 enfants). Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques et culturelles étudiées, on constate que la taille idéale de la famille est toujours supérieure chez les hommes par rapport aux femmes.

Ainsi, lorsqu'on compare les tailles moyennes idéales selon l'âge des Ivoiriens, on constate de prime abord que des plus jeunes aux plus âgés, chez l'homme comme chez la femme, la taille idéale augmente (Graphique 2). Les plus jeunes, plus scolarisés et plus sensibles au mode de vie de la société occidentale, ayant de moins en moins de surfaces cultivables ou en quête perpétuelle d'emploi, préfèrent de moins en moins d'enfants: la taille moyenne idéale de la famille est de 5 enfants chez les hommes et de 4,8 enfants chez

les femmes de 15 à 24 ans. Par contre, chez les plus âgés (35 à 49 ans), le nombre moyen idéal d'enfants des hommes est équivalent à celui des femmes (6,8 enfants). On constate ensuite que quel que soit le groupe d'âges, la taille moyenne idéale de la famille chez l'homme est supérieure à celle des femmes.

De même, cette comparaison des tailles moyennes idéales selon la parité laisse apparaître encore la supériorité du nombre moyen idéal d'enfants chez les hommes par rapport à celui cité par les femmes. On constate que, non seulement, les tailles moyennes sont croissantes, mais qu'aussi la différence entre ces tailles augmente lorsque la parité croît, cette différence atteint 2,8 enfants chez les personnes qui ont plus de 7 enfants. On constate également que ces moyennes sont particulièrement élevées : 10,1 et 7,3 enfants respectivement chez les hommes et chez les femmes pour la parité 7 enfants et plus.

Selon l'état matrimonial, la taille moyenne idéale de la famille chez l'homme est également supérieure à celle citée par les femmes. Cette supériorité est particulièrement importante chez les polygames pour qui la taille moyenne idéale est de 9,4 enfants chez les hommes et de 6,4 enfants chez les femmes.

Quel que soit le niveau d'instruction, la taille moyenne idéale chez les hommes est aussi supérieure à celle des femmes. On constate, en outre, que ces tailles moyennes diminuent avec le niveau d'instruction. Chez les hommes, le nombre moyen idéal d'enfants est de 4,1 pour les personnes ayant le niveau d'instruction supérieur contre 7,3 enfants chez ceux sans instruction.

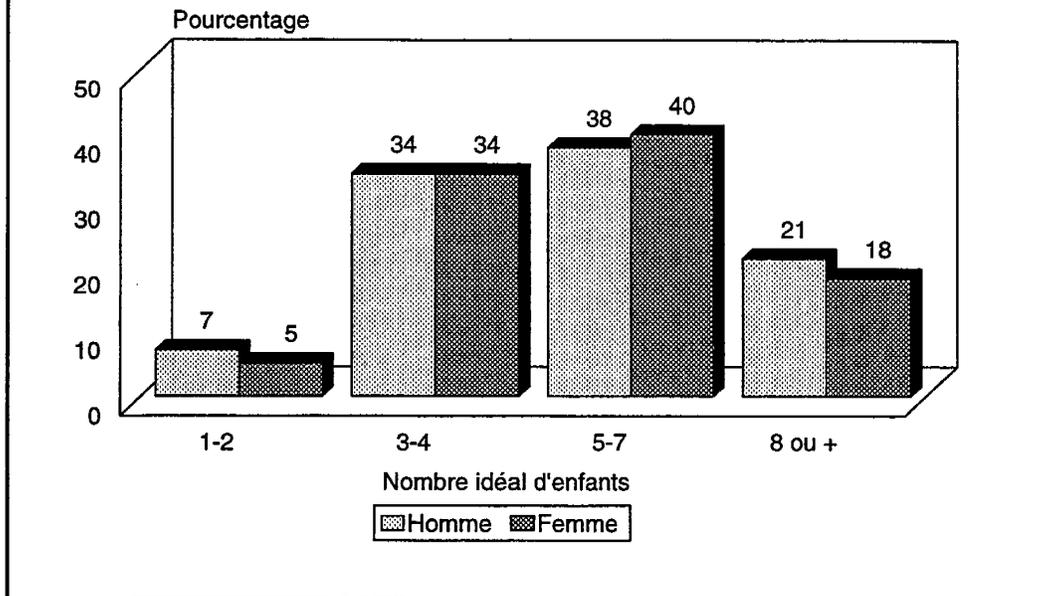
Par rapport à la religion, on constate que, non seulement, le nombre moyen idéal d'enfants chez les femmes est encore inférieur à celui des hommes, mais

Tableau 7 Taille moyenne idéale de la famille chez les hommes et les femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques socio-démographiques. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Homme	Femme
Groupe d'âges		
15-24	4,96	4,76
25-34	5,62	5,66
35-49	6,82	6,77
Enfants vivants		
0-2	5,20	4,88
3-4	6,58	5,88
5-7	7,69	6,79
8 ou +	10,14	7,33
État matrimonial		
Jamais marié	4,95	4,43
Monogame	6,34	5,75
Polygame	9,44	6,38
Veuf/Séparé/Divorcé	7,23	5,48
Niveau d'instruction		
Aucun	7,32	6,13
Primaire	5,60	4,91
Secondaire	4,63	4,10
Supérieur	4,09	(3,52)
Religion		
Catholique	4,96	4,70
Protestant	5,30	5,28
Musulman	6,39	5,76
Traditionnel	7,40	6,98
Sans religion	6,32	5,97
Région		
Centre	5,58	5,73
Centre-Nord	5,44	5,30
Nord-Est	6,33	5,47
Centre-Est	6,21	4,95
Sud	5,06	4,91
Sud-Ouest	6,25	6,18
Centre Ouest	7,43	6,22
Ouest	6,27	5,92
Nord-Ouest	7,78	6,06
Nord	7,13	6,40
Milieu de résidence		
Urbain	5,09	4,75
Rural	6,59	6,09
Strate		
Abidjan	4,65	4,53
Forêt urbaine	5,83	5,03
Forêt rurale	6,29	5,91
Savane urbaine	5,45	4,94
Savane rurale	7,31	6,57
Ensemble	5,98	5,52
Effectif	2 485	7 904

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25 à 49 cas.

Graphique 2
Taille idéale de la famille selon les hommes et les femmes



aussi que ce sont les musulmans et les hommes de religion traditionnelle, plus polygames, qui ont le nombre moyen d'enfants idéal le plus élevé (respectivement 6,4 et 7,4 enfants).

La taille moyenne de la famille selon les autres caractéristiques socio-démographiques tels que la région administrative, le milieu de résidence et le milieu écologique, fait toujours apparaître un nombre moyen idéal d'enfants plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les hommes des régions du Nord-Ouest, du Centre-Ouest et du Nord, ont les tailles idéales les plus élevées avec, respectivement, 7,8, 7,4 et 7,1 enfants.

De toutes les caractéristiques socio-démographiques sélectionnées pour comparer les tailles moyennes idéales chez les hommes et chez les femmes, aucune n'a permis d'infirmer que le nombre moyen idéal d'enfants chez les hommes est supérieur à celui des femmes. Devant ces résultats, on est en droit de se demander les raisons qui justifient le désir d'une famille nombreuse chez l'homme. Les données disponibles ne permettent pas d'expliquer ces résultats.

Le tableau 8 répartit les couples monogame selon la taille idéale de la famille des femmes en fonction de celle de leur conjoint. Le tableau 9 compare la taille idéale de la famille à l'intérieur du couple. Les couples dont l'un des partenaires n'a pas fourni de réponse numérique à la question de la taille idéale de la famille sont exclus du traitement.

D'une façon générale, la répartition des couples selon la taille idéale de la famille est pratiquement équivalente que ce soit selon l'idéal de la femme ou selon celui du mari. À la lumière des tableaux 8 et 9, on constate que lorsque la taille idéale de la famille augmente chez le mari, les épouses deviennent de plus en plus favorables au choix de leur conjoint. À l'inverse, on dira que quand l'homme souhaite une famille de petite taille, les femmes désapprouvent ce choix parce qu'elles veulent plus d'enfants. Ainsi, pour les hommes

Tableau 8 Répartition (en %) des couples monogames selon la taille idéale de la famille pour la femme (15-49 ans) et pour le mari (15-59 ans). EDS Côte d'Ivoire, 1994

Taille idéale pour le mari	Taille idéale pour la femme						Non numérique NSP	Ensemble	
	1	2	3	4	5	6 ou +		Effectif	Pourcentage
1 enfant	*	*	*	*	*	*	*	7	1,0
2	*	*	*	*	*	*	*	17	2,4
3	0,0	2,6	25,9	16,6	27,5	23,7	3,6	77	10,7
4	0,0	3,3	11,1	35,9	19,4	29,8	0,5	129	18,1
5	0,0	1,0	5,6	16,3	39,1	35,0	2,8	138	19,2
6 ou plus	0,2	1,7	3,0	11,9	16,3	64,2	2,8	346	48,3
Non num. et NSP	*	*	*	*	*	*	*	2	0,3
Ensemble (%)	0,2	2,4	7,5	18,3	22,2	46,5	3,7	-	100,0
Effectif	1	17	54	131	159	336	18	716	-

Note : L'astérisque représente moins de 25 cas.

qui ont choisi un nombre idéal de 3 enfants, quasiment une épouse sur quatre (26 %) soutient son mari. Pour les hommes qui ont fait le choix de 6 enfants ou plus, 66 % des épouses soutiennent leur mari et 34 % des femmes voudraient moins d'enfants.

Quand on compare la taille idéale de la famille à l'intérieur du couple (tableau 9), on constate que pratiquement un couple sur deux (49 %) s'accorde sur le même nombre idéal d'enfants; 27 % des femmes souhaiteraient une taille supérieure à celle désirée par le mari. Contrairement au tableau 7 qui montre que le nombre moyen idéal d'enfants chez les hommes est supérieur à celui des femmes, pour tous les hommes confondus, le tableau 9 fait plutôt apparaître qu'à 76 %, les femmes vivant dans des couples monogames voudraient la même taille ou une taille supérieure à celle souhaitée par le conjoint. On constate en outre que l'unanimité des couples sur le nombre idéal d'enfants se fait lorsque ce nombre augmente. Ainsi, pour la taille idéale de 3 enfants, 27 % des couples sont unanimes et dans 70 % des couples l'épouse voudrait une taille idéale supérieure à celle du mari. Par contre, pour un nombre idéal de 6 enfants ou plus, 66 % des couples sont unanimes et, contrairement au cas précédent, ce sont les époux, dans 34 % des couples, qui voudraient davantage d'enfants. On pourrait alors résumer en disant que les femmes ont plus tendance à souhaiter une taille idéale de la famille élevée, mais pas au niveau où les hommes voudraient la situer. Pour mieux appréhender ce problème, nous allons examiner la différence de la taille idéale à l'intérieur du couple selon l'âge, le niveau d'instruction, la religion et le milieu de résidence.

La différence entre les tailles idéales de la famille à l'intérieur du couple selon l'âge fait apparaître dans le tableau 9 une divergence profonde au niveau de certains couples monogames. On constate d'ailleurs que plus les époux sont jeunes et plus les partenaires apprécient différemment le nombre idéal d'enfants, avec une tendance pour les femmes à choisir un nombre d'enfants supérieur à celui du mari. À l'inverse, plus le mari est âgé et plus les partenaires choisissent la même taille. Ainsi, chez les époux de 15 à 24 ans, un peu plus d'un couple sur trois (36 %) choisit la même taille de la famille et dans 38 % des couples, les femmes voudraient plus d'enfants que leur époux. Par contre, chez les hommes de 55 à 59 ans, l'unanimité se fait dans 56 % des couples et, dans 27 % des couples, les hommes voudraient plus d'enfants que leur épouse. On pourrait expliquer cette unanimité relative sur la question de la taille de la famille, chez les plus âgés, par le

Tableau 9 Répartition (en %) des couples monogames selon la différence entre le nombre idéal d'enfants de la femme et celui du mari et selon certaines caractéristiques socio-démographiques des hommes. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique socio-démographique	Nombre idéal d'enfants du mari <i>égal</i> à celui de son épouse	Nombre idéal d'enfants du mari <i>inférieur</i> à celui de son épouse	Nombre idéal d'enfants du mari <i>supérieur</i> à celui de son épouse	Ensemble
Nombre idéal d'enfants				
1	*	*	*	*
2	*	*	*	*
3	26,9	70,4	2,7	100,0
4	36,1	49,4	14,5	100,0
5	40,3	36,0	23,7	100,0
6 ou +	66,1	0,0	33,9	100,0
Groupe d'âges				
15-24	36,3	37,7	26,0	100,0
25-34	48,0	26,6	25,4	100,0
35-44	51,0	26,0	22,9	100,0
45-54	53,3	26,0	20,7	100,0
55-59	55,9	16,7	27,3	100,0
Niveau d'instruction				
Aucun	57,7	17,6	24,7	100,0
Primaire	40,1	31,8	28,1	100,0
Secondaire	44,9	34,0	21,2	100,0
Supérieur	(39,7)	(48,8)	(11,5)	100,0
Religion				
Catholique	40,5	37,2	22,3	100,0
Protestant	41,7	38,6	19,8	100,0
Musulman	53,3	21,0	25,7	100,0
Traditionnel	50,6	24,0	25,3	100,0
Sans religion	56,6	18,8	24,6	100,0
Milieu de résidence				
Urbain	36,0	34,6	29,4	100,0
Rural	57,0	22,2	20,8	100,0
Ensemble (%)	49,3	26,7	24,0	100,0
Effectif	343	186	167	696

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas; l'astérisque représente moins de 25 cas. Basé sur 696 couples dans lesquels la femme et le mari ont donné une réponse numérique.

fait que non seulement les hommes et les femmes de cette génération ancienne sont favorables à un nombre élevé d'enfants, mais aussi ces couples auraient une plus longue expérience de vie commune. Par ailleurs, les femmes des anciennes générations seraient peut-être plus soumises que celles qui sont jeunes.

La divergence sur la taille idéale de la famille selon le niveau d'instruction est aussi très marquée. Dans les couples où le mari est sans instruction, l'unanimité concerne 58 % des couples et dans 25 % des cas, les hommes voudraient davantage plus d'enfants que leur épouse. À l'inverse les couples où le mari a un niveau secondaire, 45 % sont d'accord sur la taille de la famille et ce sont les femmes qui, dans 34 % des cas, voudraient plus d'enfants que le mari. On est donc tenter de dire que moins les époux sont instruits et plus

les partenaires choisissent la même taille idéale de la famille et plus les époux sont instruits et plus les partenaires ne s'entendent pas sur le choix de la taille idéale de la famille à cause du fait que les épouses voudraient davantage d'enfant.

Les époux musulmans, animistes et les sans religion s'opposent aux catholiques et aux protestants sur la question de la taille idéale de la famille. Chez les musulmans par exemple, 53 % des couples sont unanimes sur la taille idéale de la famille et 26 % des hommes voudraient plus d'enfants que leurs femmes, tandis que chez les protestants ce sont plutôt les femmes qui, dans 39 % des cas désirent plus d'enfants que leur mari et c'est 42 % des couples qui sont unanimes sur le nombre idéal d'enfants.

On relève ce même type d'opposition entre les populations urbaine et rurale. Chez les époux ruraux, l'unanimité se fait dans 57 % des couples alors qu'en milieu urbain, 36 % des couples s'entendent sur la taille idéale de la famille.

Au regard de tout ce qui précède, on pourrait dire que la taille idéale de la famille chez les femmes s'exprime en fonction de celle des hommes. En effet, on a vu au tableau 8 que quand les époux choisissent une taille élevée de la famille, leurs épouses expriment le même choix. Le tableau 9 a permis de voir que lorsque le pourcentage de couples qui font l'unanimité sur la taille idéale de la famille est élevé, c'est l'homme qui veut plus d'enfants.

5.3 Les Hommes et la Planification Familiale

La discussion de la planification familiale par les personnes mariées doit être interprétée comme une mesure de l'acceptabilité de la planification familiale dans la population et comme un gage de l'unité familiale. Une étude menée dans le district sanitaire d'Aboisso (Koffi et Sika, 1995) sur les causes d'abandon des méthodes de planification familiale a révélé que la pression familiale constitue plus de 12 % des causes. Devant cette pression familiale et eu égard à la forte préférence des hommes en matière de fécondité, on est amené à se poser la question sur le regard que portent les hommes sur la planification familiale. Pour répondre à cette interrogation, l'opinion des hommes ivoiriens sur la planification familiale a été examinée aux tableaux 10 et 11.

Au tableau 10 qui présente la répartition des hommes et les femmes de 15 à 49 ans en union approuvant la planification familiale, on constate, d'une manière générale, que le niveau d'approbation de la planification familiale des femmes est supérieur à celui des hommes (63 % contre 54 %). Cette tendance s'expliquerait par le fait qu'au niveau des couples, la proportion des hommes qui désirent un enfant supplémentaire est supérieure à celle des femmes (cf tableau 5). À cela, il faut ajouter que, la taille moyenne idéale de la famille chez les hommes (6,0 enfants) est supérieure à celle des femmes (5,5 enfants). Dans l'ensemble, le niveau d'approbation de la planification familiale, chez les hommes comme chez les femmes, est moyen. Cela pourrait s'expliquer par le caractère récent du programme de la santé de la reproduction/planification familiale du pays, l'insuffisance d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et le manque de campagnes médiatiques sur les conséquences d'une croissance démographique non maîtrisée.

Si on examine le niveau d'approbation de la planification familiale selon l'âge, on constate que, chez les hommes, ce niveau décroît avec l'âge : 73 % des jeunes de 15 à 24 ans contre 54 % des hommes de 35-49 ans approuvent la planification familiale. Cette proportion élevée de jeunes hommes favorables à la planification familiale s'expliquerait par le fait que moins d'un homme sans instruction sur quatre a un âge qui se situe entre 15 et 24 ans. Lorsqu'on compare le niveau d'approbation de la planification familiale des hommes à celui des femmes, on constate que les hommes approuvent moins fréquemment la planification familiale que les femmes sauf chez les jeunes de 15 à 24 ans où on observe la situation inverse.

Selon l'état matrimonial, les polygames, quel que soit le sexe, approuvent moins fréquemment la planification familiale que les monogames (55 % contre 48 %). Le niveau d'approbation de la planification familiale est également en relation avec le niveau d'instruction. Ainsi chez les hommes, ce niveau d'approbation passe de 41 % chez les sans instruction à 89 % chez les hommes ayant le niveau supérieur. De même chez les femmes, 57 % des sans instruction contre 81 % des femmes du niveau secondaire approuvent les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse.

Par rapport à la religion, les hommes musulmans se caractérisent par leur faible approbation pour la planification familiale (43 %). Les catholiques et les protestants, par contre, se montrent plus favorables à la planification familiale que les hommes des autres religions. Selon le milieu de résidence, la population urbaine est plus favorable à la planification familiale que les ruraux (57 % contre 52 %).

En ce qui concerne la parité, la planification familiale semble être approuvée diversement. Chez les femmes, alors que, chez les hommes, le niveau d'approbation de la planification familiale augmente avec la parité, on constate par contre la tendance inverse chez les hommes. Le niveau d'approbation diminue avec la parité : 57 % des hommes ayant, tout au plus, 2 enfants contre 45 % de ceux ayant 8 enfants et plus approuvent la planification familiale.

Par rapport à la préférence en matière de fécondité, on constate donc que l'approbation de la planification familiale est en relation avec la préférence en matière de fécondité: chez les hommes qui désirent un autre enfant, 50 % seulement approuvent la planification familiale alors que chez ceux qui ne veulent pas d'enfants, 82 % l'approuvent.

D'une manière générale, le niveau d'approbation de la planification familiale est moyen aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette approbation moyenne des hommes pour la planification familiale, à n'en point douter, joue sur les niveau d'adhésion des femmes au programme de la santé de

Tableau 10 Proportions d'hommes et de femmes de 15-49 ans en union qui approuvent la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques. EDS Côte d'Ivoire, 1994

Caractéristique	Homme	Femme
Groupe d'âges		
15-24	73,1	57,9
25-34	58,7	67,4
35-49	53,9	62,0
État matrimonial		
Monogame	55,4	64,5
Polygame	47,6	59,5
Niveau d'instruction		
Aucun	41,1	56,7
Primaire	57,3	76,2
Secondaire	75,7	80,8
Supérieur	89,1	*
Religion		
Catholique	66,0	69,3
Protestant	64,8	69,5
Musulman	42,6	57,7
Traditionnel	57,7	59,0
Sans religion	56,0	64,2
Milieu de résidence		
Urbain	56,8	75,8
Rural	52,4	56,2
Nombre d'enfants vivants		
0-2	57,0	58,6
3-4	52,8	64,8
5-7	54,8	66,9
8 +	44,7	72,0
Préférence en matière de fécondité		
Veut un autre enfant	50,2	59,8
Indécis	63,8	(70,3)
Pas d'autres enfants	82,2	76,0
Ensemble (%)	54,0	63,0
Effectif	1 242	1 049

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas; l'astérisque représente moins de 25 cas.

reproduction/planification familiale et concourt aux causes d'abandon des méthodes de planification familiale. Il faut encore noter que les hommes, contrairement aux femmes, désapprouvent les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse quand ils ont plusieurs enfants.

Le tableau 11 répartit les hommes selon le nombre de fois qu'ils ont discuté avec leurs épouses de la planification familiale ou du nombre d'enfants qu'ils voudraient en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques. D'une manière générale, les hommes (69 %) ne discutent pas avec leurs épouses du nombre d'enfants qu'ils voudraient avoir. On a enregistré seulement 12 % et 20 % des hommes qui ont discuté

Caractéristique socio-démographique	N'a jamais discuté de la PF	A discuté de la PF une ou deux fois dans l'année	A discuté de la PF plusieurs fois dans l'année
Groupe d'âges			
15-24	57,0	14,9	28,1
25-34	63,3	12,7	24,0
35-44	70,7	12,9	16,3
45-54	74,5	7,7	17,8
55-59	82,9	7,6	9,2
État matrimonial			
Monogame	66,4	12,3	21,3
Polygame	78,5	8,7	12,7
Niveau d'instruction			
Aucun	82,2	7,6	10,1
Primaire	59,6	14,1	26,5
Secondaire	49,5	16,0	34,6
Supérieur	39,0	27,5	33,6
Religion			
Catholique	59,2	14,4	26,1
Protestant	49,7	20,1	30,2
Musulman	81,5	7,3	11,2
Traditionnel	69,0	10,2	20,8
Sans religion	64,5	12,4	23,1
Milieu de résidence			
Urbain	69,1	10,9	20,0
Rural	68,3	12,1	19,6
Nombre d'enfants vivants			
0-2	64,8	14,7	20,5
3-4	66,2	10,4	23,5
5-7	74,1	9,2	16,7
8 +	75,1	8,8	16,1
Préférence en matière de fécondité			
Veut un autre enfant	70,4	11,8	17,9
Indécis	70,1	5,8	24,1
Pas d'autres enfants	48,2	16,8	35,0
Ensemble (%)	68,6	11,7	19,8
Effectif	875	149	252

respectivement une ou deux fois et plusieurs fois de la taille de la famille avec leurs épouses au cours d'une année. Ce manque de communication au niveau des couples sur la taille de la famille, pourrait trouver son explication par le niveau très moyen des hommes qui approuvent la planification familiale (54 %).

Selon l'âge, on constate que la proportion des hommes qui ne discutent pas avec leurs épouses de la taille de la famille augmente des plus jeunes aux plus âgés : 57 % des hommes de 15-24 ans contre 83 % des hommes de 55-59 ans n'ont pas discuté du nombre d'enfants qu'ils voudraient avoir avec leurs épouses durant l'année. Selon l'état matrimonial, 66 % des monogames et 79 % des polygames ne discutent pas de la taille de la famille avec leurs épouses. La polygamie semble être un frein au développement de la planification familiale.

Par rapport au niveau d'instruction, la proportion des hommes qui ne discutent pas de la taille de la famille avec leurs épouses, bien qu'élevée, diminue lorsque le niveau d'instruction augmente : 82 % des sans instruction contre 39 % des hommes du niveau supérieur ne discutent pas de la planification familiale avec leur épouse.

Selon la religion, on constate qu'une proportion élevée (82 %) de musulmans ne discutent pas de la planification familiale avec leurs épouses. Les animistes (69 %) et les "sans religion" (65 %) ne conversent pas non plus sur les sujets relatifs à la taille de la famille. On pourrait expliquer cela par le fait que les musulmans, les animistes et les "sans religion" qui ont respectivement une parité de 2,2, 2,7 et 1,9 enfants et une taille moyenne idéale de 6,4, 7,4 et 6,3 enfants ne désirent pas débattre des sujets relatifs à la régulation des naissances, parce que désireux d'un nombre élevé d'enfants.

Selon le milieu de résidence, le niveau de conversation sur les sujets relatifs à la planification familiale est quasiment identique : 69 % des populations urbaines contre 68 % des ruraux ne discutent nombre d'enfants qu'ils voudront avec leurs partenaires.

Selon la parité, on constate que la proportion des hommes qui ne discutent pas de la planification familiale croît lorsque le nombre d'enfants vivants augmente. Ainsi, 65 % des hommes qui ont une parité inférieure ou égale à 2 contre 75 % des hommes de parité supérieure à 7 enfants n'approuvent pas la discussion sur la taille de la famille. Par rapport à la préférence en matière de fécondité, on constate que sept hommes sur dix indécis ou désireux d'avoir un enfant supplémentaire, ne favorisent pas la conversation sur la taille de la famille au niveau des couples. Cependant, on note que 52 % des hommes qui refusent un enfant supplémentaire ont discuté au moins une fois de la planification familiale avec leur épouse.

Au regard de ce qui précède, on constate que les hommes approuvent la planification familiale mais désapprouvent ou refusent la discussion de la taille de la famille avec leurs épouses. Ainsi, de 54 % des hommes qui approuvent la planification familiale, on arrive à 31 % des hommes qui discutent de la taille de la famille avec leurs partenaires. On imagine aisément, à propos de cette tendance, la proportion d'hommes qui voudraient l'adhésion de leurs épouses au programme de la santé de la reproduction/planification familiale.

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'analyse descriptive de la fécondité et des préférences en matière de fécondité permet de dégager des points très importants. Globalement, la fécondité des hommes ivoiriens est élevée et reste très proche de celle de la plupart des pays de la sous-région (Ezeh et al., 1996). La comparaison de la fécondité des hommes à celle des femmes montre que la parité des hommes est plus faible que celle des femmes dans tous les groupes d'âges, mais les écarts entre parité diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente; ce qui ferait penser à un début tardif de la fécondité chez les hommes. Cela est d'autant plus vrai que 90 % des hommes

jeunes (15-24 ans) n'ont aucun enfant contre 72 % des femmes âgées de 15-19 ans (EDSCI, 1994). En outre, le désir des hommes ivoiriens d'avoir un autre enfant est globalement plus fort que celui des femmes lorsque le nombre d'enfants vivants augmente. La différence entre les hommes et les femmes est très importante lorsque le nombre d'enfants vivants dépasse cinq. Le désir d'avoir un enfant supplémentaire des hommes est négativement associé au nombre d'enfants survivants.

Si la majorité des couples est d'accord pour avoir un autre enfant, ils ne s'entendent pas sur la taille idéale de la famille. D'une manière générale, la taille idéale de la famille des hommes est supérieure de près d'un enfant à celle des femmes. Les hommes polygames ont non seulement une parité élevée mais également une taille idéale de la famille plus importante. On serait donc tenté de croire d'une part, qu'ils se servent de la polygamie pour atteindre leur but; d'autre part, une taille idéale importante de leur famille pourrait leur permettre de se justifier. La polygamie est un facteur très important de la forte fécondité masculine aussi bien en Côte d'Ivoire que dans certains pays de la sous-région (Burkina Faso, Sénégal, Mali etc.) où ce type d'union est toléré. Par ailleurs, il existe une relation positive entre la taille idéale de la famille et l'âge qui peut être interprétée par le fait que les jeunes, plus scolarisés et plus sensibles au mode de vie de la société occidentale, confrontés au manque de surfaces cultivables ou en quête perpétuelle d'emploi sont favorables au changement des normes reproductives par rapport aux personnes âgées reflétant les normes reproductives traditionnelles qui devraient à la longue disparaître.

Les résultats de cette étude sont comparables à ceux de certains pays de la sous-région, notamment le Burkina Faso et le Sénégal où le taux de prévalence contraceptive des hommes est du même ordre que celui de la Côte d'Ivoire (respectivement, 7 % et 6,5 %) et, où le niveau d'instruction de la population reste encore faible. Le poids des valeurs traditionnelles et religieuses pèse toujours sur les comportements des hommes et constitue un frein à la baisse de la fécondité.

7. CONCLUSION

À l'issue de cette étude, on retient que les hommes ivoiriens sont pronatalistes et que cela influence, dans une certaine mesure, le comportement procréateur des femmes, d'autant plus que la majorité des femmes finissent par se marier. De ce fait, le succès des programmes de planification familiale dépend aussi bien des hommes que des femmes. Aussi, les hommes doivent-ils être impliqués, au même titre que les femmes, dans les programmes de planification familiale.

Globalement, les facteurs qui ont un effet négatif sur la fécondité des femmes et leur désir d'avoir un autre enfant (instruction, urbanisation), influencent également le comportement et les attitudes en matière de fécondité des hommes. Une bonne maîtrise de la fécondité en Côte d'Ivoire passe par la connaissance des vraies raisons qui poussent les populations à avoir une descendance nombreuse. Ces raisons ont des racines profondes dans la société au sein de laquelle chaque individu se forme. Des recherches ont montré que le rôle des enfants en tant que soutien de vieillesse et assurance contre le risque incite les hommes à avoir une descendance nombreuse. La plupart des variables retenues dans cette analyse descriptive de la fécondité des hommes ne permettent pas d'aller plus en profondeur.

Au moment où la Côte d'Ivoire, d'une part, est en train d'élaborer sa politique de population et d'autre part, exécute son programme de santé de la reproduction / planification familiale, il est indispensable de connaître de façon détaillée les raisons et motivations des hommes en matière de fécondité. Pour mieux les appréhender, une recherche qualitative combinée aux analyses quantitatives multivariées s'avère nécessaire. En effet, l'âge des hommes au mariage et au premier rapport sexuel, la différence d'âge entre les époux, la durée et le type d'union (surtout la polygamie), le sexe des enfants, le niveau de mortalité infantile et juvénile sont autant de facteurs qui exercent une influence directe sur la fécondité et qui méritent d'être étudiés en profondeur.

RÉFÉRENCES

Ezeh, Alex Chika. 1993. The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. *Studies in Family Planning* 24(3) : 163-174.

Ezeh, Alex Chika, Michka Seroussi et Hendrik Raggars. 1996. *Men's fertility, contraceptive use, and reproductive preferences*. DHS Comparative Studies N° 18. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Beckman, L.J. 1983. Communication, power, and the influence of social networks in couple decisions on fertility. In *Determinants of fertility in developing countries*. Vol. 2, *Fertility regulation and institutional influences*, ed. R.D. Lee and R.A. Bulatao. New York : Academic Press. 415-443.

Green, Cynthia P., Sylvie I. Cohen, et Hedia Belhadj-El Ghouayel. 1995. *Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health*. Technical Report N° 28. FNUAP.

Isiugo-Abanihe, Uche C. 1994. Reproductive motivation and family-size preference among Nigerian men. *Studies in Family Planning* 25(3) : 149-161.

Koffi, N'Guessan et Pierre Sika. *La planification familiale dans le département d'Aboisso*. Vol. 2, *Opinions et obstacles au programme de planification familiale*. ENSEA.

Ministère Délégué Auprès du Premier Ministre, Chargé de l'Economie, des Finances et du Plan. 1994. *Côte d'Ivoire: rapport national sur la population*. Conférence International sur la Population et le Développement. Le Caire. 5-13 septembre 1994.

Mitchell, R.E. 1972. Husband-wife relations and family planning practices in urban Hong Kong. *Journal of Marriage and the Family* 34(1) : 139-145.

Mundigo, Axel I. 1995. Men's roles, sexuality and reproductive health. International Lecture Series on Population Issues. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. São Paulo, Brazil, July.

Roussel, Louis. 1967. *Côte d'Ivoire 1965. Population*. Abidjan : Ministère du Plan.

Shireen, J. Jejeebhoy and Sumati Kulkarni. 1989. Reproductive motivation: a comparison of wives and husbands in Maharashtra, India. *Studies in Family Planning* 20(5) : 264-272.

Sombo, N'Cho, Lucien Kouassi, Albert Kouamé Koffe, Juan Schoemaker, Monique Barrère, Bernard Barrère et Prosper Poukouta. 1995. *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994*. Calverton Maryland: Ministère Délégué Auprès du Premier Ministre, Chargé de l'Economie, des Finances et du Plan; Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire) et Macro International Inc.

Touré, Lalla. 1996. *Les hommes africains et la planification familiale: attitudes et comportements*. *Revue et analyse de la littérature*. Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA).

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**HOMMES SEXUELLEMENT ACTIFS EN HAÏTI :
INFLUENCE DE L'ÉTAT MATRIMONIAL SUR
LEURS ATTITUDES ET PRATIQUES VIS-A-VIS
DES MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET DU SIDA**

**Dr Marie Florence Placide
Dr Colette Vilgrain Charles**

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

decembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	123
LISTE DES GRAPHIQUES	125
REMERCIEMENTS	127
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	129
RÉSUMÉ	131
1. INTRODUCTION	133
2. DESCRIPTION GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE, ÉCONOMIQUE, SOCIO-POLITIQUE ET SANITAIRE	133
2.1 Situation Géographique	133
2.2 Situation Démographique	134
2.3 Situation Économique	134
2.4 Situation Politique	134
2.5 Situation Sanitaire	134
3. REVUE DE LITTÉRATURE	135
3.1 Épidémiologie de MST et du sida	135
3.2 Initiation Sexuelle et Implications	136
3.3 Utilisation du Condom	137
3.4 Activité Sexuelle et Comportement à Risque	137
3.5 Perception du sida	138
3.6 Pouvoir de Décision des Femmes et des Hommes	138
4. MÉTHODOLOGIE	138
4.1 Échantillonnage	139
4.2 Instrument de Collecte	139
4.3 Collecte des Données	139
4.4 Taille de L'échantillon et Taux de Réponse	140
4.5 Constitution de sous-Échantillons	140
4.6 Caractéristiques Principales Étudiées	140
4.7 Construction de Nouvelles Variables ou de Nouvelles Catégories	142
5. RÉSULTATS	142
5.1 Distribution des Hommes Ayant Déjà eu des Rapports Sexuels Selon Certaines	142
5.2 Comportement Reproductif et Sexuel des Hommes Ayant Déjà eu des Rapports Sexuels Selon L'état Matrimonial	145
5.3 Comportement Sexuel des Hommes au Cours des Douze Derniers Mois	146
5.4 Connaissance et Utilisation du Préservatif	146
5.5 Activité Sexuelle Occasionnelle (Douze Derniers Mois)	147

	Page
5.6 Utilisation du Condom Parmi les Hommes Ayant eu Une Activité Sexuelle Occasionnelle au Cours des Douze Derniers Mois	150
5.7 Perception du Risque Parmi Ceux Ayant un Comportement à Risque	150
6. DISCUSSION	153
7. CONCLUSION	155
8. RECOMMANDATIONS	156
RÉFÉRENCES	157

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Activité sexuelle des hommes de 15 à 59 ans selon l' état matrimonial	140
Tableau 2	Répartition des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques socio-démographiques	143
Tableau 3a	Comportement reproductif et sexuel des hommes de 15- 59 ans ayant déjà eu des rapports sexuels selon l' état matrimonial	146
Tableau 3b	Nombre de partenaires sexuelles des hommes de 15-59 ans sexuellement actifs au cours des douze derniers mois	146
Tableau 4	Connaissance et utilisation du condom chez les hommes de 15-59 ans ayant déjà eu des rapports sexuels selon l' état matrimonial	147
Tableau 5	Proportion d'hommes sexuellement actifs au cours des douze derniers mois ayant eu des partenaires sexuelles occasionnelles selon certaines caractéristiques socio-démographiques	148
Tableau 6	Perception (en %) du risque de contracter le VIH parmi les hommes ayant et un comportement à risque au cours des douze derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques	152

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Partenaires régulières chez les hommes en union	144
Graphique 2	Âges moyens à l'union et aux premiers rapports sexuels	145
Graphique 3	Activité sexuelle occasionnelle au cours des douze derniers mois	149
Graphique 4	Comportement lors de rapports sexuels occasionnels	150
Graphique 5	Perception du risque de contracter le sida selon le comportement	151

REMERCIEMENTS

Ce travail a été effectué grâce à l'assistance technique du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de Macro International et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Nous tenons à remercier particulièrement :

- Dr Boubacar Sow, Coordonnateur du séminaire à Dakar;
- Dr Petrina Lee Poy, Consultant EDS;
- Dr Gora Mboup, Responsable de pays, EDS;
- M. Keith Purvis, Informaticien, EDS;
- Dr Jacob Adetunji, Stagiaire post-doctorat, EDS;
- Dr Shea Rutstein, Directeur adjoint pour les analyses, EDS;
- Dr Siân Curtis, Analyste, EDS;

Nos remerciements vont également à Mme Susan McInturff, Administratrice EDS, Monsieur Mody Konate, Gestionnaire de séminaire à Dakar et Melle Hélène Faye du Secrétariat.

Nous remercions aussi tous ceux qui nous ont accueilli au Sénégal. Leur hospitalité a facilité la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

(Enquête) CAP	(Enquête sur) les Connaissances, Attitudes, Pratiques
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
PNB	Produit National Brut
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
VIH	Virus d'Immuno-déficience Acquise

RÉSUMÉ

Le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA) et les maladies sexuellement transmissibles constituent un problème majeur de santé publique en Haïti. Cette étude qui utilise les données de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II) réalisée en Haïti en 1994-95, visait, entre autres, les objectifs suivants : analyser l'influence de l'état matrimonial sur l'activité sexuelle des hommes, l'adoption de comportement sécuritaire et la perception du risque vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du sida et, enfin, étudier l'effet d'autres variables qui pourraient éventuellement expliquer ce comportement et cette attitude.

Les résultats ont montré que les relations sexuelles ont lieu en moyenne vers 18 ans; chez les célibataires, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16 ans; ils entrent en union six ou sept ans après leurs premières expériences sexuelles.

Quatorze pour cent des hommes en union ont plus d'une partenaire régulière et les hommes non en union n'ont eu en moyenne que deux partenaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Presque tous les hommes, surtout ceux en union, ont déjà entendu parler du condom; cette connaissance concerne davantage la planification familiale. Cependant, un peu plus de la moitié des enquêtés n'ont jamais utilisé le condom. La prévention de la survenue d'une grossesse et des MST constitue les principales raisons justifiant l'usage du préservatif.

Près de la moitié des hommes non en union et ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu une activité sexuelle occasionnelle au cours des douze derniers mois. Elle est plus fréquente chez les célibataires sans instruction tandis qu'elle augmente avec le niveau d'instruction, chez les hommes en union. Ceux qui n'ont aucune appartenance religieuse et les catholiques développent davantage des activités sexuelles qui les exposent au risque de contracter des MST et le sida. Toutefois, quelle que soit la variable considérée, les célibataires ont davantage des relations sexuelles occasionnelles que les hommes en union.

La plupart des enquêtés ayant une activité sexuelle occasionnelle ont un *comportement à risque* (n'utilisent pas systématiquement le condom), surtout les hommes en union. Seulement 56 % de la population à risque perçoit le risque de contracter des MST et le sida.

Ces résultats montrent la nécessité d'intensifier l'éducation sexuelle dès la puberté et de renforcer le marketing social du condom. Des recherches complémentaires devront permettre de déterminer, entre autres, les différents facteurs qui nuisent à l'adoption de comportement sexuel sécuritaire.

1. INTRODUCTION

Problème prioritaire de santé publique, le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) se transmet, en Haïti, surtout de manière hétérosexuelle (87,5 % en 1989) (Liataud et al., 1988). Au départ maladie à prédominance masculine, elle touche aujourd'hui autant de femmes que d'hommes (Gaillard et al., 1992). Le taux de séroprévalence du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) en Haïti était estimé, au cours de l'année 1994, entre 2 à 10 % selon le site (Bernard et Camara, 1994).

Les jeunes de 25 à 39 ans sont plus nombreux à présenter les signes et symptômes de cette maladie (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1990). D'autres facteurs sont associés au risque de contracter le virus du sida comme les rapports sexuels occasionnels et le statut socio-économique. Ces différents éléments ont permis aux décideurs de cibler leurs interventions en matière de lutte contre cette épidémie.

Plusieurs recherches ont aussi prouvé que l'activité sexuelle occasionnelle (soit fortuite, soit avec des prostituées ou, le plus souvent, avec des partenaires multiples) était fréquente en Haïti (Adrien et Cayemittes, 1991; Cayemittes et al., 1995) ... en dépit de la disponibilité sexuelle de la femme qui, dans certains milieux, ne peut refuser un acte sexuel à son conjoint afin de combler, dans le mariage, les désirs de l'homme (Ullin et al., 1993). Dès lors peut être émise l'hypothèse suivante : les hommes non en union courent un risque plus élevé de contracter des maladies sexuellement transmissibles et le sida, l'absence de liaison avec une partenaire régulière pouvant jouer un rôle déterminant dans l'adoption de pratiques sexuelles occasionnelles. Toutefois, peu d'études décrivent de manière approfondie le rôle du statut marital ou d'une liaison stable sur le comportement sexuel à risque.

L'objectif principal de cette étude consiste donc à analyser l'influence de l'état matrimonial sur l'activité sexuelle des hommes, l'adoption de comportement sécuritaire, et la perception du risque vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles et du sida. Elle a aussi pour objectif d'étudier l'effet d'autres variables qui pourraient éventuellement expliquer ce comportement et cette attitude.

Dans le rapport qui suit, sont présentés les procédures de collecte des données, une brève revue de la littérature, la construction des variables utilisées pour cette analyse puis les résultats concernant : l'activité sexuelle des hommes en Haïti, la connaissance et l'utilisation du condom par les hommes sexuellement actifs, l'importance des activités sexuelles occasionnelles, et l'attitude vis-à-vis du sida chez ceux qui ont un comportement à risque. Enfin, la discussion des résultats conduit à la proposition d'autres recherches et vers la formulation de recommandations pour l'amélioration des programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida.

2. DESCRIPTION GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE, ÉCONOMIQUE, SOCIO-POLITIQUE ET SANITAIRE

2.1 Situation Géographique

La République d'Haïti est située dans le bassin des Caraïbes. Elle partage l'île avec la République Dominicaine qui en occupe la partie est. Elle est baignée au nord par l'Océan Atlantique, au sud par la Mer des Caraïbes. C'est un pays surtout montagneux "avec 20 % de plaines côtières" (Cayemittes et al., 1995, p.1).

Elle comprend neuf départements géographiques : Artibonite, Centre, Grand-Anse, Ouest, Nord, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud et Sud-Est. Port-au-Prince, la capitale se situe dans le département de l'Ouest. La superficie de la République d'Haïti est estimée à 27 250 km².

2.2 Situation Démographique

La population d'Haïti est d'environ 7 200 000 d'habitants, ce qui représente une densité de 267 habitants au km². Port-au-Prince, la capitale, en compterait 2 000 000. C'est une population essentiellement jeune : 46 % de ses habitants sont âgés de moins de 15 ans. Le sex ratio (homme/femme) a été estimé à 100/108. La majeure partie de la population vit en milieu rural.

Deux langues officielles y sont reconnues (le créole et le français) mais peu d'haïtiens parlent le français. "Le niveau d'analphabétisme est d'environ 39 % chez les femmes et 28 % chez les hommes" (Cayemittes et al., 1995, p. 1).

La migration tant interne qu'externe est très intense. Beaucoup de gens quittent leur village pour aller s'installer soit dans la capitale, soit dans les grandes villes; l'émigration est aussi importante, "près d'un million d'haïtiens vivaient déjà à l'étranger à la fin de 1989, particulièrement aux États-Unis d'Amérique" (Guengant, 1993, cité dans Cayemittes et al., 1995, p. 2).

2.3 Situation Économique

L'économie repose essentiellement sur l'agriculture bien "qu'un tiers seulement des terres disponibles soit cultivable compte tenu du relief accidenté du territoire haïtien, de l'existence de sols impropres à la culture et de la faiblesse des précipitations dans certaines régions" (Nations Unies, 1990). Au cours des vingt dernières années, l'économie s'est dégradée, suite à l'explosion démographique, au déboisement accru, à la survivance des techniques agricoles archaïques et aux migrations causées par les problèmes économiques et politiques. L'industrie de sous-traitance qui s'est développée au cours des années 70, a subi également le contrecoup des troubles socio-politiques qui ont secoué le pays. Le secteur informel prend de plus en plus d'expansion. Il faut signaler la décote considérable de la gourde (la monnaie haïtienne), par rapport au dollar américain qui représente la monnaie d'échange (jusqu'en 1970, il fallait cinq gourdes environ pour un dollar; actuellement, il en faut seize). Haïti importe plus qu'il ne produit. Tout ceci a contribué à une augmentation considérable du coût de la vie. "Haïti est située parmi les pays les moins avancés et est considéré comme le pays le plus pauvre de l'hémisphère avec un Produit National Brut (PNB) par tête estimée à 370 dollars américains en 1990" (OPS/OMS, 1993, cité dans Cayemittes et al., 1995, p. 2).

2.4 Situation Politique

Pendant une trentaine d'années environ (1957-1986), Haïti a vécu sous un régime dictatorial. De 1986 à 1994, le pays a connu une période d'instabilité politique caractérisée par la succession de plusieurs types de régime : civilo-militaire, militaire, civil. Néanmoins, en dépit de la complexité de la situation, un retour à la stabilité semble s'être opéré.

2.5 Situation Sanitaire

La situation sanitaire du pays est déficiente. Les ressources matérielles et humaines sont insuffisantes : 9 lits pour 10 000 habitants; 1,1 médecin, 1,2 infirmière, 2,7 auxiliaires et 0,4 dentiste pour 10 000 habitants. De plus, la plupart des structures sanitaires et la majorité du personnel sont concentrées dans la capitale (Ministère de la Santé Publique et de la Population, cité dans dans Cayemittes et al., 1995, p. 3).

L'environnement est insalubre : manque de structures pour la disposition des détritiques, manque de systèmes d'installations d'évacuations des excréments (25 % seulement de la population y a accès) (Cayemittes et al., 1995, p. 3).

Les pathologies les plus couramment rencontrées chez les adultes sont la malaria, la tuberculose, le sida et la sous-nutrition; les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et la sous-nutrition frappent surtout les enfants. Depuis deux ans environ, une poussée épidémique de méningococcémie a fait son apparition dans certaines régions du pays.

La persistance de ces problèmes n'implique pas qu'aucun effort n'ait été entrepris pour améliorer la situation sanitaire de la population. La mise en place de stratégies, la réalisation d'activités conjointes par les secteur public et privé ont permis d'aboutir à certains résultats encourageants. Citons entre autre :

- l'augmentation à l'accès aux soins de santé primaire (70 % de la population);
- le contrôle des maladies évitables par la vaccination routinière et l'organisation de campagnes nationales et de cordons sanitaires;
- l'éradication de la poliomyélite;
- la diminution de la mortalité infantile par déshydratation diarrhéique par la promotion de l'utilisation du sérum oral et l'implantation de structures adéquates pour traiter les cas de diarrhée;
- la diminution de la mortalité maternelle par l'amélioration des services offerts aux femmes enceintes, aux parturientes et en période post-natale;
- l'intensification des campagnes d'éducation sur les maladies sexuellement transmissibles et le sida;
- le programme de marketing social pour la promotion du condom.

3. REVUE DE LITTÉRATURE

3.1 Épidémiologie des MST et du sida

Depuis son apparition à la fin des années 1970, le sida ne cesse de progresser. Selon une projection de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y aura d'ici l'an 2 000 environ 30 à 40 millions de personnes infectées à travers le monde. D'après certaines hypothèses, le taux de séro-prévalence du VIH atteindrait, en l'an 2005, 10-20 % en Haïti si aucune intervention efficace n'est entreprise (Gaillard et al., 1992).

Divers modes de transmission du VIH ont été identifiés (sanguin, périnatal, aiguilles souillées, sexuel) mais il est reconnu que le mode hétérosexuel est le plus répandu. En 1985, la proportion de sidéens bisexuels retrouvés au début de l'épidémie en Haïti diminuait alors que les relations hétérosexuelles prenaient de l'importance (Pape et al., 1988). En 1989, la voie hétérosexuelle représentait déjà 88 % des modes de contamination (Gaillard et al., 1992). Divers facteurs pourraient intervenir dans ce mode de transmission. En Afrique subsaharienne, le multipartenariat, la proportion considérable d'hommes ayant des relations sexuelles avec des prostituées ont été mentionnées (Caldwell, 1995) En Haïti, la prostitution, la multiplicité des partenaires jouent un rôle important dans la transmission du VIH.

Sur la totalité des premiers dons de sang depuis 1986, les tranches d'âge les plus affectées par la syphilis et le VIH sont les tranches d'âges les plus jeunes (Chalumeau et al., 1993). Il faut aussi signaler que ces infections surviennent encore plus précocement chez les femmes. Par rapport aux hommes du même âge, cette étude a ainsi mis en évidence une positivité plus élevée chez les jeunes filles âgées de moins de 24 ans.

Une enquête de séroprévalence menée en Haïti en 1991-1992 montrait que les mères en union instable présentait un taux de séropositivité (11,8 %) deux fois supérieur à celui des mères dont l'union était relativement stable. Aucune différence significative dans la séroprévalence du VIH n'avait été retrouvée selon le degré de parité des mères.

Le rôle des maladies sexuellement transmissibles dans la transmission du sida n'est pas à négliger. En effet, le traitement tardif des ulcérations génitales et autres MST dû au manque de facilités des soins ainsi que la non circoncision des hommes de certaines ethnies facilitant la transmission du VIH directement ou par les chancres et ulcérations représenteraient des facteurs de risque en Afrique subsaharienne (Caldwell, 1995).

Selon certaines données publiées en Haïti en 1992, des MST comme l'ulcère génital, la leucorrhée, la blennorragie et la syphilis seraient associées au VIH (Liataud et al., 1992). Le risque d'infection chez une femme syphilitique varie entre 2 et 11 selon une étude de séroprévalence menée en Haïti au niveau de cinq centres de santé (Cayemittes et al., 1993).

Une étude menée au nord de la Tanzanie vient "de confirmer l'importance capitale de traiter les MST; en effet, là où la promotion du préservatif s'est accompagnée d'une lutte efficace contre les MST, l'incidence du VIH a baissé de 50 % environ par comparaison avec les communautés témoins où cette lutte n'a pas été entreprise" (Piot et Cherney, 1995).

L'impact du VIH sur la vie familiale est grand : au sein du couple, le sida est bien souvent source de disputes et de tension; la personne infectée par le VIH, et même sa famille sont frappées d'ostracisme, surtout en milieu rural (Adrien et al., 1993). Le sida appauvrit la famille : le coût d'une seule hospitalisation pour un enfant atteint de sida représente 60 % du revenu moyen annuel en Haïti (Pape et al., 1988).

Le sida a aussi un impact sur les enfants qui doivent voir le jour. L'enquête de l'Institut Haïtien de l'Enfance sur les femmes séropositives qui venaient d'accoucher en 1992 estimait qu'il naissait, en Haïti, chaque 2 à 3 heures, un enfant séropositif (Cayemittes et al., 1993). Le sida contribuerait aussi à l'augmentation du nombre d'orphelins à Port-au-Prince (Gaillard, 1992).

3.2 Initiation Sexuelle et Implications

L'âge aux premiers rapports sexuels détermine la survenue de grossesse ou d'infection (Caraël et al., 1992). Dans beaucoup de sociétés, les adolescents commencent leur vie sexuelle avec les prostituées. En Amérique Latine, l'âge moyen au premier rapport sexuel était d'environ 15 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes (Mundigo, 1995). L'initiation sexuelle des hommes se faisait habituellement avec des femmes légèrement plus âgées qu'eux et ayant un peu plus d'expérience. En France, l'âge moyen des hommes au premier rapport s'est à peu près stabilisé depuis le début des années 1970 à 17 ans (Bozon, 1993).

En Haïti en 1989, près de 25 % des hommes avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans; l'âge moyen était d'environ 16,4 ans (Cayemittes et al., 1989).

Les relations sexuelles prémaritales sont courantes en Amérique Latine : parmi les hommes âgés de 15 à 19 ans, le pourcentage ayant déclaré avoir eu des rapports prémaritaux en 1992 était de 42 % au Costa Rica, 44 % au Mexique, 73 % à Rio de Janeiro, au Salvador et à Sao Paolo, 78 % à la Jamaïque (Mundigo, 1995). Au Kenya, l'âge aux premières relations sexuelles est différent de l'âge à la première union. Au Rwanda, en milieu urbain, les hommes contractent une union sept ans après avoir eu leur premier acte sexuel. Ceci serait lié à leur niveau d'éducation élevé et à l'opportunité de trouver des partenaires en dehors du mariage (Caraël et al., 1992). Selon ce même auteur, le premier cas de sida rapporté au Nigéria en 1984 fut une adolescente de treize ans.

3.3 Utilisation du Condom

L'efficacité du condom a été prouvée in vitro même avec une charge virale plus élevée que celle habituellement observée dans le sperme (Conant et al., 1986). Malheureusement, il existe de nombreuses barrières psychologiques, religieuses et sociales vis-à-vis du condom (Adrien et Cayemittes, 1991).

Parmi les personnes sexuellement actives, le condom constitue l'une des méthodes de prévention des MST y compris le VIH (Barlow, 1977, Fisch et al., 1987, Ngugi et al., 1988, auteurs cités par Messersmith et al., 1994). En Haïti, en 1991, seuls 20,6 % des hommes et 7,3 % des femmes avaient déclaré avoir utilisé des préservatifs (Adrien et al., 1993).

3.4 Activité Sexuelle et Comportement à Risque

En Afrique subsaharienne, "en dépit d'un faible taux de transmission du sida par voie hétérosexuelle [...], la multiplicité des partenaires, en particulier avec les prostituées, augmente la prévalence du VIH chez les hommes" (Pruel et al., 1991).

D'après une étude menée en Afrique subsaharienne, l'activité sexuelle occasionnelle serait plus fréquente en milieu urbain et augmenterait avec le niveau d'instruction (Caraël et al., 1992). Elle serait prédominante entre 20-29 ans chez les hommes et entre 15-24 ans chez les femmes. Les célibataires et les hommes en rupture d'union auraient plus fréquemment des relations sexuelles occasionnelles que les hommes en union.

Une analyse multivariée conduite pour le Nigéria (Messersmith et al., 1994) a démontré que les hommes ayant payé des prostituées en échange de relations sexuelles n'utilisaient pas davantage le condom que les hommes n'ayant jamais fréquenté une prostituée et cela, quel que soit le groupe d'âges considéré.

En Haïti, les rapports sexuels avec des prostituées étaient déjà fréquents en 1991 (Adrien et al., 1993), surtout chez les adolescents : 16 % des jeunes de 15 à 19 ans avaient déjà eu des contacts sexuels avec une prostituée. Cette étude avait aussi montré que les individus ayant des relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou avec une prostituée se situaient surtout parmi les jeunes de 15-24 ans et parmi les habitants des zones urbaines. Les autres variables étant maintenues constantes, les hommes les plus scolarisés et les mieux informés sur le sida étaient davantage impliqués dans des activités sexuelles à risques.

Plus de la moitié des hommes (soit 53,4%) et environ une femme sur dix (10,5%) ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. La tendance à avoir plusieurs partenaires sexuels est donc nettement plus marquée chez les hommes.

D'après une recherche qualitative menée en 1993 (Ullin et al., 1993), il est intéressant de constater chez les hommes une certaine préférence pour l'utilisation du préservatif par rapport à d'autres moyens préventifs tels que l'abstinence, la fidélité ... car selon les participants "l'homme ne peut pas se contenter d'une seule femme." Pourtant, l'enquête qualitative et quantitative menée deux ans auparavant (Adrien et Cayemittes, 1991) montrait que le taux d'utilisation du condom était peu élevé; les individus ayant un niveau de connaissance élevé de la maladie formaient aussi le groupe où l'utilisation du préservatif était, pour cette période, la plus fréquente (20 %).

3.5 Perception du sida

La perception du risque de contracter le sida semble déterminer l'adoption de comportement visant à protéger l'individu contre cette maladie. Cette hypothèse a été confirmée par l'étude menée entre 1988 et 1990 en Afrique sub-Saharienne (Caraël et al., 1992).

Dans la culture haïtienne, la perception du risque est parfois inhibée par certaines croyances, à savoir que le sida se transmet par voie surnaturelle : il est appelé soit "maladie du Bon Dieu" soit "maladie du diable" (Adrien et Cayemittes, 1991). Dès lors, on peut s'interroger sur l'adoption de comportement visant à protéger l'individu. Ainsi, l'enquête menée en Haïti en 1990 (Adrien et Cayemittes, 1991) révélait que plus des deux tiers des individus ayant eu plusieurs partenaires sexuels ou ayant fréquenté une prostituée estimaient possible que le sida soit transmis par le sort. Il en est de même chez les haïtiens vivant à Montréal, où plus d'un tiers des interrogés entre 1987 et 1990 (Adrien et Cayemittes, 1991) ne savaient pas évaluer leur risque personnel d'être infectés. Parmi tous les groupes d'âges considérés, les adolescents étaient ceux qui minimisaient le plus fréquemment ce risque.

3.6 Pouvoir de Décision des Femmes et des Hommes

Les programmes antérieurs ont beaucoup insisté sur le rôle des femmes en matière sexuelle. En Haïti, bien que la majorité des participants à un focus group étaient unanimes à reconnaître le droit de la femme à refuser d'avoir des rapports sexuels quand il y a danger de contamination, certains intervenants soulignaient que ce refus de la part de la femme pouvait en retour introduire le doute dans l'esprit de son partenaire et même menacer la stabilité de la famille (Ullin et al., 1993).

En général, ce sont les hommes qui décident ou constituent un blocage à l'utilisation de préservatifs : en 1991, 61 % des femmes et 77 % des hommes déclaraient qu'il revenait à l'homme de prendre cette décision (Adrien et Cayemittes, 1991).

4. MÉTHODOLOGIE

Cette analyse utilise les données de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II) qui a été réalisée durant la période allant de juillet 1994 à janvier 1995. Ses objectifs étaient "d'estimer sur le plan national et selon le milieu de résidence certains indicateurs pour les enfants âgés de moins de cinq ans, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les hommes de 15 à 59 ans" (Cayemittes et al., 1995, p. 4-5).

Notre travail, qui porte sur les MST et le sida, se limite au sexe masculin puisqu'il s'effectue dans le cadre d'un atelier se rapportant au "Rôle des Hommes en matière de Fécondité, de Planification familiale et de Santé Reproductive". Aussi, les indicateurs retenus sont :

- l'activité sexuelle;
- la connaissance du condom;
- l'utilisation du condom;
- la perception du risque de contracter le sida.

4.1 Échantillonnage

Le plan d'échantillonnage adopté pour EMMUS-II, correspond à un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Dans un premier temps, 172 unités aréolaires ont été sélectionnées. Ensuite, une liste de ménages a été dressée au niveau de chacune des unités pour avoir un échantillon des ménages. Un questionnaire ménage a été utilisé pour recenser les membres des ménages. Un tiers des ménages tiré de façon systématique, soit 1 799 ménages, a été choisi pour mener l'enquête homme. Dans les ménages sélectionnés, tous les hommes de 15 à 59 ans devraient être interviewés.

4.2 Instrument de Collecte

Quatre séries de questionnaires ont été élaborées pour la collecte des données dont un questionnaire individuel homme.

4.3 Collecte des Données

Un questionnaire a été rempli pour chaque homme éligible acceptant de participer à l'enquête.

Certaines questions relatives aux activités sexuelles ont été posées aux hommes ayant déjà eu des rapports sexuels. Ce sont les questions concernant :

- la fréquence des rapports au cours des quatre semaines précédant l'enquête;
- la période des dernières relations sexuelles;
- l'âge aux premières expériences;
- l'utilisation et la fréquence d'utilisation du condom.

D'autres questions étaient destinées à ceux qui avaient eu des rapports sexuels au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, concernant :

- le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois;
- le type de partenaire (rencontre occasionnelle, prostituées);
- la survenue des maladies sexuellement transmissibles.

D'autres questions étaient destinées à tous les enquêtés, sexuellement actifs ou non, à savoir:

- la connaissance des MST;

- les sources d'information sur le sida;
- les modes de transmission du sida;
- leur perception du risque d'attraper cette maladie.

La plupart des questions visaient à obtenir une réponse spontanée de l'enquêté.

4.4 Taille de L'échantillon et Taux de Réponse

Un échantillon représentatif au niveau national de 1 767 hommes de 15 à 59 ans a été sélectionné. Tous les hommes éligibles, c'est-à-dire âgés de 15 à 59 ans, n'ont pu être interviewés. Les raisons en sont diverses: ménages non identifiés, absence, refus de participer ou incapacité de certains. Ainsi, le nombre d'enquêtés a été ramené à 1 610; ce qui représente un taux de réponse d'environ 91 %.

4.5 Constitution de sous-Échantillons

Pour notre étude, nous avons sélectionnés les hommes sexuellement actifs. Aussi, nous avons effectué deux types de sélection. La première à partir de tous les enquêtés selon qu'ils aient eu, ou non, une première relation sexuelle, ce qui représente un échantillon de 1 348; et une deuxième sélection pour déterminer les hommes qui ont été sexuellement actifs au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, soit 1 274.

Le tableau 1 montre que, parmi les 1 610 hommes interviewés, 1 348 avaient déjà eu des rapports sexuels, ce qui représente 83,7 % environ; plus de la moitié des célibataires (62,5 %) avaient déjà eu des rapports sexuels.

Activité sexuelle des hommes	Célibataires n = 698	En union n = 809	En rupture d'union n = 102
Pourcentage d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels	62,5	100,0	100,0
Pourcentage d'hommes sexuellement actifs au cours des douze derniers mois	56,5	99,0	76,6
Pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels prémaritaux	-	92,6	81,3

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage d'hommes sexuellement actifs au cours des douze derniers mois est plus élevé parmi ceux en union (99 %). Toutefois, une forte proportion de ceux qui ne sont plus en union, soit 76,6 %, ont déclaré avoir eu une activité sexuelle au cours des douze derniers mois. Cela voudrait-il dire que leur veuvage ou leur séparation datent de moins d'un an ou cela signifie-t-il qu'ils sont réellement actifs sur le plan sexuel malgré leur situation matrimoniale?

4.6 Caractéristiques Principales Étudiées

Les caractéristiques socio-démographiques utilisées dans le cadre de cette étude sont les suivantes :

- l'âge, afin de déterminer la structure par âge de la population étudiée. D'un autre côté, les MST/Sida frappent surtout les hommes en pleine période de productivité;
- l'état matrimonial, afin d'étudier son influence sur les activités sexuelles des hommes;
- le milieu de résidence pour étudier les disparités du point de vue du comportement et de la perception du risque entre les zones urbaines et rurales;
- le niveau d'instruction afin de déterminer les caractéristiques de l'échantillon, et aussi d'analyser l'attitude et la perception du risque face aux MST/Sida en fonction de cette variable;
- l'emploi pour rechercher l'existence et le sens d'une liaison entre le pouvoir d'achat et le comportement sexuel;
- la religion, car elle détermine souvent le comportement sexuel d'un individu.

D'autres variables ont été utilisées pour dresser le profil sexuel des enquêtés : nombre de partenaires, âge aux premières relations, fréquence d'utilisation du condom lors des rapports sexuels.

Pour faciliter l'analyse, certaines variables ont été regroupées :

- l'âge a été recodé deux fois : dans un premier temps, l'intervalle était de cinq ans, puis, dans un second temps, de dix ans afin d'obtenir des sous-échantillons suffisants pour l'analyse;
- l'état matrimonial : étaient considérés en union, tous les hommes qui ont déclaré avoir un partenaire régulier; les célibataires sont ceux qui n'ont pas de partenaires réguliers; les hommes en rupture d'union étaient les veufs/séparés/divorcés;
- le milieu de résidence : pour l'enquête "la population de fait a été retenue, c'est-à-dire les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête". Quand l'échantillon était inférieur à 50 cas, les strates métropolitaine et urbaine ont été regroupées sous l'appellation "urbain";
- le niveau d'instruction: ont été classés dans les niveaux suivants :
- sans instruction, les gens qui n'ont jamais fréquenté ni un établissement scolaire, ni un centre d'alphabétisation;
- primaire: tous ceux qui ont atteint un niveau quelconque du cycle d'études de 6 ans ou qui ont fréquenté un centre d'alphabétisation;
- secondaire: les enquêtés qui ont atteint un niveau quelconque du cycle de 7 ans;
- supérieur, ceux qui ont terminé le secondaire et qui ont terminé ou terminent leurs études universitaires ou techniques;
- l'emploi : ont été considérés comme possédant un emploi, les enquêtés qui ont déclaré avoir une activité permanente ou temporaire, dans le secteur formel ou informel, rémunératrice ou non.

4.7 Construction de Nouvelles Variables ou de Nouvelles Catégories

Afin de mieux apprécier l'exposition au risque de contracter le VIH, la variable *activité sexuelle occasionnelle* a été créée. Ainsi tout individu ayant eu des relations sexuelles soit avec des prostituées, soit avec une partenaire au cours d'une rencontre fortuite, a eu une activité sexuelle occasionnelle. Le risque de contracter le VIH ne se limitant pas seulement aux rapports avec des prostituées ou des inconnues, tout individu ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire (régulière ou non) est aussi considéré comme ayant eu une activité sexuelle occasionnelle. La période d'observation couvre les douze derniers mois ayant précédé l'enquête.

La catégorie d'hommes ayant un *comportement à risque* regroupe l'ensemble des hommes qui ont eu une activité sexuelle occasionnelle mais qui n'ont pas utilisé systématiquement le condom. À l'inverse, un homme qui a toujours utilisé le condom lors de rapports sexuels a eu un comportement dit *sécuritaire*.

La *perception du risque* fait référence à une variable construite pour mesurer l'attitude des hommes vis-à-vis d'un comportement à risque : soit ils pensent avoir quelques chances (petites, moyennes ou grandes) de contracter le virus du sida, soit ils pensent n'en avoir aucune. Le niveau de perception est ici mesuré seulement dans le sous-échantillon des hommes ayant eu un comportement à risque au cours des douze derniers mois. Est estimé élevé le niveau de perception du risque quand le pourcentage d'hommes qui pensent être à risque de contracter le sida est important.

5. RÉSULTATS

5.1 Distribution des Hommes Ayant Déjà eu des Rapports Sexuels Selon Certaines Caractéristiques Socio-démographiques

Le tableau 2 indique qu'au moment de l'enquête, la plupart des haïtiens qui avaient déclaré une activité sexuelle passée ou actuelle, étaient en union (60 %). Environ un tiers (32 %) étaient encore célibataires. Seulement 8 % étaient en rupture d'union, c'est-à-dire veufs, séparés ou divorcés.

La lecture du tableau 2 montre que la population des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels est relativement jeune. Quarante-deux pour cent de l'échantillon avait moins de 45 ans au moment de l'enquête. La moyenne d'âge se situait autour de 33 ans. Les célibataires avaient pour la plupart (91 %) moins de 30 ans. Les hommes en union étaient surtout âgés entre 25 et 49 ans. Les veufs/séparés/divorcés étaient répartis dans toutes les classes d'âge, avec une prédominance entre 35 et 49 ans. En Haïti, la polygamie n'est pas officiellement reconnue. Toutefois, comme l'indique le graphique 1, 14 % des hommes en union ont affirmé avoir une autre femme, en dehors de leur épouse, mais la plupart (86 %) n'avaient qu'une partenaire régulière, en l'occurrence leur conjointe.

La répartition des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon le milieu de résidence, met en évidence la répartition suivante : 61 % demeurent en milieu rural, 25 % en zone métropolitaine (Port-au-Prince) et 14 % en milieu urbain.

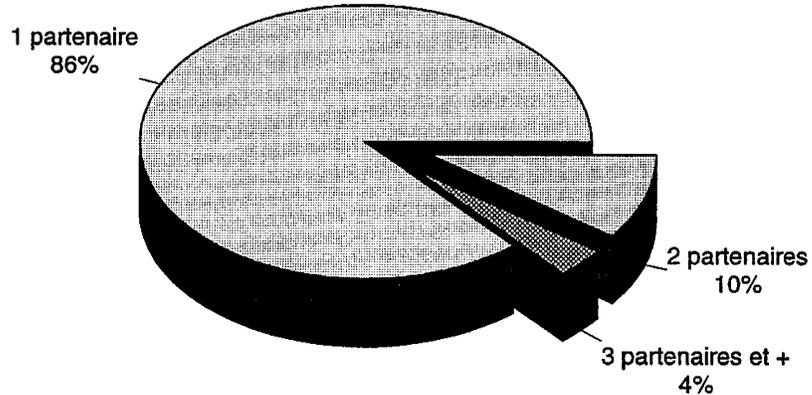
Au moment de l'enquête (tableau 2), la principale activité chez les haïtiens ayant déjà eu des rapports sexuels était l'agriculture (46 %); 9 % travaillaient comme main d'oeuvre (qualifiée ou non); 8 % étaient des cadres, c'est-à-dire oeuvraient dans le milieu professionnel, technique, administratif ou occupaient des postes de direction, parfois de secrétariat; 6 % étaient employés dans la production ou la vente de biens et de services. Trente pour cent des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels n'occupaient aucun emploi, soit parce qu'ils étaient étudiants, soit parce qu'ils étaient au chômage.

Tableau 2 Répartition des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristique	Célibataires n = 437	En union n = 809	En rupture d'union n = 102	Ensemble n = 1 348	Effectif
Groupes d'âges					
15 - 19 ans	35,3	0,9	3,1	12,2	165
20 - 24 ans	37,9	8,8	11,5	18,4	248
25 - 29 ans	18,0	14,6	11,6	15,5	209
30 - 34 ans	5,8	16,2	11,6	12,5	168
35 - 39 ans	2,0	19,5	20,1	13,9	187
40 - 44 ans	0,7	13,2	15,6	9,3	126
45 - 49 ans	0,0	10,7	13,8	7,5	101
50 - 54 ans	0,2	9,2	5,4	6,0	81
55 - 59 ans	0,0	7,0	7,4	4,7	64
Moyenne	22,2	37,7	37,2	32,6	1 348
Résidence					
Métropolitain	30,8	22,0	23,4	25,0	337
Urbain	18,4	12,0	15,5	14,3	193
Rural	50,8	66,0	61,1	60,7	819
Instruction					
Aucune	10,9	32,6	39,4	26,1	352
Primaire	43,0	48,8	37,1	46,1	621
Secondaire	41,0	15,9	20,3	24,3	328
Supérieure	5,1	2,7	3,2	3,5	47
Emploi					
Aucun	58,3	15,2	24,8	29,9	403
Cadres	6,5	8,3	11,3	8,0	107
Vente / Services	4,9	6,8	5,6	6,1	83
Main d'œuvre	6,7	10,6	10,5	9,3	126
Agriculteurs	23,7	58,6	47,7	46,4	626
Indéterminé	0,0	0,4	0,0	0,3	4
Religion					
Catholique	55,9	66,3	58,9	62,3	841
Méthodiste, Adventiste..	34,9	26,4	29,4	29,4	396
Vaudou	1,0	1,8	1,8	1,5	21
Aucune	8,3	5,4	10,0	6,7	90
Autres	0,0	0,1	0,0	0,1	1
Nombre d'enfants					
Aucun	96,5	12,1	38,3	41,4	559
1 enfant	2,8	15,1	28,5	12,2	164
2 enfants	0,4	14,7	12,0	9,8	133
3 enfants	0,2	14,8	7,2	9,5	129
4 enfants et plus	0,0	43,3	14,0	27,0	365
Total	32,4	60,0	739,3	100,0	1 348

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

Graphique 1
Partenaires régulières des hommes en union



N = 809

Les résultats du tableau 2 mettent en évidence une distribution des occupations différentes selon l'état matrimonial :

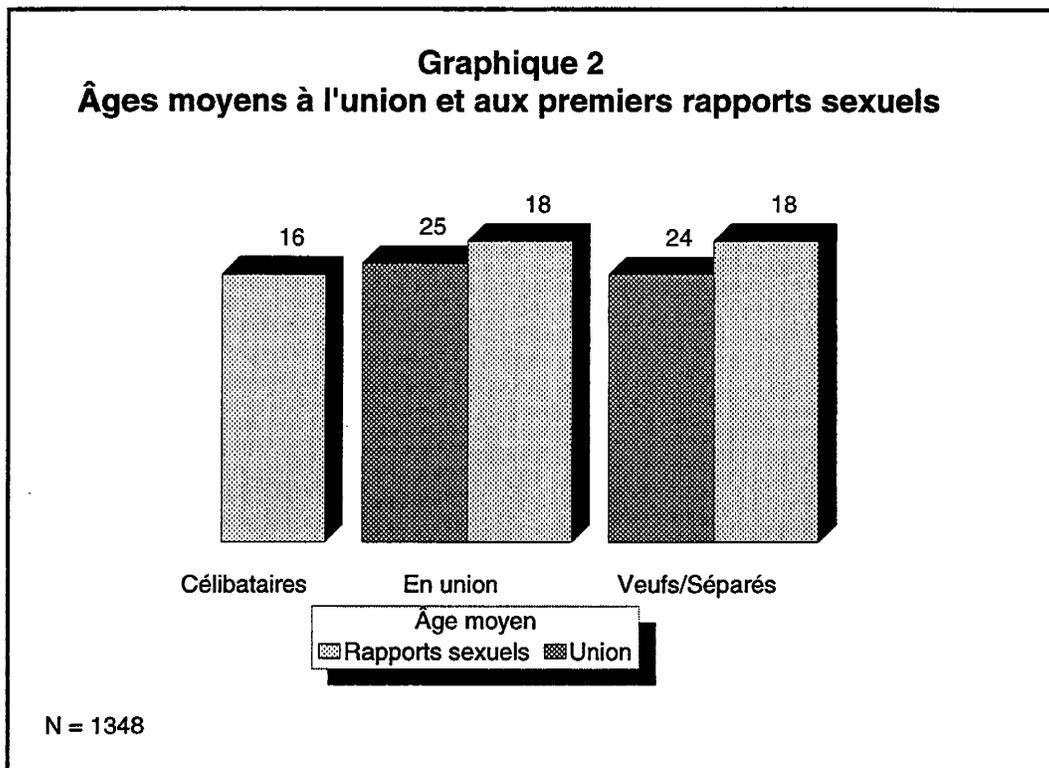
- Plus de la moitié des célibataires n'avaient aucun emploi (certains étant encore étudiants); 24 % se consacraient à la culture de la terre;
- La principale occupation des hommes mariés était l'agriculture (59 %) puis en seconde position, viennent les travaux manuels (11 %). Quinze % n'avaient aucun emploi;
- Chez les hommes en rupture d'union, l'agriculture occupait aussi le premier rang (48 %). Le travail technique ou de direction (11 %) et le travail manuel (10,5 %) venaient en second position. Les veufs, séparés ou divorcés constituaient, après les célibataires, la catégorie où on observait le moins d'employés (25 % d'hommes sans emploi).

Le même tableau révèle la prédominance de la religion catholique (62 %) parmi les enquêtés. Vingt-neuf pour cent des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels se réclamaient d'autres religions chrétiennes (méthodistes, adventistes...); très rares sont ceux qui se disaient d'emblée *vaudoisants* (1,5 %). Et près de 7 % n'avaient aucune religion.

Quatre-vingt seize pour cent des célibataires n'avaient pas encore d'enfant (tableau 2). Les hommes mariés étaient pour la plupart des pères de famille (88 %) et 43 % avaient déjà quatre enfants ou plus. Un fait à noter, près de deux hommes sur cinq (38 %) en rupture d'union n'avaient aucun enfant.

5.2 Comportement Reproductif et Sexuel des Hommes Ayant Déjà eu des Rapports Sexuels Selon L'état Matrimonial

Comme l'indique le graphique 2, les enquêtés ont eu leur première expérience sexuelle avant d'atteindre leur vingtième anniversaire et certains avaient déjà commencé à l'adolescence (16 ans pour les célibataires). Par contre, ils entrent en union 6 ou 7 ans après leur premier rapport sexuel, soit à 24-25 ans.



Parmi les 1 348 hommes sélectionnés et qui avaient déjà eu des rapports sexuels, la majorité d'entre eux a déclaré avoir été sexuellement actif au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ceci à des degrés divers (tableau 3a). On ne note pas de grandes différences entre les célibataires et les hommes en union, respectivement 90,3 % et 99 %. Concernant les activités sexuelles au cours du mois précédant l'enquête, les hommes en union se caractérisent aussi par un taux élevé (81 %), alors qu'il diminue d'environ de moitié chez les hommes qui ne sont pas en union (48,5 %).

En ce concerne la fréquence des rapports sexuels (tableau 3a), les hommes actuellement en union ont eu trois rapports en moyenne au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête; par contre les célibataires et les veufs /séparés /divorcés n'ont eu en moyenne qu'un seul rapport.

Tableau 3a Comportement reproductif et sexuel des hommes de 15-59 ans ayant déjà eu des rapports sexuels selon l'état matrimonial

Comportement reproductif et sexuel des hommes	Célibataires n = 437	En union n = 809	En rupture d'union n = 102
Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois	90,3	99,0	76,6
Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de ceux ayant eu des rapports sexuels au cours du dernier mois ¹	48,5	81,0	32,4
Fréquence moyenne des rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines	1,3	3,1	0,7

¹ Dernier mois = 30 derniers jours
Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

5.3 Comportement Sexuel des Hommes au Cours des Douze Derniers Mois

Une estimation du nombre de partenaires sexuelles chez les hommes sexuellement actifs au cours des douze mois précédant l'enquête figure au tableau 3b. Les hommes en union ont eu, en moyenne, moins de partenaires (1,6) que les autres (célibataires, veufs/séparés/divorcés). En effet, ces derniers ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec, en moyenne, environ 2 partenaires. D'après les déclarations des hommes, la prévalence des MST la plus élevée a été observée chez les veufs/séparés/divorcés (12 %), suivis par les célibataires (8 %) et, enfin, par les hommes en union (7 %).

Tableau 3b Nombre de partenaires sexuelles des hommes de 15-59 ans sexuellement actifs au cours des douze derniers mois

	Célibataires n = 394	En union n = 801	En rupture d'union n = 78
Nombre moyen de partenaires sexuelles	2,1	1,6	1,9
Pourcentage d'hommes ayant eu une MST	8,3	7,0	11,6

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

5.4 Connaissance et Utilisation du Préservatif

Pour faire face à l'évolution du sida, la promotion du préservatif a été intensifiée vers la fin des années 1980, par la distribution du condom et l'éducation de la population, spécialement des jeunes, à travers les médias, l'utilisation d'affiches et les groupes de discussion.

Aussi, le niveau de connaissance du condom a été évalué au cours de cette étude; les résultats sont regroupés au tableau 4. Quel que soit l'état matrimonial, rares sont les hommes qui n'ont jamais entendu parler du préservatif. Pour beaucoup d'enquêtés, le condom est perçu seulement comme un moyen d'empêcher la survenue d'une grossesse; cette tendance est plus marquée chez les hommes en union (81,2 %). Une proportion relativement élevée de célibataires et d'hommes en rupture d'union

(respectivement 35,6 % et 28,8 %) l'a mentionné comme moyen de prévention, à la fois, des MST et de la grossesse.

Malgré le niveau de connaissance élevé du condom, le pourcentage d'utilisation est faible (tableau 4) : 74 % des hommes en union n'en ont jamais utilisé. La principale raison justifiant l'usage d'un préservatif quelque soit l'état matrimonial, est la prévention des MST et de la grossesse. Parmi tous ceux qui ont rapporté l'utilisation du condom pour les raisons sus-mentionnées, les plus nombreux étaient les hommes non en union (34,6 % chez les célibataires, 33 % chez les veufs/ séparés/ divorcés).

Connaissance et utilisation du condom	Célibataires n = 437	En union n = 809	En rupture d'union n = 102
Connaissance du condom			
Pour la PF seulement	61,4	81,2	64,1
Contre les MST seulement	8,3	7,0	11,6
Pour la PF et contre les MST	35,6	15,0	28,8
Aucune connaissance	1,7	3,4	7,1
Total	100,0	100,0	100,0
Utilisation du condom			
Pour la PF seulement	3,1	7,0	7,9
Contre les MST seulement	4,3	3,9	5,0
Pour la PF et contre les MST	34,6	15,1	33,0
Aucune connaissance	58,0	74,0	54,2
Total	100,0	100,0	100,0

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

5.5 Activité Sexuelle Occasionnelle (Douze Derniers Mois)

Le tableau 5 et le graphique 3 décrivent l'activité sexuelle occasionnelle des hommes, c'est-à-dire les rapports avec des prostituées, des inconnues ou plusieurs partenaires, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. L'activité sexuelle occasionnelle était élevée chez les hommes célibataires (52 %) et chez les veufs/ séparés/ divorcés (49 %) qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze mois précédant l'enquête. Par contre, dans la catégorie des hommes en union, ce pourcentage était moins élevé (29 %).

Chez les célibataires, l'âge ne semble pas influencer la fréquence des pratiques sexuelles occasionnelles (tableau 5). Ces dernières sont élevées (entre 51 % et 57 %) dans les différentes tranches d'âges considérées. Chez les hommes en union, par contre, l'âge semble jouer un rôle plus important. En effet, dans cette catégorie, l'activité sexuelle occasionnelle décroît avec l'âge : élevée entre 20 et 29 ans (40 %), elle diminue de moitié après 40 ans (19 %).

Tableau 5 Proportion d'hommes sexuellement actifs au cours des douze derniers mois ayant eu des partenaires sexuelles occasionnelles¹ selon certaines caractéristiques socio-démographiques (n = 1 274)²

Caractéristique	Célibataires n = 437	En union n = 809	En rupture d'union n = 102
Âge			
15 - 19 ans	51,4	*	*
20 - 29 ans	51,6	40,4	*
30 - 39 ans	(57,6)	32,9	*
40 - 59 ans	*	18,8	(38,3)
Résidence			
Urbain	51,3	38,0	(46,5)
Rural	52,6	24,7	(51,4)
Instruction			
Aucune	(58,7)	18,0	*
Primaire	53,0	30,6	(52,3)
Secondaire / Supérieur	49,4	44,9	*
Emploi			
Aucun	49,9	40,2	*
Cadres	(29,6)	40,3	*
Vente / Services	(66,7)	33,3	*
Main d'oeuvre	(71,7)	38,2	*
Agriculteur	54,5	22,6	(50,3)
Religion³			
Catholique	54,6	33,0	(53,6)
Méthodiste, Adventiste...	42,5	16,6	*
Aucune	(69,0)	(37,9)	*
Nombre d'enfants			
Aucun	52,0	40,0	(41,2)
1 enfant	(74,1)	31,0	*
Plusieurs enfants	*	27,1	(33,6)
Ensemble	51,9	29,2	49,2

¹ Partenaires sexuelles occasionnelles : relations sexuelles (au cours des douze derniers mois) soit avec plus d'une partenaire, soit avec une prostituée, soit lors d'une rencontre fortuite.

² 13 cas manquants et 1 cas sexuellement actif n'ayant rapporté aucune partenaire.

³ Vaudou: échantillon de 7 hommes sexuellement actifs au cours des douze derniers mois.

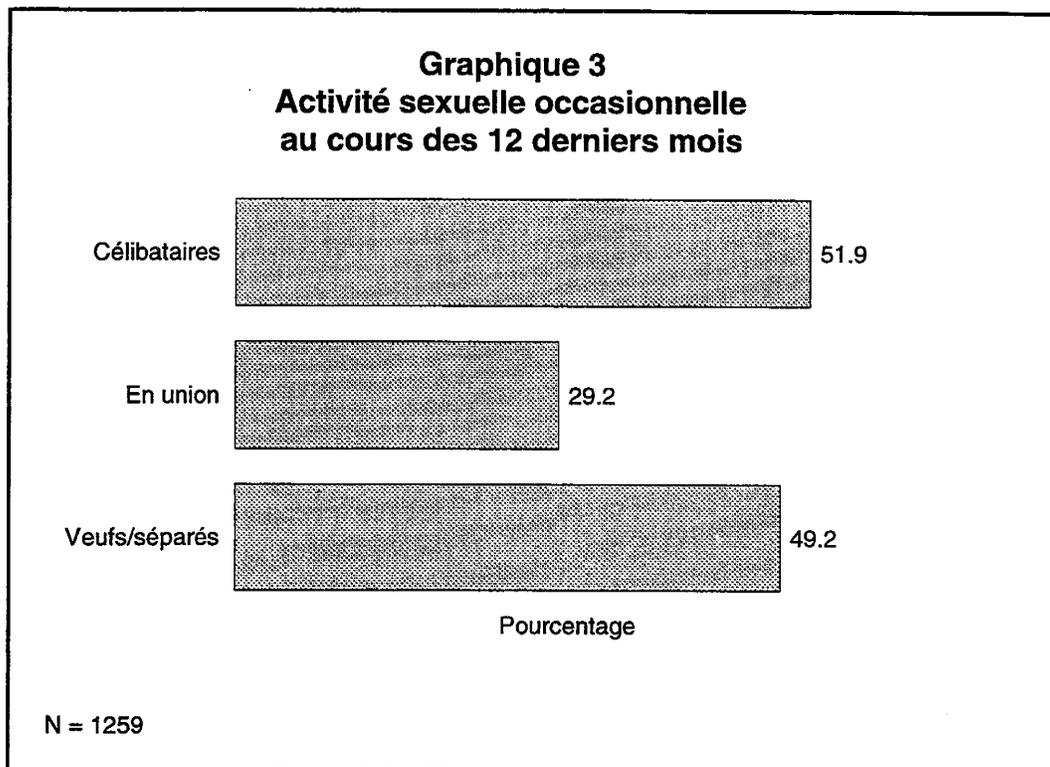
*Basé sur moins de 25 cas.

() Basé sur 25 à 49 cas.

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

L'activité sexuelle des célibataires ne varie pas beaucoup selon le lieu de résidence (tableau 5). Mais parmi les hommes en union, elle est plus fréquente en milieu urbain (38 %) qu'en milieu rural (25 %).

Le niveau d'instruction aurait, dans chacune des catégories matrimoniales, une influence différente sur la fréquence des pratiques sexuelles occasionnelles (tableau 5). Plus les célibataires sont instruits, moins ces pratiques sont fréquentes. Tandis que chez les hommes en union, elles auraient tendance à augmenter parallèlement au niveau d'instruction. On peut noter un fait intéressant : au niveau



des cycles secondaire ou supérieur, le taux d'activité sexuelle occasionnelle des hommes en union tend à se rapprocher de celui observé chez les célibataires.

Au moment de l'enquête, parmi les hommes en union, ce sont les cadres qui avaient le plus fréquemment déclaré avoir eu des relations sexuelles occasionnelles (40 %). Un pourcentage similaire a été observé chez ceux qui n'avaient aucun emploi (tableau 5).

Les célibataires travaillant comme main d'oeuvre ou dans le secteur ventes/services ont plus fréquemment déclaré avoir eu une activité sexuelle à risque, c'est à dire les exposant davantage aux MST et au sida (tableau 5). Toutefois, en raison de la taille insuffisante de l'échantillon, d'autres études devraient être menées pour confirmer ou infirmer cette conclusion.

L'activité sexuelle occasionnelle est plus importante parmi les catholiques (tableau 5) que chez ceux appartenant à d'autres religions chrétiennes, quelque soit l'état matrimonial considéré (célibataire ou en union).

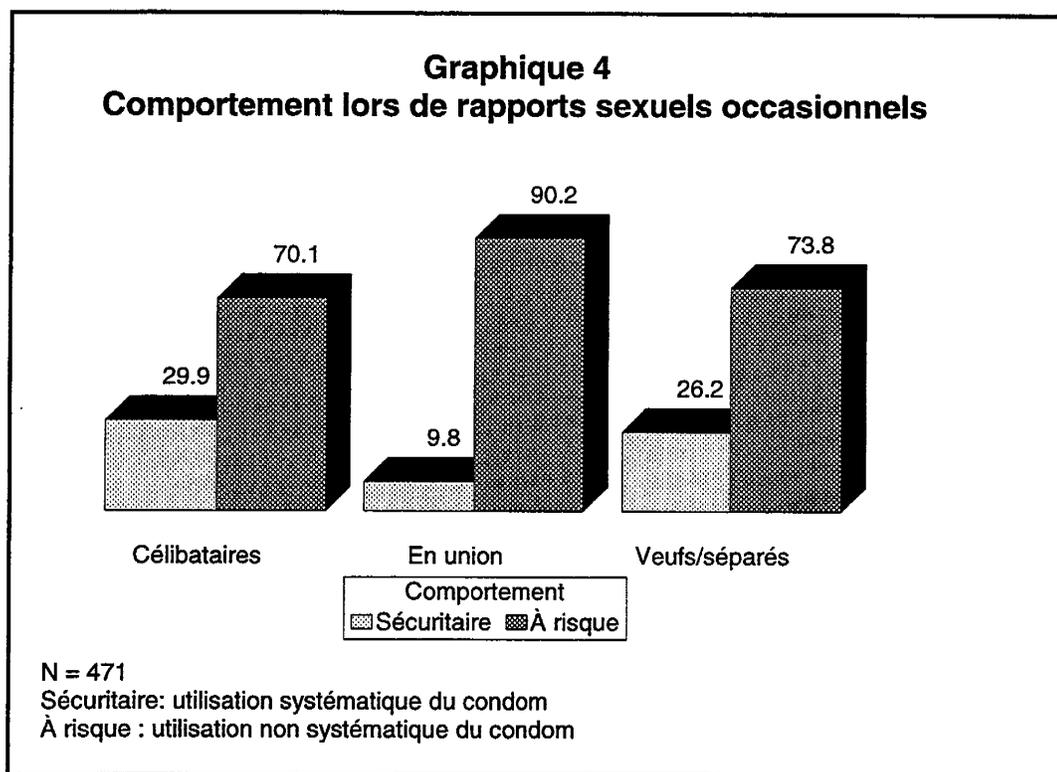
Chez les hommes en union, la fréquence des activités sexuelles occasionnelles serait inversement proportionnelle au nombre d'enfants (tableau 5) : 40 % des hommes sans enfant, 31 % des hommes ayant un seul enfant et enfin 27 % des pères de famille nombreuse, ont rapporté certaines pratiques sexuelles occasionnelles au cours des douze derniers mois. Cette situation est différente chez les hommes non en union.

Il reste à signaler une remarque importante : quelle que soit la variable utilisée (l'âge, la résidence, l'instruction, le type d'emploi, la religion, le nombre d'enfants), les célibataires ont, en général, une activité sexuelle occasionnelle plus intense que les hommes en union.

5.6 Utilisation du Condom Parmi les Hommes Ayant eu Une Activité Sexuelle Occasionnelle au Cours des Douze Derniers Mois

Au graphique 4, on constate que, parmi les hommes ayant rapporté une activité sexuelle occasionnelle au cours des douze derniers mois, la proportion de ceux ayant utilisé le condom de manière régulière ne dépasse pas 30 %, quel que soit l'état matrimonial.

Les Haïtiens non en union (célibataires, séparés, divorcés et veufs) ont plus fréquemment que ceux en union utilisés le condom de manière régulière : en effet, le taux d'utilisation du condom avoisinait 30 % chez les célibataires, 26 % dans la catégorie veufs/séparés/divorcés, tandis qu'il atteignait à peine 10 % chez les hommes en union.

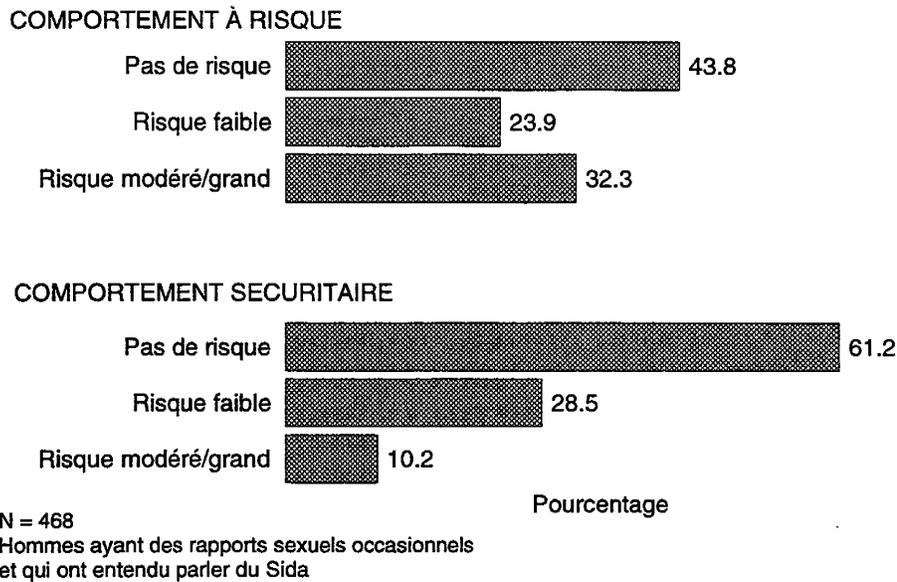


5.7 Perception du Risque Parmi Ceux Ayant un Comportement à Risque

Parmi l'ensemble des hommes qui n'ont pas utilisé systématiquement le condom lors de relations sexuelles à risque, 44 % ont déclaré qu'il pensait n'avoir aucune chance de contracter le virus du sida (graphique 5). À l'inverse, 56 % perçoivent les risques associés à leur comportement, mais à des degrés divers : 24 % ont déclaré avoir un risque faible, 32 % un risque modéré ou important. Plus de la moitié (61 %) des hommes qui ont adopté un comportement sécuritaire estiment ne pas courir de risque de contracter le sida.

Le tableau 6 présente la distribution des hommes ayant eu un comportement à risque au cours des douze derniers mois selon leur perception du risque en fonction des variables suivantes : âge, état matrimonial, résidence, niveau d'instruction, type d'emploi, religion et nombre d'enfants.

Graphique 5 Perception du risque de contracter le Sida selon le comportement



Cinquante-deux pour cent des adolescents de 15 à 19 ans ont déclaré qu'ils n'ont aucune chance de contracter le sida (tableau 6). Cependant, cette perception n'évolue pas de manière constante avec l'âge : le pourcentage d'hommes âgés de 40 - 59 ans qui minimisent le risque (48 %) tend à rejoindre celui observé chez les adolescents (52 %); alors qu'entre 20 et 39 ans, ce pourcentage est moins élevé (40 à 42 %). Signalons que même lorsque le niveau de perception du risque remonte après l'âge de 40 ans, il n'est toujours perçu que comme un "risque faible".

Chez les hommes en union et les célibataires, la proportion de ceux qui estiment ne pas courir de risque ne diffère pas beaucoup (tableau 6) bien que les rapports sexuels occasionnels non protégés soient plus fréquents chez ces derniers (tableau 5 et graphique 3).

Le tableau 6 montre aussi qu'en milieu urbain, la moitié des hommes ayant rapporté avoir eu une activité sexuelle non protégée ont déclaré n'avoir aucune chance de contracter le VIH. À Port-au-Prince et en milieu rural, cette proportion était moins élevée : elle atteignait, respectivement, 41 % et 43 %.

L'instruction semble peu influencer la perception du risque (tableau 6). Quel que soit le niveau d'études, 43 % à 44 % des hommes au comportement non sécuritaire pensent ne courir aucun risque de contracter le sida.

Certaines catégories professionnelles auraient une meilleure perception du risque (tableau 6) : ce sont les agriculteurs et les cadres. Les manoeuvres et ceux qui n'avaient aucun emploi au moment de l'enquête pensaient ne courir aucun risque de contracter le sida (49 %). Toutefois, la faible taille de l'échantillon ne permet pas de conclure de manière certaine.

Tableau 6 Perception (en %) du risque de contracter le VIH parmi les hommes ayant eu un comportement à risque au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques (n = 375)¹

Caractéristique	Perception du risque		
	Pensent être à risque de contracter le VIH		Pensent être sans risque de contracter le VIH
	à un degré modéré ou élevé	à un degré faible	
Âge			
15 - 19 ans	27,9	20,4	51,7
20 - 29 ans	39,7	20,7	39,6
30 - 39 ans	31,0	26,5	42,4
40 - 59 ans	21,7	30,4	47,9
État matrimonial			
Célibataires	33,0	21,6	45,4
En union	31,8	24,1	44,1
Veufs / séparés / divorcés	(32,4)	(34,5)	(33,0)
Résidence			
Port-au-Prince	31,5	27,2	41,3
Urbain	31,0	18,3	50,7
Rural	32,9	23,9	43,2
Instruction			
Aucune	38,2	18,4	43,4
Primaire	29,3	27,0	43,8
Secondaire / Supérieur	33,5	22,4	44,2
Emploi			
Aucun	30,5	20,7	48,8
Cadres	(28,2)	(32,3)	(39,5)
Vente / Services	(27,0)	(31,8)	(41,2)
Main d'oeuvre	(30,4)	(20,6)	(49,1)
Agriculteur	35,8	24,8	39,4
Religion²			
Catholique	37,2	23,0	39,8
Méthodiste, Adventiste...	19,7	26,6	53,8
Aucune	(26,1)	(20,9)	(53,0)
Nombre d'enfants			
Aucun	35,3	21,6	43,2
1 enfant	(40,6)	(29,4)	(30,0)
Plusieurs enfants	26,6	25,1	48,3
Ensemble	32,3	23,9	43,8

¹ Ne sont pas inclus 4 hommes qui n'ont jamais entendu parler du sida.

² Vaudou: échantillon de seulement 7 cas.

() Basé sur 25 à 49 cas.

Source : EMMUS-II, Haïti 1994-95.

Les enquêtés catholiques au comportement non sécuritaire ont davantage tendance à penser qu'ils sont à risque (tableau 6). Ceux des cultes réformés (méthodistes, adventistes...) perçoivent moins ce risque et quand ils y pensent ce risque est plutôt perçu comme "faible".

Le fait d'avoir des enfants ne semble pas influencer la perception du risque (tableau 6) : parmi les pères de famille nombreuse, 48 % n'estimaient pas courir de risque de contracter le sida; cette proportion étant légèrement plus faible chez les hommes sans enfant (43 %); par contre, 30 % des hommes ayant eu des rapports sexuels non protégés et qui avaient déjà un enfant au moment de l'enquête pensaient ne courir aucun risque.

6. DISCUSSION

Plusieurs études attestent que les relations sexuelles pré-nuptiales chez les hommes sont très fréquentes et que l'initiation débute tôt (dès l'adolescence parfois) et très souvent avec des personnes plus expérimentées. Les femmes aussi ont leur premier rapport aux environs de 17 ans. Les deux sexes sont ainsi exposés précocement à toutes sortes d'infections. Il apparaît que l'attitude consistant à prôner la chasteté avant de contracter une union serait quelque peu dépassée. Ainsi, il s'avère important d'intensifier l'éducation sexuelle des jeunes afin de leur permettre de faire des choix réfléchis et d'adopter des comportements responsables.

“Le fait de nier la sexualité des adolescents, soit en n'offrant aucune éducation appropriée, ou en offrant un programme qui ne reconnaît pas aux adolescents la possibilité d'avoir des relations sexuelles entraîne rarement une diminution de l'activité sexuelle” (Grunseit, 1994). Selon certains auteurs, “les conditions dans lesquelles surviennent les premières relations sexuelles auront de profondes implications sur le comportement sexuel à venir” (Caraël et al., 1992). On ne dispose pas de suffisamment données sur les circonstances dans lesquelles a lieu l'initiation à la sexualité en Haïti. Pour 84 % des femmes, leur premier partenaire était leur fiancé ou leur petit ami tandis que pour 46 % des hommes, il s'agissait “d'une amie.” (Cayemittes et al., 1989).

S'agissant du multipartenariat, la présente étude révèle que *les hommes non en union ont eu, en moyenne, plus d'une partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête et 14 % des hommes en union avaient, en général, plus d'une partenaire régulière.* Il semble que cette pratique semble très enracinée en Haïti puisque certains interviewés ont déclaré au cours d'une enquête qualitative effectuée en 1993 que “l'homme ne saurait vivre avec une seule partenaire” (Ullin et al., 1993). La multiplicité des partenaires s'est révélée un facteur important dans la transmission des MST et du sida. Aussi les programmes devraient-ils prendre en compte la fréquence de cette pratique en Haïti et mettre l'accent sur l'importance des relations sexuelles protégées, notamment par l'utilisation du condom.

Malgré la forte prévalence des MST (Cayemittes et Cayemittes, 1994), un niveau de connaissance élevé des MST (97 % des enquêtés), un taux de prévalence relativement bas des MST a été rapporté à l'EMMUS-II. Serait-ce dû au fait que les gens aient été asymptomatiques ou qu'ils aient eu peur de mentionner la survenue d'une MST, étant donné la honte dont ces maladies sont encore l'objet. Toutefois, une prévalence des MST plus élevée chez les veufs/séparés/ divorcés a été constatée; serait-elle due au choix des partenaires par les enquêtés qui ne sont pas actuellement en union, car, comme les célibataires, ils ont eu 2 partenaires sexuels et à peu près le même taux d'utilisation des préservatifs, ou serait-elle due à un niveau de connaissance plus élevé des MST?

Cependant, en dépit de la connaissance du condom comme méthode de planification familiale avant le début de l'épidémie de sida, malgré un niveau de connaissance élevé du préservatif (96,8 %), il subsiste toujours des disparités entre la connaissance et l'utilisation (32,6 %). En effet, le taux d'utilisation du condom, qui ne dépassait pas 16 % selon une étude menée par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) en 1989, n'a pas encore atteint le niveau permettant de ralentir de façon significative le taux de transmission du VIH (Cayemittes et Cayemittes, 1994).

Il n'est pas évident qu'un même degré de connaissance du préservatif entraîne automatiquement un même niveau d'utilisation. Différentes raisons ont été évoquées pour expliquer cette situation. Selon les propos recueillis par des groupes de femmes au cours d'une enquête qualitative entreprise par l'IHE en 1993, le condom posséderait beaucoup de défauts (inconfort, odeur désagréable, trop de graisse, diminution du plaisir ...) et ne serait pas dénué d'effets nocifs (cause de nausées, cancer). Les hommes eux, le perçoivent comme "un mal nécessaire" (Ullin et al., 1993). En Afrique subsaharienne, cette utilisation se heurte également à de nombreuses difficultés, telles l'opposition de certaines religions, la peur de l'impotence et de la stérilité, la subsistance de la suspicion de domination du Tiers Monde par les pays industrialisés, la diminution du plaisir (Pruel et al., 1991).

Ce sont les hommes les plus instruits et surtout les cadres qui ont eu l'activité sexuelle occasionnelle la plus élevée. L'enquête CAP menée en 1991 (Adrien et al., 1993) avait aussi révélé que les hommes les plus scolarisés et les mieux informés sur le sida étaient plus fréquemment impliqués dans des activités sexuelles susceptibles de propager l'infection. Au Sénégal, on retrouvait aussi, parmi les individus les plus exposés, les hommes de niveau secondaire ou supérieur, les cadres supérieurs et moyens en plus des étudiants, ouvriers et artisans.

La présente étude confirme aussi l'observation faite en Afrique subsaharienne (Caraël et al., 1992) : *les célibataires, veufs/séparés/divorcés ont des activités sexuelles qui les exposent davantage que les hommes en union au risque du sida.* L'hypothèse d'une plus grande fréquence des relations sexuelles occasionnelles chez les hommes de 20-29 ans n'est valable dans notre échantillon, que pour les hommes en union.

En Haïti, ce sont aussi les célibataires, veufs/séparés/divorcés qui utilisent davantage le condom lors de relations sexuelles occasionnelles. Le risque de contracter la maladie est-il alors plus élevé chez les hommes en union?

Chez ces derniers, les conclusions devraient être formulées avec une certaine réserve étant donné leur désir probable d'avoir des enfants. Des questions précises sur l'utilisation du condom devraient être posées: utilisent-ils le condom à chaque coït ou lors de rapports sexuels extra-conjugaux? La réponse à cette question permettrait peut-être d'observer, dans cette catégorie, un pourcentage légèrement plus élevé d'hommes qui adoptent un comportement sexuel sécuritaire surtout en dehors des relations conjugales afin de préserver leur foyer et continuer à procréer. À Kinshasa, 12 % des hommes mariés avaient utilisé le condom, mais moins de 2 % l'utilisaient régulièrement avec leur épouse (Pruel et al., 1991).

La présente étude analyse la perception du risque dans le cas de situations non protégées, c'est-à-dire en l'absence d'utilisation systématique de préservatifs : en dépit des campagnes d'éducation sur le sida, et du niveau de connaissance élevé de la maladie, *44 % des enquêtés ayant des relations sexuelles non protégées ont déclaré n'avoir aucune chance de contracter le virus du sida.*

Comme constaté en 1991 (Adrien et al., 1991), *les adolescents sont les plus nombreux à minimiser le risque de contracter le VIH.* On observe certes une meilleure perception du risque après 20 ans; mais les hommes âgés de plus de 40 ans au moment de l'enquête paraissent n'avoir pas été suffisamment sensibilisés sur ce risque, ou plutôt ils semblent l'ignorer.

D'après les résultats de notre analyse, ni l'état matrimonial ni le niveau d'instruction ne semblent influencer la perception du risque. Le statut marital jouerait plutôt un rôle déterminant dans l'adoption de pratiques sexuelles occasionnelles.

Par contre la perception du risque varie selon la résidence et la religion : ainsi parmi ceux ayant eu des rapports sexuels non protégés, les habitants du milieu rural ou métropolitain, les hommes de religion catholique perçoivent davantage le risque lié à leur comportement. Quels sont alors, les blocages qui nuisent à l'adoption de comportement sécuritaire? Est-ce le manque de disponibilité en préservatifs? S'agit-il de certaines réticences à l'utilisation du condom, de contraintes culturelles ou religieuses?

D'un autre côté il faudrait aussi se demander pourquoi les hommes habitant les villes de province, et ceux qui appartiennent à d'autres religions semblent avoir une perception moins aiguë du risque. Faudrait-il intensifier les campagnes d'éducation en milieu urbain? Sensibiliser les églises sur le risque lié aux relations sexuelles occasionnelles non protégées? Cette dernière proposition paraît difficile à réaliser quand on sait que le message le plus souvent véhiculé par les églises est la fidélité et l'initiation aux relations sexuelles seulement après le mariage, messages qui ne sont pas toujours suivis, comme nous l'avons constaté dans le tableau 5.

Enfin, il nous faut rappeler les propos de A. Adrien, M. Cayemittes et Y. Bergevin suite à l'enquête CAP 1991 : "Les comportements sexuels échappent aux seules lois de la rationalité, d'où l'importance de ne pas dissocier le niveau de connaissance des individus sur le sida, de leurs attitudes et croyances face à la sexualité et à la maladie en général".

7. CONCLUSION

Les résultats de cette étude viennent confirmer certaines assertions énoncées au cours d'autres travaux antérieurs, à savoir l'initiation précoce aux rapports sexuels des jeunes des deux sexes, la forte proportion de gens ayant des rapports prémaritaux, l'écart considérable entre la connaissance et l'utilisation du condom, la fréquence des relations sexuelles occasionnelles.

En outre, le fort pourcentage (14 %) d'hommes en union ayant plus d'une partenaire régulière mérite d'être relevé; le pourcentage d'utilisation du condom lors de rapports sexuels occasionnels n'est pas élevé. La faible prévalence des MST enregistrée pourrait ne pas traduire la réalité, au vu des résultats des enquêtes sérologiques menées en Haïti. Toutefois, la prévalence des MST chez les hommes en rupture d'union doit retenir l'attention.

L'état matrimonial semble, dans cette étude, être un facteur déterminant dans le changement de comportement. En effet, les hommes en union ont moins tendance à contracter des relations sexuelles occasionnelles; de plus, la prévalence des MST déclarées est moins élevée dans cette catégorie. Toutefois la survenue du Sida dans un couple a des conséquences considérables sur le foyer et l'avenir des enfants. Étant donné l'impact social et économique de cette maladie, à différents niveaux, les programmes devraient viser les hommes en union aussi bien que les célibataires, veufs/séparés/divorcés.

Jusqu'à aujourd'hui, aucun traitement contre le Sida n'a encore été découvert. Plusieurs essais sont à l'étude. La seule arme disponible à l'heure actuelle demeure la prévention; une prévention qui serait surtout axée sur l'utilisation systématique du condom lors des rapports sexuels.

Il faut voir que la prévention de la grossesse et des MST ont constitué les raisons justificatives de l'usage du condom, quelque soit le niveau matrimonial. En outre, la plus forte utilisation est observée chez ceux qui pratiquent davantage le multipartenariat, en l'occurrence les célibataires et les veufs/séparés/divorcés.

8. RECOMMANDATIONS

Étant donné la relation existant entre les MST et l'infection par VIH, démontrée par diverses études, la prévention des MST, un bon diagnostic et un traitement approprié seraient des atouts majeurs dans la prévention du VIH. Aussi les programmes devraient-ils:

- former le personnel médical et infirmier sur le diagnostic et le traitement adéquat de ces maladies,
- sensibiliser les gens sur le danger que représentent les MST y compris le sida,
- encourager les malades à se faire soigner en informant sur la disponibilité des services.
- formuler de nouvelles stratégies d'intervention pour une utilisation efficace du condom en prévention des MST et du sida, en tenant compte des obstacles psychologiques et culturels vis-à-vis du préservatif,
- inciter la population à subir le test du VIH avant de prendre la décision d'avoir des enfants.

Des initiatives conjointes émanant du programme de PF et de la lutte contre les MST et le sida devraient être prises pour encourager l'usage du préservatif puisqu'il cumule à lui seul deux fonctions et qu'un homme utilisant une autre méthode de PF doit avoir aussi des relations sexuelles protégées.

Briser les barrières dressées par les croyances et valeurs ne sera pas une entreprise aisée. Une information juste et éclairée, une éducation adaptée et non coercitive se révèlent, pour l'instant, les seules voies à poursuivre en attendant que d'autres études surtout sociologiques viennent apporter d'autres éléments de réponses.

Des recherches ultérieures pourraient être menées afin d'estimer la séroprévalence du VIH dans la population des sexuellement actifs; de déterminer la fréquence d'utilisation du condom lors de rapports sexuels extra-conjugaux; d'identifier de manière qualitative et quantitative les différents facteurs qui nuisent à l'adoption de comportement sexuel sécuritaire; d'étudier de concert avec la communauté, les hommes en particulier, les moyens de prévenir efficacement les maladies sexuellement transmissibles et le sida.

RÉFÉRENCES

- Adrien, A. et M. Cayemittes. 1991. *Le sida en Haïti: connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population*. Centre d'études sur le Sida DSC, Hôpital Général de Montréal, IHE, Université Mc Gill. Port-au-Prince, Haïti.
- Adrien, A., M. Cayemittes, et G. Thimothée. 1993. *Le sida en Haïti - connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population*. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Bureau de Coordination du programme National de Lutte contre le Sida, Haïti, Université Mc Gill Hôpital Général de Montréal, Institut Haïtien de l'Enfance, Port-au-Prince, Haïti.
- Bernard, Y.M. et B. Camara. 1994. *Résultats d'une étude de surveillance sérosentinelles. Prévalence du VIH, du VHB et de la Syphilis chez les femmes enceintes dans cinq sites*. Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) - Institut national de laboratoire et de recherche (INLR) - Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS). Port-au-Prince, Haïti.
- Bernard, Y.M., B. Camara, et A. Ferrus. 1994. *Prévalence du VIH, du VHB et de la syphilis chez les femmes enceintes dans cinq sites - résultats d'une surveillance sérosentinelles*. Institut Haïtien de l'Enfance - OPS/OMS, Port-au-Prince, Haïti.
- Bozon, M. 1993. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites. *Sexualité et Sciences Sociales - Population* No 5.
- Caldwell, J.C. 1995. Understanding the AIDS epidemic and reacting sensibly to it. *Social Science and Medicine* 41(3) : 299-302.
- Caraël, M., J. Cleland, J.C. Deheneffe et L. Adeokun. [1992]. Research on sexual behavior that transmits HIV: The GPA/WHO Collaborative Surveys-Preliminary findings. In *Sexual behavior and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*, ed. T. Dyson. Liège : Ordina. 65-87.
- Cayemittes, M., A. Augustin, et al. 1989. *Enquête Nationale Haïtienne sur la Contraception*. Institut Haïtien de l'Enfance.
- Cayemittes, M., C. Hankins, et J. Maynard. 1993. *Séroprévalence de l'infection au VIH-I chez les femmes qui viennent d'accoucher - Haïti 1991-1992*. Institut Haïtien de l'Enfance, Port-au-Prince, Haïti.
- Cayemittes, M., A. Rival, B. Barrère, G. Lerebours, M.A. Gédéon. 1995. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II), Haïti 1994/95*. Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
- Cayemittes, M., V. Cayemittes. 1994. *Sida et procréation - le point sur la recherche*. Institut Haïtien de l'Enfance, Port-au-Prince, Haïti.
- Chalumeau, Métellus E., B. Camara, P. Larco, et al. 1993. *Analyse épidémiologique des données du centre de transfusion de la Croix-Rouge Haïtienne de Port-au-Prince (1970-1992)*. Croix-Rouge Haïtienne - OPS/OMS. Port-au-Prince, Haïti.

- Conant, M., D. Hardy, J. Sernatinger, et al. 1986. Condoms prevent transmission of AIDS associated virus (lettre). *JAMA* 255:1706.
- Gaillard, E., G. Poumerol, B. Camara, et al. 1992. *Projections infections à VIH et sida*. Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS/OMS), Family Health International (FHI) - Port-au-Prince, Haïti.
- Grunseit, A. 1994. Young people and sex/HIV education: the debate continues..... *Promotion Education* 1(2) : 21-3, 46.
- Liautaud, B., J.W. Pape, et M. Pamphile. 1988. *Le sida dans les Caraïbes*. 37e congrès de la Société de Pathologie Infectieuse de langue française - Paris Med et Maladies Infectieuses - 1988. Spécial décembre: 687-697.
- Liautaud, B., L.R. Mellon, J. Denizé-Vieux, et al. 1992. *Preliminary data on sexually transmitted diseases (STDs) in Haïti*. 8th International conference on AIDS/Haïti STD Congress, Amsterdam, 1992 [Programs and abstracts (2) b:228]
- Messersmith, L.J., T.T. Kane, A.I. Odebiyi, et A.A. Adewuyi. 1994. Patterns of sexual behaviour and condom use in Ile-Ife, Nigéria: implications for AIDS/STD prevention and control. *Health Transition Review*. Supplement to volume 4, pp. 197-216.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. 1990. Programme National de lutte contre le Sida. Unité de coordination des programmes prioritaires. *Bulletin épidémiologique*. Numéro 1, décembre.
- Mundigo A.I. 1995. Men's roles, sexuality, and reproductive health. International Lectures Series on Population Issues, The John D. and Catherine MacArthur Foundation, São Paulo, Brazil, July.
- Nations Unies. 1990. *Monographies sur les politiques de population: Haïti - politique de population*. Document No 25.
- Pape, J.W., J. Waren, et al. 1988. Epidemiology of AIDS in the Caribbean. *Clinical Tropical Medicine and Communicable disease*. 3(1).
- Piot, P. et S. Cherney. 1995. La lutte contre le VIH/Sida: élargir le champ d'action. *Cahiers Santé* 5(5) : 271-3.
- Pruhal, A., S. Chacko, et D. Koch-Weser. 1991. Sexual behaviour, AIDS and poverty in sub-Saharan Africa. *International Journal of STD and AIDS* 2(1) : 1-9.
- Ullin, P.R., M. Cayemittes, et E. Métellus. 1993. *Écart entre les connaissances et le changement de comportement dans le domaine du Sida. Rôle des femmes haïtiennes et pouvoir de décision en matière sexuelle*. Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) - AIDSTECH/FHI. Port-au-Prince, Haïti.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA
CONTRACEPTION CHEZ LES HOMMES ET
CONCORDANCE EN MATIÈRE DE
PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN
DES COUPLES AU SÉNÉGAL, 1992-1993**

GAYE Aliou
Démographe à la Direction de la Prévision et de la Statistique

NDIAYE Mamadou
Démographe à la Direction de la Prévision et de la Statistique

Dr CAMARA Marie Antoinette
Gynécologue à l'Hôpital Aristide Le Dantec

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

decembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	163
LISTE DES GRAPHIQUES	165
RÉSUMÉ	167
1. INTRODUCTION	169
2. CONTEXTE	170
3. REVUE DE LA LITTÉRATURE	171
4. DISCUSSION DES DONNÉES ET DES MÉTHODES	173
4.1 Méthodologie de l'enquête	173
4.2 La collecte de l'information sur la contraception	173
4.3 Choix des variables socio-économiques et démographiques	173
4.4 Caractéristiques socio-économiques et démographiques	174
5. TENDANCE DE LA FÉCONDITÉ, DE LA CONNAISSANCE ET DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES AU SÉNÉGAL	175
6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	177
6.1 Connaissance des méthodes contraceptives par les hommes et les femmes	177
6.2 Utilisation passée de la contraception	183
6.3 Utilisation actuelle de la contraception	187
6.4 Raisons de non utilisation de la contraception chez les hommes	190
6.5 Discussion de la planification familiale au sein du couple	192
6.6 Accord entre conjoints sur l'utilisation de la contraception	193
6.7 Besoins non satisfaits en matière de contraception chez les hommes	193
7. DISCUSSION DES DONNÉES	196
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	197
RÉFÉRENCES	199
ANNEXE	201

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Répartition des hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Sénégal 1992-93	174
Tableau 2	Tendance des taux de fécondité par âge et de l'indice synthétique de fécondité, Sénégal 1978, 1986 et 1992-93	175
Tableau 3	Tendance de la connaissance et de l'utilisation passée de la contraception chez les femmes, Sénégal 1986 et 1992-93	176
Tableau 4	Connaissance de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence, Sénégal 1992-93	177
Tableau 5a	Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93	179
Tableau 5b	Connaissance de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93	181
Tableau 6	Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93	182
Tableau 7	Utilisation passée de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence, Sénégal 1992-93	183
Tableau 8a	Nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées par les hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93	184
Tableau 8b	Nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées par les femmes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93	185
Tableau 9	Nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées par les hommes selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93	186
Tableau 10	Pourcentage d'hommes utilisant actuellement une méthode contraceptive quelconque selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93	188
Tableau 11	Pourcentage d'hommes utilisant actuellement une méthode contraceptive quelconque selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93	189
Tableau 12	Principales raisons de non utilisation de la contraception par les hommes n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Sénégal 1992-93	190

	Page
Tableau 13	Discussion de la planification familiale par les hommes avec leurs épouses ou leurs partenaires selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Sénégal 1992-93 192
Tableau 14	Répartition (en %) des couples selon les réponses concordantes entre hommes et femmes sur l'utilisation actuelle de méthodes contraceptives, Sénégal 1992-93 .. 193
Tableau 15	Expression des besoins en matière de planification familiale des hommes selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93 194
Tableau A	Comparaison de la connaissance et de l'utilisation de la contraception dans certains pays d'Afrique Sub-Saharienne et à Haïti 201

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 1	Connaissance et utilisation de la contraception par les hommes, Sénégal 1992-93 178
Graphique 2	Raisons de non utilisation de la contraception chez les hommes, Sénégal 1992-93 191
Graphique 3	Principales raisons de non utilisation de la contraception parmi les hommes n'ayant pas l'intention d'utiliser la PF, Sénégal 1992-93 194
Graphique 4	Besoins non satisfaits des hommes en matière de planification familiale, Sénégal 1992-93 195

RÉSUMÉ

Les effets de la crise économique et le niveau élevé de la fécondité ont conduit le Sénégal à prendre d'importantes mesures pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi qu'une politique de population a été élaborée avec, pour objectif, de résoudre les problèmes démographiques en respectant le droit des individus et des couples à choisir la taille de leur famille. La planification familiale, l'un des outils de cette politique, s'adressait davantage aux femmes, alors que dans la plupart des sociétés africaines les hommes jouent un rôle dominant dans la prise de décision relative à la fécondité et à la planification familiale.

Bien que la connaissance des méthodes contraceptives soit élevée chez les hommes, leur utilisation reste cependant très faible. On a constaté que les hommes du milieu urbain connaissent plus les méthodes contraceptives que ceux du milieu rural. Par ailleurs, plus le niveau d'instruction est élevé et plus la connaissance et l'utilisation des méthodes augmentent.

Les principales raisons pour lesquelles certains hommes n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive sont le désir d'autres enfants, les interdits religieux, le manque d'informations et le fatalisme.

Il apparaît que 79 % des hommes n'ont jamais discuté de planification familiale avec leurs épouses ou partenaires. On constate par ailleurs que les hommes du milieu urbain discutent beaucoup plus de la planification familiale avec leurs épouses ou partenaires. La discussion en matière de planification familiale est aussi plus fréquente au sein des unions monogames.

Cependant, malgré le faible niveau d'utilisation de la contraception, des besoins ont été exprimés par 12 % des hommes, soit pour limiter les naissances (4 %), soit pour espacer (8 %).

1. INTRODUCTION

Conformément aux recommandations du programme d'action de Kilimandjaro (UN/CEA, 1984), le Sénégal a adopté, en 1988, une politique de population. L'objet de cette politique consiste à résoudre les problèmes démographiques considérés par les pays africains comme une entrave à leur développement. Entre autre principes, la politique de population se fonde sur : (1) le respect du droit des individus et des couples à choisir la taille de leur famille et à maîtriser leur fécondité; (2) l'appel à la responsabilité des individus en tant qu'époux et parent concernant leurs enfants et les exigences du développement national; (3) la nécessité de considérer que la population est un élément fondamental dans les stratégies et plans de développement et que le Sénégal a le droit, et le devoir, de résoudre ses problèmes démographiques, ainsi que la nécessité de la recherche d'un large consensus dans sa définition et l'application de ses objectifs.

L'objectif d'améliorer la qualité de la vie et de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population se fera par une approche globale des problèmes de population et, dans ce contexte, la planification familiale ne constitue qu'une composante de cette Politique Nationale de Population (PNP).

Cette politique, qui se veut volontariste, s'appuie sur des mesures stratégiques visant, entre autres, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, un des aspects de la santé reproductive. Des efforts importants ont été faits dans ce sens et des recherches sont en vue afin de préserver l'harmonie de la cellule familiale en la revalorisant en tant que cadre idéal d'éducation, de concertation et de dialogue entre hommes et femmes et entre parents et enfants.

Cependant, les traditions sociales, malgré les mutations lentes mais en cours, ne facilitent pas toujours ce dialogue, surtout entre conjoints. Le manque important de communication mérite d'être mieux étudié ainsi que les caractéristiques et le profil des couples chez qui la communication est quasiment inexistante. Ceci permettra de mieux les connaître afin de pouvoir dégager les stratégies susceptibles d'instaurer une bonne communication entre partenaires familiaux.

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1992-93 du Sénégal, portant sur 6 310 femmes de 15 à 49 ans, 1 436 hommes de 20 ans et plus et 789 couples, constituent une source inestimable d'informations.

Les thèmes que l'on pourrait développer à partir de ces données de base sont nombreux et variés.

La santé de la reproduction, et en particulier la planification familiale, semblent avoir été jusqu'ici "l'affaire" des femmes. Les raisons de cette orientation en direction des femmes peuvent s'expliquer par les dangers liés aux grossesses multiples et par la décision politique de nombreux pays en développement d'intégrer les services de PF dans les centres de consultation de soins de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Cette orientation, aussi justifiable soit-elle, a eu pour effet "d'exclure les hommes de nombreux programmes, soit délibérément, soit par défaut" (FHI, 1992).

Il est évident qu'à l'heure actuelle, la planification familiale ne doit plus être l'exclusivité des femmes, surtout dans nos régions où leur santé génésique dépend fortement des hommes. En effet, comme dans la plupart des sociétés africaines, les hommes jouent un rôle important et dominant dans la prise de décision relative à la fécondité et à la planification familiale (FHI, 1992). C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de traiter la connaissance, l'utilisation passée et actuelle des méthodes contraceptives chez les hommes, les femmes et au sein du couple.

Cette étude devrait mettre à la disposition du programme national de santé maternelle et infantile/planification familiale les informations complémentaires lui permettant de mieux identifier les besoins en vue d'une action rapide et efficace et ainsi de mieux orienter son choix en ce qui concerne les populations à cibler.

2. CONTEXTE

Le Sénégal est situé dans la zone Soudano-Sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au nord par la Mauritanie, au sud par la République de Guinée et la Guinée-Bissau, à l'est par le Mali et à l'ouest par l'Océan Atlantique.

Au plan administratif, le Sénégal est constitué de 10 régions et 90 départements divisés en arrondissements qui sont scindés en communautés rurales constituées par des villages.

Au Recensement Général de la Population et de Habitat de 1988, la population sénégalaise était estimée à 6 896 808 habitants. La population sénégalaise est inégalement répartie. La région de Dakar, qui abrite la capitale du Sénégal, représente 0,3 % du territoire national et regroupe 22 % de la population. Ce phénomène s'explique par le fait que c'est la région qui absorbe la plus grande partie de la migration interne et internationale. L'importance relative de la population de Dakar a connu une croissance spectaculaire: sa part dans la population nationale est passée de 14 % en 1960¹ à 22 % en 1988. Cette même région regroupe 80 % de la population urbaine du Sénégal. Il faut également noter que le phénomène d'urbanisation a été très rapide au Sénégal. En effet, la proportion de la population urbaine est passée de 34 % en 1976 à 39 % en 1988, d'où un accroissement moyen annuel de 3,8 %.

L'économie sénégalaise est principalement dominée par l'agriculture². Elle occupe plus de 80 % de la population active. La principale culture (l'arachide) représente, à elle seule, 42 % des terres arables et occupe près de 70 % de la population active.

Le Sénégal, à l'instar des pays en voie de développement, notamment ceux d'Afrique au Sud du Sahara, se trouve confronté à des problèmes de croissance démographique. Le taux d'accroissement de la population est de 2,7 % pour la période de 1976-1988. Cette forte croissance est induite par une forte fécondité et une mortalité en baisse. Le Sénégal est caractérisé par l'extrême jeunesse de sa population : 58 % de moins de 20 ans.

Les principaux groupes ethniques sont: les Wolof (49 %), les Poular³ (22 %) et les Serrer (13 %).

Le niveau d'analphabétisme reste encore élevé et l'écart entre la scolarisation masculine et féminine est important.

Le Sénégal, à plus de 90 % musulman, reste fortement attaché à ces traditions. En effet, les croyances religieuses, les valeurs et pratiques traditionnelles sont encore vivaces dans la société sénégalaise et suscitent des interprétations diverses sur la planification familiale. La fécondité occupe une place importante dans le système des valeurs où l'enfant continue d'être une valeur et un symbole.

¹ Voir Bulletin de liaison de l'I.F.O.R.D., No 52-53, Novembre-Décembre 1986; Mars-Avril 1987, page 5.

² Les principales productions agricoles sont: l'arachide, le mil, le sorgho, le riz, le maïs et le niébé (haricot).

³ On trouve dans ce grand groupe les Peulh, les Toucouleur et les Laobé.

Le Sénégal, à l'instar des autres pays de la sous-région, n'a pas été épargné par les crises économiques des années 80. Ces crises conjuguées à la croissance démographique rapide ont suscité une prise de conscience au niveau des gouvernants et décideurs politiques qui ont compris qu'une croissance rapide de la population pourrait avoir des effets néfastes sur le développement.

Le Sénégal, par l'abrogation, en 1980, de la loi de 1920 interdisant la propagande contraceptive, a montré sa volonté de promouvoir les services de PF. À l'instar des autres pays africains, le Sénégal a adopté un programme national de planification familiale (PNPF). Ce programme comporte plusieurs volets; celui de l'espacement des naissances constitue l'un des plus importants de la politique d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Sakho, 1994).

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La population africaine au sud du Sahara augmente plus rapidement que nulle part ailleurs. Le taux d'accroissement annuel moyen est de l'ordre de 3 % par an.

Le Sénégal, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,9 %, devra investir une bonne part de son PNB pour maintenir simplement la qualité de vie au même niveau. Le contrôle de la fécondité devient une urgence pour les pays en développement (Diadiou., 1992). Les décideurs politiques ont compris que les programmes de PF sont nécessaires pour réduire l'accroissement de la population et beaucoup d'entre eux considèrent la PF comme des moyens réels pour améliorer la santé maternelle et infantile. Selon le Dr Diadiou, la contraception et le traitement de l'infécondité sont des composantes indissociables de la planification familiale.

Néanmoins, tout en restant encore à un niveau élevé, surtout au Sud du Sahara, la fécondité a quand même enregistré une légère baisse. Le recours croissant à la contraception est sans conteste le principal déterminant de la baisse actuelle de la fécondité dans les pays en développement. Cette idée semble se vérifier au Sénégal où l'ISF⁴ est passé de 7,1 en 1978 à 6,0 enfants par femmes en 1992-93, alors que la prévalence contraceptive (toutes méthodes) a évolué, dans la même période de 4 % à 7 % pour l'ensemble des femmes.

En Afrique, la différence entre la connaissance et l'utilisation de la contraception met en évidence le faible niveau d'acceptation de la PF. La promotion de la PF dans les années 90 devra être plus efficace. Pour cela, les services de PF doivent être géographiquement et économiquement accessibles pour la majorité de la population. Les programmes devraient aussi être physiquement et psychologiquement mieux adaptés aux utilisateurs en s'appuyant sur les membres de la communauté pour la fourniture des services et l'information dans la population. Toutefois, le nombre important d'agents nécessaires serait l'inconvénient majeur. Mais, comme l'a souligné Diadiou, cela aurait l'avantage, entre autres, de permettre l'extension des services jusque dans les zones les plus lointaines et d'atténuer les tensions liées à l'obtention et à l'utilisation de la contraception, notamment quand la contraception moderne n'est pas encore largement acceptée.

Jusqu'à une période récente, la PF était essentiellement considérée comme l'affaire des femmes. La faible prévalence contraceptive a conduit à envisager l'influence des hommes sur l'utilisation ou la non utilisation de la contraception et à se pencher sur la manière dont s'exerce cette influence? Les données de l'Enquête Démographique et de Santé et les "recherches de groupes d'expression" ont montré qu'au Ghana,

⁴ L'ISF (Indice Synthétique de Fécondité) permet d'estimer le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde, si on lui appliquait les taux de fécondité par âge observés au moment de l'enquête.

par exemple, c'est le mari qui, d'ordinaire, prend effectivement les décisions en matière de fécondité et qu'en général, la femme n'a guère d'influence sur l'attitude du mari à l'égard de la PF et de son idéal de fécondité⁵. En cas de désaccord sur l'emploi de la PF, la préférence de l'homme l'emporte généralement. Comme cela a été constaté au Burkina Faso, "les hommes pensaient que les femmes ignoraient tout du planning familial et y étaient généralement opposés. Et puisque les femmes pensent la même chose des hommes, cela pose un vrai problème de communication." (Perspectives Internationales sur le Planning Familial, N° spécial de 1989).

En Afrique, les hommes, comme les femmes, ont un rôle clairement défini qui change en fonction de l'âge. Ce rôle est souvent affecté par le contexte socio-culturel. Or, les services de PF, comme la recherche en matière de PF, étaient davantage orientés en direction des femmes bien que l'homme ait une influence égale ou plus grande sur les décisions de procréer, en accord avec le contexte culturel. Ainsi, certains thèmes de recherche se sont intéressés, entre autres, à la connaissance et à la pratique contraceptive des hommes. La décision d'utiliser la contraception pour espacer les naissances ou de choisir une méthode spécifique peut dépendre de la préférence de l'homme, de la femme ou des deux. Cependant, quelles sont les méthodes qui sont considérées comme acceptables par les hommes pour eux-même ou leurs épouses/partenaires?

C'est dans ce cadre que "Le rôle de l'homme dans la PF et la santé reproductive" a été retenu comme thème d'étude par le Programme Spécial de Recherche, Développement et Recherche-action, conjointement financé par le FNUAP, l'OMS et la Banque Mondiale (1996), sur la reproduction humaine pour dégager le contenu, les besoins et les perspectives du programme pour la période 1994-95.

Dans les dernières enquêtes démographiques et de santé qui ont été réalisées dans certains pays africains dont le Sénégal, des questions ont été posées aussi bien aux femmes qu'aux hommes. Ces enquêtes, rendues comparables, ont permis de dégager certaines caractéristiques des pays d'Afrique de l'Ouest, notamment une fécondité plus élevée, une taille idéale de la famille plus importante et un plus faible niveau d'utilisation de la contraception que dans les autres régions.

En Afrique, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives par les hommes se situe au-dessus de 65 %, atteignant même 90 à 95 % en Afrique de l'Est et du Nord. En Afrique de l'Ouest, les niveaux d'approbation de la PF sont très variables et se situent, par exemple, au-dessous de 50 % au Cameroun, au Mali et au Sénégal, alors qu'en Tanzanie et au Pakistan, ils sont supérieurs à 70 % (respectivement, 78 % et 72 %). De même, le niveau d'utilisation actuelle de la contraception y varie entre 2 % au Mali et 20 % au Cameroun. Le Ghana fait exception en Afrique avec 34 % des maris utilisant une méthode contraceptive (Ezeh et al., 1996).

Dans certains pays hors d'Afrique de l'Ouest, les hommes et les femmes ont déclaré la même taille idéale de la famille à l'exception de la Tanzanie. Alors que presque partout ailleurs en Afrique de l'Ouest, les hommes désirent plus d'enfants que les femmes (Ezeh et al., 1996).

Comme les femmes, les hommes aussi ont des besoins non satisfaits en matière de PF. En effet, au Burundi, au Ghana, au Kenya, au Pakistan et en Egypte, les EDS ont montré que plus de la moitié des hommes approuvent la PF mais que très peu d'entre eux utilisent une méthode contraceptive. En outre, d'autres études ont constaté que les hommes veulent être mieux informés au sujet des services de santé

⁵ Cf Population Report, N°12, 1989, page 18.

reproductive, y compris la PF et les MST⁶. Pour parvenir à satisfaire ces besoins, il faudrait d'abord surmonter les obstacles à la promotion des services de PF, obstacles qui peuvent être d'ordre politique, administratif, institutionnel, religieux et culturel.

4. DISCUSSION DES DONNÉES ET DES MÉTHODES

4.1 Méthodologie de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-II) a été réalisée en 1992-1993 par la Direction de la Prévision et de la Statistique du Sénégal. Cette étude, faisant suite à l'EDS-I de 1986, a permis d'actualiser les informations sur la fécondité et ses déterminants, la santé de la mère et de l'enfant, et la mortalité infanto-juvénile. En outre, l'EDS-II a permis de disposer pour la première fois au niveau national d'informations sur la nutrition des mères, la mortalité maternelle, les MST y compris le sida et sur les déterminants de la fécondité des hommes.

L'EDS-II est une enquête par sondage auto-pondérée et représentative au niveau national dont la base de sondage est constituée par l'échantillon maître construit à partir des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988⁷.

La taille de l'EDS-II est constituée de 3 528 ménages au sein desquels 6 310 femmes de 15 à 49 ans et 1 436 hommes de 20 ans et plus ont été interviewés.

Les taux de réponse ont été de 99,0 % pour les ménages, 95,0 % pour les femmes et 84,8 % pour les hommes. La forte mobilité masculine est sans nul doute le facteur qui détermine le plus le niveau du taux de réponse chez les hommes.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéresserons à l'ensemble des hommes de 20 ans et plus.

4.2 La collecte de l'information sur la contraception

Au moment de l'enquête, on a demandé à tous les hommes et femmes s'ils connaissaient spontanément ou après description des moyens (ou méthodes contraceptives) leur permettant d'éviter ou de retarder une grossesse. Si éventuellement, une méthode était déclarée connue, on posait la question suivante : "Avez-vous, vous/votre (vos) partenaire (s) déjà utilisé cette méthode?" Ces deux types de questions ont permis de déterminer le niveau de connaissance actuelle et de l'utilisation passée de la contraception.

À ceux qui ont eu à utiliser, au moins, une méthode dans le passé, on a demandé s'ils utilisaient actuellement une méthode quelconque et laquelle.

4.3 Choix des variables socio-économiques et démographiques

L'analyse des niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception, tant passés que présents, peut cacher certaines disparités. Pour mettre en évidence les différences entre sous-groupes, un certain

⁶ Cf Population Reports, Série M, N° 12.

⁷ Pour plus de détails, voir le Rapport National d'Analyse de l'EDS-II de 1992/93 du Sénégal, pages 5-6.

nombre de variables socio-économiques et démographiques susceptibles d'avoir un impact sur le comportement des hommes et des femmes en matière de planification familiale ont été choisis. Parmi ces variables, on peut citer le lieu de résidence, l'instruction, l'âge et le type d'union.

4.4 Caractéristiques socio-économiques et démographiques

Le tableau 1 donne la répartition des hommes selon certaines caractéristiques. Les données de ce tableau montrent que 54 % des hommes ont moins de 40 ans et 17 % ont plus de 60 ans.

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que la plus grande partie des hommes interviewés habitent en milieu rural (57 %). Selon la région de résidence, les régions Ouest et Centre regroupent près de 73 % des hommes enquêtés.

Concernant la situation matrimoniale, on constate que 66 % des hommes sont mariés, 31 % sont célibataires et 3 % sont veufs ou divorcés. Au Sénégal, la monogamie est la forme d'union la plus fréquente, elle concerne 41 % de l'ensemble des hommes et près de 62 % des mariés.

L'échantillon hommes de l'EDS-II est principalement constitué par les Wolof (38 %), les Poular (23 %) et les Serer (18 %). Par ailleurs, selon le niveau d'instruction, dans l'ensemble, près de 69 % des hommes n'ont pas fréquenté l'école, 16 % ont un niveau primaire et 16 % ont, au moins, atteint le niveau secondaire. Ces résultats semblent mettre en relief un niveau d'analphabétisme assez important au Sénégal.

Tableau 1 Répartition des hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Pourcentage	Effectif
Âge		
20-24	17,8	256
25-29	14,1	202
30-34	10,9	156
35-39	10,9	156
40-44	11,6	166
45-49	5,9	85
50-54	5,3	76
55-59	6,9	99
60-64	5,5	79
65+	11,2	161
Milieu de résidence		
Urbain	43,2	621
Rural	56,8	815
Région de résidence		
Ouest	38,9	559
Centre	34,0	488
Sud	11,8	170
Nord-Est	15,3	219
Niveau d'instruction		
Aucun	68,7	986
Primaire	15,5	222
Secondaire ou plus	15,9	228
Situation matrimoniale		
Célibataire	31,0	445
Marié	65,6	941
Veuf	1,3	19
Divorcé	2,2	31
Type d'union		
Non marié	34,5	496
Monogame	40,9	587
Polygame	24,6	353
Ethnie		
Wolof	37,7	541
Poular	23,2	333
Serer	17,6	253
Mandingue	9,1	130
Aut. Sénégalais	8,8	126
Non Sénégalais	3,5	50
Indéterminé	0,2	3
Activité économique		
Sans emploi	7,5	107
Cadres, employés	8,8	126
Vendeurs	9,1	130
Agriculteurs	43,9	630
Services	2,0	29
Ouvriers	26,3	378
Indéterminé	2,5	36
Nombre d'enfants vivants		
0	33,8	486
1	8,8	127
2-4	21,7	317
5-7	17,9	257
8 ou plus	17,5	251
Indéterminé	0,2	3
Nombre idéal d'enfants		
2-4	16,0	230
5-6	18,5	265
7-9	10,3	148
10 et +	24,8	356
Réponses non-numériques	29,7	427
Indéterminé	0,7	10
Total	100,0	1 436

L'étude des résultats sur l'activité économique révèle que plus de deux hommes sur cinq (44 %) travaillent dans l'agriculture et plus d'un homme sur quatre (26 %) est ouvrier.

La plus grande partie des hommes enquêtés ont, au moins, un enfant vivant (66 %) et, parmi eux 54 % ont plus de 5 enfants. Enfin, il faut noter que la proportion d'hommes ayant déclaré un nombre idéal d'enfants inférieur à 4 est de 16 % et que la proportion de ceux ayant donné une réponse non-numérique est de 30%. Cependant, parmi les hommes ayant donné une réponse numérique 50 % ont déclaré un nombre idéal supérieur à 7 enfants.

5. TENDANCE DE LA FÉCONDITÉ, DE LA CONNAISSANCE ET DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES AU SÉNÉGAL

Au Sénégal, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 6,0 enfants par femme (tableau 2). Ce niveau de fécondité, considérée comme élevé, est néanmoins le résultat d'une baisse continue de la fécondité depuis 1978. En effet, tous les taux de fécondité sont en baisse progressive depuis 1978, quel que soit l'âge des femmes, à l'exception du groupe des 45-49 ans.

Tableau 2 Tendence des taux de fécondité par âge et de l'indice synthétique de fécondité, Sénégal 1978, 1986 et 1992-93

Groupe d'âges	Taux de fécondité par âge			% de changement entre :		
	EFS 1978	EDS-I 1986	EDS-II 1992-93	1978/1986	1986/1992-93	1978/1992-93
15-19	189	159	127	-15,9	-20,1	-32,8
20-24	304	279	250	-8,2	10,4	-17,8
25-29	332	278	286	-16,3	-4,3	-19,9
30-34	265	261	244	-1,5	-6,5	-7,9
35-39	197	199	185	+1,0	-7,0	-6,1
40-44	108	107	99	-0,9	-7,5	-8,3
45-49	34	40	(34)	+17,6	-15,0	0,0
ISF (15-49)	7,15	6,62	6,03	-7,4	-0,9	-15,7

Source: Rapport de l'EDS-II de 1992-93, page 30.

En terme de pourcentage de changement selon les périodes, les baisses sont de plus en plus sensibles au fur et à mesure que l'on se rapproche de la période actuelle (moment de l'enquête), surtout pour les femmes de moins de 30 ans. Ainsi, l'ISF reflète-t-il ces changements, car on observe qu'il baisse de presque 16 % entre 1978 et 1992-93 passant de 7,15 à 6,0 enfants par femme. À quoi cette baisse est-elle due?

La baisse de la fécondité constatée peut s'expliquer par le développement, l'introduction et l'utilisation croissante de méthodes contraceptives modernes. En effet, même si le niveau de connaissance des méthodes contraceptives (traditionnelles et ensemble) a connu globalement une baisse de 17 % pendant

la période 1986-1992/93, passant de 90 % à 74 %⁸, le pourcentage de femmes connaissant, au moins, une méthode contraceptive moderne n'a cessé d'augmenter durant la période, quelle que soit la méthode, à l'exception de la stérilisation féminine (tableau 3). Entre 1986 et 1992-93, l'accroissement de la connaissance des méthodes modernes est plus important pour le DIU, les injections, les méthodes vaginales, le condom et, dans une moindre mesure, pour la pilule.

Le tableau 3 permet également de constater que même si l'utilisation des méthodes contraceptives suit la même tendance que la connaissance, elle demeure à un niveau très en deçà de celui de la connaissance. Cependant, de 1986 à 1992-93, on constate une augmentation du niveau d'utilisation de la pilule (3 % contre 6%), du condom (2 % contre 4 %) du DIU (1 % contre 3%) et des injectables (0,3 % contre 0,6 %) Cependant, l'écart entre connaissance et utilisation demeure encore important, quelle que soit la méthode. Les écarts semblent se creuser entre 1986 et 1992-93 pour pratiquement l'ensemble des méthodes modernes, exceptée la stérilisation féminine.

Tableau 3 Tendances de la connaissance et de l'utilisation passée de la contraception chez les femmes, Sénégal 1986 et 1992-93

Méthode contraceptive	Connaissance			Utilisation passée		
	EDS-I 1986	EDS-II 1992-93	Change- ment 1986/ 1992-93	EDS-I 1986	EDS-II 1992-93	Change- ment ¹ 1986/ 1992-93
Toutes méthodes	89,8	74,2	-17,4	32,6	15,4	-52,8
Toutes méthodes modernes	69,2	70,6	+2,0	6,3	10,2	+61,9
Pilule	53,7	63,3	+17,9	3,0	6,1	+103,3
DIU	31,5	44,9	+42,5	1,3	2,8	+115,4
Injectables	28,0	39,6	+41,4	0,3	0,6	+100,0
Méthodes vaginales	10,5	13,7	+30,5	0,8	1,0	+25,0
Condom	31,9	42,5	+33,2	1,7	3,6	+111,8
Stérilisation féminine	56,0	47,6	-15,0	0,2	0,3	+ 50,0
Toutes méthodes traditionnelles	86,4	47,6	-44,9	29,2	8,8	-69,9
Contenance périodique	19,2	23,4	+21,9	3,8	3,3	-13,2
Retrait	13,9	15,3	+10,1	1,4	1,3	-7,1
Gris-gris	85,2	33,9	-60,2	4,3	3,7	-14,0
Abstinence	77,1	2,2	-97,1	23,5	1,6	-93,2
Autre	1,2	0,8	-33,3	0,3	0,1	-66,7

¹ Variation relative entre 1986 et 1992-93

Source : Rapport de l'EDS-I, pages 43-50, et de l'EDS-II, pages 40-44.

⁸ Précisons ici que lors de la première enquête EDS de 1986, des questions spécifiques relatives à la connaissance et à l'utilisation de l'abstinence et des gris-gris ont été posées aux femmes et aux hommes. À l'enquête 1992-93, aucune question spécifique n'a été posée au sujet de ces deux "méthodes". De ce fait, en 1986, le niveau de connaissance, d'utilisation à un moment quelconque et d'utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelle et de l'ensemble des méthodes est sur-évalué par rapport à celui de 1992-93. La baisse que l'on peut constater dans les niveaux de connaissance et d'utilisation des méthodes traditionnelles et de l'ensemble des méthodes est donc tout à fait artificielle.

6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

6.1 Connaissance des méthodes contraceptives par les hommes et les femmes

Les hommes et les femmes sont doublement concernés par le niveau de fécondité : ils le sont en tant que partenaires et en tant que parents responsables. Mais y-a-t-il des différences de comportement entre hommes et femmes vis-à-vis de la connaissance et de la pratique contraceptive?

Il est bon de rappeler qu'aussi bien à l'EDS de 1986 qu'à l'EDS de 1992-93, la connaissance a été étudiée en combinant la connaissance spontanée et celle après description de la méthode par l'enquêteur.

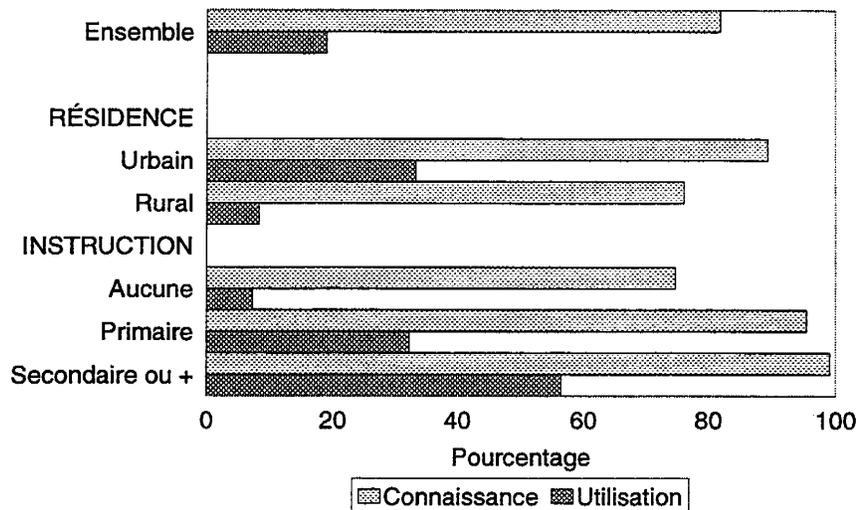
Au niveau des hommes, le niveau de connaissance (tableau 4 et graphique 1), surtout des méthodes modernes, est élevé, puisque 77 % d'entre eux connaissent, au moins, une méthode moderne; par ailleurs, 5 % des hommes ne connaissent que des méthodes traditionnelles. Environ 82 hommes de 20 ans ou plus sur cent connaissent, au moins, une méthode quelconque de contraception (moderne ou traditionnelle) et seulement 18 % ne connaissent aucune méthode.

Les hommes du milieu urbain sont mieux informés que leurs homologues du milieu rural sur les méthodes contraceptives, puisqu'en milieu urbain, 89 % des hommes connaissent, au moins, une méthode de contraception contre 76 % en milieu rural. Il en va de même pour les femmes, avec cependant un niveau de connaissance légèrement moins important, quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 4 Connaissance de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence, Sénégal 1992-93

Connaissance	Hommes			Femmes		
	Rural	Urbain	Ensemble	Rural	Urbain	Ensemble
Ne connaît aucune méthode	23,9	10,6	18,2	35,3	12,4	25,8
Connaît uniquement des méthodes traditionnelles	6,8	1,5	4,5	5,5	1,0	3,7
Connaît au moins une méthode moderne	69,3	87,9	77,4	59,1	86,6	70,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de cas	815	621	1436	3 675	2 635	6 310
Méthode						
Pilule	55,6	75,6	64,3	51,3	80,0	63,3
DIU	26,9	59,2	40,9	26,2	70,9	44,9
Injectables	33,5	41,8	37,1	24,8	41,4	31,8
Diaphragme	10,0	30,2	18,7	7,0	23,0	13,7
Condom	48,6	80,2	62,2	25,2	66,6	42,5
Stérilisation féminine	42,7	65,1	52,4	36,8	62,7	47,6
Stérilisation masculine	10,3	24,4	16,4	3,7	7,3	5,2
Contenance périodique	22,2	55,7	36,7	13,1	37,8	23,4
Retrait	22,4	45,0	32,2	9,9	22,8	15,3
Autres méthodes	0,5	1,3	0,8	0,7	1,0	0,8
Norplant	3,4	7,9	5,4	3,2	14,4	7,9
Abstinence	2,5	1,3	0,8	2,8	1,5	2,2
Gris-gris	22,9	25,0	23,8	29,2	40,5	33,9

Graphique 1
Connaissance et utilisation de la contraception
par les hommes, Sénégal 1992-93



En outre les données du tableau 4 permettent de mettre en évidence les variations de la connaissance selon les types de méthode. Ainsi, la pilule, le condom et la stérilisation féminine sont les méthodes les plus connues (respectivement 64 %, 62 % et 52 %). Le DIU, les injectables, la continence périodique et le coït interrompu sont quand même connus par plus de 30 % des hommes. Les méthodes les moins connues des hommes sont le Norplant (5 %), la stérilisation masculine (16%) et le diaphragme (19 %) pour les méthodes modernes et, pour les méthodes traditionnelles, seulement 1 % des hommes ont cité, spontanément, l'abstinence. Quel que soit le milieu de résidence, la pilule, le condom et la stérilisation féminine sont les méthodes les plus connues, même si le niveau de connaissance est plus important en milieu urbain. Le niveau de connaissance du DIU, de la continence et du coït interrompu est remarquable en milieu urbain.

Chez les femmes, le DIU est la troisième méthode la plus connue (45 %) après la pilule (63 %) et la stérilisation féminine (48 %). À l'opposé, les méthodes les moins bien connues des femmes sont la stérilisation masculine, le Norplant et l'abstinence (respectivement, 5 %, 8 % et 2 % environ). Quelle que soit la méthode, le niveau de connaissance est toujours plus important en milieu urbain qu'en milieu rural. La seule exception concerne l'abstinence, citée presque deux fois plus fréquemment en milieu rural qu'en milieu urbain, aussi bien par les hommes que par les femmes. En milieu urbain, les femmes connaissent plus que les hommes la pilule (80 % contre 76 %), le DIU (71 % contre 59 %) et le Norplant (14 % contre 8 %), alors que l'on constate le contraire en ce qui concerne le condom (80 % contre 67 %), la continence périodique (56 % contre 38 %), le coït interrompu (45 % contre 23 %) et la stérilisation masculine (24 % contre 7 %).

Au moment de l'enquête, il était possible de déclarer connaître, spontanément ou après description, plusieurs méthodes contraceptives. Le regroupement opéré au niveau du nombre de méthodes connues est dicté par l'importance des effectifs.

Parmi les 82 % d'hommes qui connaissent, au moins, une méthode, 40 % en connaissent entre 1 et 4 méthodes, 25 % entre 5 et 7 et 16 % connaissent, au moins, 8 méthodes (tableau 5a). Parmi toutes ces méthodes, on remarque que la pilule et le condom sont les plus connues puisque 64 hommes sur cent connaissent la pilule et 62 % le condom. Le niveau de connaissance selon le nombre de méthodes varie en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques. Ainsi, les hommes du milieu rural sont proportionnellement plus nombreux à ne connaître aucune méthode (11 % contre 24 %) et l'écart entre milieu urbain et rural augmente au fur et à mesure que le nombre de méthodes connues augmente. Plus de 75 % d'hommes du milieu urbain connaissent la pilule et le condom, alors qu'ils sont 56 % et moins en milieu rural.

Le niveau d'instruction semble discriminant dans la connaissance du nombre de méthodes dans la mesure où la proportion des hommes ne connaissant aucune méthode diminue en fonction de l'importance du niveau d'instruction. En outre, plus le niveau d'instruction est élevé, plus la proportion des hommes connaissant un nombre croissant de méthodes est importante. Il en va de même de la connaissance de la pilule et du condom (respectivement, 96 % et 99 % pour le secondaire et plus).

Tableau 5a Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Nombre de méthodes connues				Total	Connaît		Effectif d'hommes
	Aucune	1-4	5-7	8+		Pilule	Condom	
Milieu de résidence								
Urbain	10,6	28,2	34,9	26,2	100,0	75,6	80,2	621
Rural	23,9	49,4	17,9	8,7	100,0	55,6	48,6	815
Niveau d'instruction								
Aucun	25,3	48,2	17,8	8,7	100,0	52,8	48,1	986
Primaire	4,5	37,8	42,8	14,9	100,0	82,9	87,4	222
Secondaire ou plus	0,9	8,3	40,4	50,4	100,0	95,6	99,1	228
Région								
Ouest	10,4	35,6	30,6	23,4	100,0	73,7	76,7	559
Centre	23,0	44,1	22,7	10,2	100,0	58,2	52,0	488
Sud	18,2	51,2	17,1	13,5	100,0	66,5	54,1	170
Nord-Est	27,4	35,2	23,7	13,7	100,0	52,1	54,3	219
Ethnie								
Wolof/Lebou	14,4	38,3	28,5	18,9	100,0	68,7	65,2	541
Poular	26,1	39,0	21,9	12,9	100,0	57,4	54,4	333
Serere	21,3	45,5	22,1	11,1	100,0	56,5	58,5	253
Mandingue	11,5	45,4	27,7	15,4	100,0	69,2	66,2	130
Autres Sénégalais	11,1	31,7	31,0	26,2	100,0	77,8	76,2	126
Non Sénégalais	26,0	48,0	10,0	16,0	100,0	54,0	60,0	50
Activité								
Sans emploi	9,3	16,8	39,3	34,6	100,0	73,8	84,1	107
Cadres et employés	2,4	15,9	33,3	38,4	100,0	89,7	92,9	126
Vendeurs	22,3	42,3	23,1	12,3	100,0	60,8	62,3	130
Agriculteurs	25,9	51,9	15,7	6,3	100,0	52,7	44,0	630
Services	(13,8)	(37,9)	(34,5)	(13,8)	100,0	(79,3)	(69,0)	29
Autres	10,3	34,7	35,7	19,3	100,0	75,1	78,8	378
Ensemble	18,2	40,3	25,3	16,3	100,0	64,2	62,4	1 436

L'analyse de la connaissance selon le nombre de méthodes connues et les régions regroupées par zone montre que les hommes de la zone Ouest, comprenant les régions de Dakar et de Thiès, sont plus informés sur les méthodes contraceptives. En effet, 10 % seulement des hommes de la région Ouest contre 23 % de la région Centre, 18 % de la région Sud et 27 % du Nord-Est ne connaissent aucune méthode (tableau 5a). De plus, les hommes de la région Ouest sont aussi ceux qui connaissent le plus fréquemment le plus grand nombre de méthodes. Les hommes de la zone Sud viennent en seconde position quant au niveau de connaissance, mais ils connaissent un nombre moins important de méthodes avec un pourcentage de 51% connaissant 1 à 4 méthodes et 17 % entre 5 et 7 méthodes contre, respectivement, 36 % et 31 % pour l'Ouest.

La connaissance de la pilule et du condom est bien répandue dans le pays puisque, quelle que soit la zone de résidence, plus de 50 % des hommes connaissent ces deux méthodes. Cependant, si la pilule est relativement mieux connue par les hommes des zones Ouest et Sud (respectivement, 74 % et 67 %), la connaissance du condom, par contre, est uniforme dans toutes les zones, sauf dans l'Ouest qui se caractérise par un pourcentage de 77 %. Au niveau ethnique, les mandingue, les autres Sénégalais (regroupement des minorités ethniques) et les Wolof/Lebou semblent relativement les mieux au courant des méthodes contraceptives. Les Serer et les non sénégalais semblent connaître moins de méthodes que les autres. Il en est de même en ce qui concerne la pilule et le condom.

En fonction de l'activité, il semble que les cadres et employés sont beaucoup plus informés que les autres sur les méthodes contraceptives : seulement 2 % d'entre eux ne connaissent aucune méthode contraceptive. Plus le nombre de méthodes connues augmente, plus on note une prépondérance relative des "sans emploi" et des cadres et employés. Les vendeurs et les agriculteurs connaissent moins de méthodes que les autres. En outre, on constate que la pilule et le condom sont bien connus par les cadres/employés et par les "sans emploi".

Les femmes sont moins informées que les hommes en ce qui concerne les méthodes contraceptives (26 % ne connaissent aucune méthode, contre 18 % des hommes) et cela quel que soit le milieu de résidence (tableau 5b). En effet, 11 % des hommes contre 12 % des femmes en milieu rural ne connaissent aucune méthode. Pour le milieu urbain, ces proportions sont de 24 % chez les hommes et de 35 % chez les femmes. En milieu urbain, les femmes connaissent plus la pilule et moins le condom que les hommes. En effet, pour ce qui est de la pilule, 80 % des femmes contre 76% des hommes ont déclaré la connaître. Quant au condom, ces proportions sont de 67 % chez les femmes et de 80 % chez les hommes.

Le niveau de connaissance et le nombre de méthodes connues varient en fonction du niveau d'instruction mais demeurent plus faibles chez les femmes que chez les hommes. Les femmes de la zone Nord-Est sont celles qui connaissent le moins bien les méthodes contraceptives et par conséquent ce sont aussi celles qui ont cité le nombre de méthode connu le plus faible. Leur niveau de connaissance de la pilule et du condom est bien sûr le plus faible (46 % et 26 % contre, respectivement 79 % et 63 % pour l'Ouest).

Au niveau ethnique, comme pour les hommes, les femmes Poular et Serer semblent moins au courant des méthodes contraceptives et cela, même quand il s'agit des méthodes les plus courantes comme la pilule et le condom.

Toutes les femmes cadres/employées connaissent, au moins, une méthode contraceptive et plus de 75 % connaissent, au moins, 8 méthodes. À l'opposé, les femmes agricultrices sont les plus ignorantes en ce qui concerne la contraception (38 % ne connaissent aucune méthode). Quant à la pilule et au condom, pratiquement toutes les femmes cadres/employées (respectivement 99 % et 95 %) ont déclaré les connaître; par contre, les agricultrices sont celles qui les ont cités le moins fréquemment (50 % pour la pilule et 19 % pour le condom).

Tableau 5b Connaissance de la contraception par les femmes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Nombre de méthodes connues				Total	Connaît :		Effectif d'hommes
	Aucune	1-4	5-7	8+		Pilule	Condom	
Milieu de résidence								
Urbain	12,4	33,5	35,1	19,0	100,0	80,0	66,6	2 635
Rural	35,3	43,8	16,4	4,5	100,0	51,3	25,2	3 675
Niveau d'instruction								
Aucun	31,5	43,8	19,4	5,3	100,0	55,4	29,3	4 608
Primaire	13,8	33,8	36,3	16,1	100,0	79,1	71,0	1 076
Secondaire ou plus	4,0	17,6	38,8	39,6	100,0	93,9	90,4	626
Région								
Ouest	13,1	35,9	33,1	17,9	100,0	78,5	62,9	2 326
Centre	30,7	42,8	20,3	6,3	100,0	58,6	31,6	2 280
Sud	28,6	41,8	21,8	7,8	100,0	53,9	34,4	692
Nord-Est	41,8	38,9	14,2	5,0	100,0	45,5	25,9	1 012
Ethnie								
Wolof/Lebou	21,2	40,5	26,3	12,0	100,0	69,9	45,6	2 684
Poular	33,2	41,0	19,4	6,4	100,0	53,8	31,2	1 463
Serere	28,1	40,4	23,3	8,3	100,0	59,9	40,9	969
Mandingue	27,8	37,1	23,4	11,6	100,0	60,2	45,9	482
Autres Sénégalais	20,6	32,7	30,2	16,5	100,0	67,6	58,6	553
Non Sénégalais	32,5	35,7	19,7	12,1	100,0	55,4	36,9	157
Activité								
Sans emploi	27,0	39,8	23,9	9,4	100,0	62,2	43,0	3 494
Cadres et employés	0,0	5,4	19,4	75,3	100,0	98,9	94,6	93
Vendeurs	17,1	38,5	30,2	14,1	100,0	72,6	46,6	1 068
Agriculteurs	37,6	45,2	13,9	3,3	100,0	49,5	19,2	987
Services	19,5	39,1	33,8	7,5	100,0	67,9	60,4	399
Ouvrières	18,1	31,1	31,1	19,7	100,0	73,2	62,2	254
Autres	*	*	*	*	*	*	*	9
Ensemble	25,8	39,5	24,2	10,5	100,0	63,3	42,5	6 310

* Moins que 25 cas.

Chez les hommes, le niveau de connaissance selon le nombre de méthodes connues varie en fonction des caractéristiques démographiques (tableau 6). En fonction de l'âge, on constate que c'est entre 30 et 34 ans que le niveau de connaissance de la contraception est le plus élevé puisque seulement 6 % des hommes de ce groupe d'âges ont déclaré ne connaître aucune méthode contraceptive. Entre 20 et 35 ans, les proportions d'hommes ne connaissant aucune méthode varient de 6 % à 16 %. C'est surtout au-delà de 50 ans qu'un effet de génération semble se dessiner, les hommes les plus âgés étant ceux qui ont le plus fréquemment déclaré ne connaître aucune méthode (plus d'un homme sur quatre à 50 ans et plus). Cependant, la proportion de ceux qui connaissent de 1 à 4 méthodes demeure presque identique quel que soit l'âge, sauf chez les hommes de 60 ans et plus pour lesquels cette proportion atteint environ 50%. Le pourcentage d'hommes ayant déclaré connaître, au moins, 8 méthodes semble globalement augmenter avec l'âge jusqu'à 45 ans, avant d'entamer une décroissance progressive. Le condom est bien connu des hommes de moins de 50 ans (entre 69 % et 80%). Il en est de même de la pilule (entre 66 % et 78 %). Cependant, à partir de 50 ans, les hommes semblent davantage connaître la pilule que le condom.

Tableau 6 Connaissance de la contraception par les hommes selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Nombre de méthodes				Total	Connaît		Nombre de cas
	Aucune	1-4	5-7	8+		Pilule	Condom	
Groupes d'âges								
20-24	16,4	38,3	31,6	13,7	100,0	66,4	73,3	256
25-29	13,4	38,6	25,2	22,8	100,0	69,8	80,2	202
30-34	6,4	39,7	35,9	17,9	100,0	77,6	80,1	156
35-39	10,3	39,7	27,6	22,4	100,0	73,7	78,8	156
40-44	13,9	38,6	24,1	23,5	100,0	72,3	69,3	166
45-49	7,1	40,0	34,1	18,8	100,0	77,6	71,8	85
50-54	27,6	32,9	26,3	13,2	100,0	53,9	44,7	76
55-59	32,3	38,4	17,2	12,1	100,0	52,0	30,6	99
60-64	24,1	48,1	16,5	11,4	100,0	50,6	26,6	79
65 ou +	40,4	49,1	8,1	2,5	100,0	35,4	14,9	161
Situation matrimoniale								
Célibataire	13,3	37,5	29,9	19,3	100,0	70,6	81,8	445
Marié	20,3	41,4	23,2	15,1	100,0	61,6	53,8	941
Autres	22,0	42,0	24,0	12,0	100,0	58,0	46,0	50
Enfants vivants								
0	15,2	37,2	30,0	17,5	100,0	69,1	78,6	486
1	16,5	36,2	27,6	19,7	100,0	66,9	71,7	127
2-4	18,3	40,1	23,7	17,9	100,0	61,9	61,2	213
5-7	21,0	44,4	23,0	11,7	100,0	61,1	50,6	257
8 ou +	21,9	43,8	19,5	14,7	100,0	59,6	39,2	251
Type d'union								
Non marié	14,1	37,9	29,2	18,8	100,0	37,3	43,4	496
Monogame	18,4	39,2	25,4	17,0	100,0	41,4	40,0	587
Polygame	23,5	45,3	19,5	11,6	100,0	21,3	16,6	353

Selon la situation matrimoniale, on peut remarquer que les célibataires sont ceux qui connaissent le mieux les méthodes contraceptives, puisque seulement 13 % d'entre eux ont déclaré ne connaître aucune méthode, contre 20 % chez ceux qui sont mariés et 22 % chez les veufs et séparés. La situation matrimoniale n'est pas une variable très discriminante quant au niveau global de la connaissance et du nombre de méthodes contraceptives connues. Cependant, on peut remarquer que les célibataires connaissent plus le condom que la pilule (82 % contre 71%), alors que c'est la situation inverse qui prévaut chez les hommes actuellement mariés et chez ceux des catégories divorcés, veufs et séparés. Par ailleurs, on constate au tableau 6 que les hommes polygames sont proportionnellement plus nombreux que les monogames à ne connaître aucune méthode contraceptive (24 % contre 18 % chez les monogames). De même, ils sont aussi ceux qui connaissent le nombre le plus faible de méthodes; de plus, par rapport aux non mariés (célibataires et veufs/divorcés) et aux monogames, leur niveau de connaissance de la pilule et du condom est le plus faible.

Quand on a beaucoup d'enfants, est-ce parce qu'on ignore les méthodes contraceptives, ou, en d'autres termes, est-ce que ce sont les plus ignorants en matière de contraception qui ont le plus grand nombre d'enfants? Il est difficile de répondre à la question à partir uniquement des données du tableau 6 qui ne montrent pas de différences importantes.

6.2 Utilisation passée de la contraception

Le tableau 7 donne la répartition des hommes et des femmes selon l'utilisation passée de la contraception. Ces résultats révèlent que 71 % des hommes n'ont jamais utilisé la contraception. Parmi toutes les méthodes, les méthodes modernes ont été les plus utilisées, puisque 24 % des hommes ont utilisé, au moins, une méthode moderne (et éventuellement, aussi, une méthode traditionnelle) alors que 5 % n'ont utilisé que des méthodes traditionnelles. Cependant, on note une prédominance de l'utilisation des méthodes modernes en milieu urbain par rapport au milieu rural (43 % contre 9 %).

Tableau 7 Utilisation passée de la contraception par les hommes et les femmes selon le milieu de résidence, Sénégal 1992-93

Utilisation passée de la contraception	Hommes			Femmes		
	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total
Utilisation passée de la contraception						
N'a jamais utilisé	85,5	52,5	71,2	91,6	75,0	84,6
Méthodes traditionnelles seulement	5,7	4,7	5,3	5,2	5,1	5,2
Méthodes modernes	8,7	42,8	23,5	3,2	20,0	10,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	815	521	1 436	3 675	2 535	6 310
Type de méthode déjà utilisée¹						
Pilule	4,5	15,7	10,1	3,2	15,5	9,7
DIU	2,8	8,1	6,1	3,2	7,7	6,2
Injectables	0,8	2,8	1,8	1,2	2,4	1,9
Diaphragme	1,3	15,8	11,4	3,9	9,3	7,7
Condom	12,9	47,4	32,1	4,0	11,0	8,6
Stérilisations féminine	1,2	1,5	1,3	0,6	0,8	0,7
Stérilisations masculine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3
Continence périodique	20,2	35,2	30,0	8,6	16,9	14,2
Retrait	10,1	16,1	13,8	4,5	10,9	8,5
Autres méthodes	0,0	0,0	0,0	8,0	14,8	11,5
Norplant	0,0	2,0	1,3	0,0	0,8	0,6
Abstinence	70,0	62,5	67,9	86,3	35,9	72,3
Gris-gris	11,9	20,1	15,6	9,2	12,8	11,0

¹ Les informations sur le type de méthode déjà utilisée ne concernent que les personnes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive donnée.

L'utilisation passée par type de méthode a été mesurée uniquement chez les hommes et les femmes qui connaissaient, au moins, une méthode⁹. Ainsi, on constate que 32 % des hommes ayant utilisé une méthode moderne ont utilisé de préférence le condom, cela quel que soit le milieu de résidence, suivi du diaphragme (11 %) et de la pilule (10 %). Le DIU (6 %), les injectables (2 %) et la stérilisation féminine (1 %) ont été très peu utilisés.

⁹ Cette approche nous permet d'estimer le nombre de personnes connaissant une méthode contraceptive quelconque sans pour autant en utiliser une. Ainsi, nous pourrions envisager une étude supplémentaire dans l'optique de dégager les facteurs qui ont eu à les empêcher d'utiliser la contraception, pour permettre aux décideurs de dégager des stratégies idoines en matière de planification familiale.

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes traditionnelles, l'abstinence vient en tête (68 %), suivie de la continence périodique (30 %), des gris-gris (16 %) et du retrait (14 %).

Chez les femmes du milieu rural, on remarque que les méthodes traditionnelles ont été un peu plus utilisées (5 %) que les méthodes modernes (3 %). L'abstinence a été la méthode la plus utilisée. Quant à la continence périodique, elle est plus pratiquée en milieu urbain (17 %) qu'en milieu rural (9 %). Il faut noter que cette faible utilisation contraste avec le niveau de connaissance qui est élevé, quel que soit le sexe.

Le tableau 8A présente la répartition des hommes selon le nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées. Ces résultats montrent que le niveau de non utilisation passée des méthodes contraceptives est très important chez les hommes (71 %).

Tableau 8a Nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées par les hommes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Nombre de méthodes déjà utilisées					Nombre d'hommes	A déjà utilisé	
	Aucune	1	2	3+	Total		Pilule	Condom
Milieu de résidence								
Urbain	52,5	21,6	14,5	11,4	100,0	621	11,7	37,9
Rural	85,5	9,7	3,6	1,2	100,0	815	2,5	6,3
Niveau d'instruction								
Aucun	86,5	9,9	2,7	0,8	100,0	986	1,9	6,2
Primaire	51,8	26,6	14,0	7,7	100,0	222	8,3	38,3
Secondaire ou plus	24,1	24,6	26,8	24,6	100,0	228	25,1	61,9
Région								
Ouest	57,8	19,0	13,4	9,8	100,0	559	10,4	33,0
Centre	82,2	10,9	4,1	2,9	100,0	488	3,3	9,8
Sud	78,2	14,1	5,9	1,8	100,0	170	4,2	12,9
Nord-Est	75,8	13,7	6,4	4,1	100,0	219	5,0	14,7
Ethnie								
Wolof/Lebou	66,7	16,6	9,6	7,0	100,0	541	7,4	24,0
Poular	79,0	10,8	6,9	3,3	100,0	333	4,6	12,7
Serere	77,9	11,5	5,9	4,7	100,0	253	5,6	13,4
Mandingue	70,0	18,5	6,2	5,4	100,0	130	5,5	22,5
Autres Sénégalais	56,3	21,4	14,3	7,9	100,0	125	9,8	34,1
Non Sénégalais	74,0	14,0	6,0	6,0	100,0	50	6,1	16,0
Activité								
Sans emploi	39,3	16,8	27,1	16,8	100,0	107	9,9	56,6
Cadres et employés	37,3	18,3	23,0	21,4	100,0	126	31,1	41,3
Vendeurs	76,9	13,1	6,9	3,1	100,0	130	4,7	14,6
Agriculteurs	89,0	8,4	2,1	0,5	100,0	630	1,0	3,8
Services	(65,5)	(27,6)	(0,0)	(6,9)	100,0	29	(0,0)	(24,1)
Autres	58,5	24,1	10,3	7,1	100,0	378	8,2	32,5
Ensemble	71,2	14,8	8,3	5,6	100,0	1 436	6,5	20,0

On remarque que les hommes qui n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive sont relativement plus nombreux parmi ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (87 %) que chez ceux ayant le niveau primaire (52 %) et chez ceux ayant le niveau du secondaire ou plus (24 %). Parmi ces derniers, un homme sur quatre a déjà utilisé indifféremment une, deux ou trois méthodes ou plus. En outre, on constate que l'utilisation passée de deux méthodes ou plus semble être positivement corrélée avec le niveau d'instruction. Cette tendance se dégage également en ce qui concerne l'utilisation passée de la pilule et du condom.

Si l'on tient compte de l'activité, on remarque que les agriculteurs et les vendeurs sont, proportionnellement, les plus nombreux à n'avoir utilisé aucune méthode contraceptive. Cependant, quelle que soit l'activité, le condom demeure encore la méthode moderne qui a été la plus utilisée dans le passé. L'utilisation de la pilule reste faible, quelle que soit la catégorie, à l'exception des cadres et employés (31%).

Sur le plan ethnique, la proportion d'hommes n'ayant utilisé aucune méthode contraceptive est relativement plus importante chez les Poular (79 %), les Serer (78 %) et les Mandingue (70 %) que chez les autres groupes. C'est chez les "Autres Sénégalais" (8 %) et les Wolof (7 %) que l'on observe les niveaux d'utilisation d'au moins 3 méthodes les plus élevés. Pour ce qui est des méthodes spécifiques, le condom est la méthode la plus utilisée, quelle que soit l'ethnie. Enfin, c'est la région Centre qui se caractérise par la proportion la plus élevée d'hommes qui n'ont utilisé aucune méthode (82 %).

Le pourcentage de femmes qui ont eu recours à la contraception est relativement faible au Sénégal (15 %). La proportion de femmes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive est très importante quel que soit le milieu de résidence (tableau 8b). Cependant, comme on l'a constaté chez les hommes, il faut noter que ce taux de non utilisation est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (92 % contre 75 %). Chez les femmes, la pilule a été la méthode contraceptive la plus utilisée, surtout en milieu urbain (12 %).

Tableau 8b Nombre de méthodes contraceptives déjà utilisées par les femmes selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Nombre de méthodes déjà utilisées				Total	Nombre de femmes	A déjà utilisé	
	Aucune	1	2	3+			Pilule	Condom
Lieu de résidence								
Urbain	75,0	13,4	7,2	4,5	100,0	2 635	12,4	7,3
Rural	91,6	6,6	1,2	0,6	100,0	3 675	1,7	1,0
Niveau d'instruction								
Aucun	89,9	7,7	1,8	0,6	100,0	4 608	2,9	1,1
Primaire	74,4	13,2	7,3	5,0	100,0	1 076	11,9	8,6
Secondaire ou plus	63,1	16,1	11,2	9,6	100,0	626	20,3	14,3
Région								
Ouest	77,3	12,5	6,3	4,0	100,0	2 326	11,3	6,3
Centre	92,1	4,9	1,8	1,2	100,0	2 280	2,7	1,6
Sud	81,1	13,6	3,2	2,2	100,0	692	4,9	4,2
Nord-Est	87,1	10,0	2,4	0,6	100,0	1 012	3,1	1,8
Ethnie								
Wolof/Lebou	86,4	7,7	3,8	2,0	100,0	2 584	6,8	2,8
Poular	84,6	11,5	2,7	1,2	100,0	1 463	4,2	2,9
Serere	88,3	7,1	2,2	2,4	100,0	669	4,1	3,2
Mandingue	81,7	10,4	5,4	2,5	100,0	482	6,7	6,4
Autres Sénégalais	73,1	14,6	6,9	5,4	100,0	553	10,7	8,7
Non Sénégalais	81,5	12,7	2,5	3,2	100,0	157	7,0	2,5
Activités								
Sans emploi	86,4	8,3	3,2	2,1	100,0	3 494	5,5	3,9
Cadres et employés	29,0	30,1	19,4	21,5	100,0	93	48,4	20,4
Vendeurs	79,1	13,2	4,8	2,9	100,0	1 068	8,0	3,4
Agriculteurs	91,1	7,6	1,1	0,2	100,0	987	1,0	0,6
Services	84,7	8,0	5,5	1,8	100,0	399	7,0	4,8
Ouvriers	79,1	11,0	6,7	3,1	100,0	254	10,2	4,7
Autres	66,7	22,2	11,1	0,0	100,0	9*	11,1	22,2
Ensemble	84,6	9,5	3,7	2,2	100,0	6 310	6,1	3,6

L'utilisation passée des méthodes contraceptives augmente avec le niveau d'instruction et varie selon les régions. En effet, par rapport à celles de l'Ouest et du Sud, les femmes du Centre et du Nord-Est ont moins utilisé la pilule et le condom. Cette constatation est aussi valable pour le nombre de méthodes déjà utilisées. Au niveau ethnique, c'est chez les femmes Mandingues que l'utilisation passée de la pilule et du condom est la plus importante. Selon l'activité exercée, on remarque que c'est chez les agricultrices que l'utilisation passée de la pilule et du condom est la plus faible (1 % pour chacune des deux méthodes) ; à l'opposé, on trouve les cadres et employées (48 % pour la pilule et 20 % pour le condom).

Le niveau d'utilisation passée de la contraception varie aussi selon l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants vivants et le type d'union. En effet, les données du tableau 9 révèlent que le nombre d'hommes n'ayant jamais utilisé la contraception augmente avec l'âge. En outre, quel que soit le groupe d'âges considéré, la proportion de ceux qui ont déjà utilisé la contraception diminue en fonction du nombre de méthodes, sauf aux âges 35-39 et 55-59 ans. C'est dans la tranche d'âges de 20-24 ans qu'on retrouve le plus fort pourcentage d'hommes ayant utilisé une seule méthode (23 %). La tranche d'âges 25-29 ans se caractérise par la plus forte utilisation passée de 2 méthodes (14 %) et c'est chez les hommes de 35-39 ans que l'utilisation de 3 méthodes ou plus est la plus fréquente (11 %). L'utilisation passée de la pilule est surtout fréquente chez les femmes dont l'époux est âgé de 35-40 ans. Par ailleurs, on constate que le taux d'utilisation passée du condom décroît avec l'âge.

Caractéristique	Nombre de méthodes déjà utilisées					Nombre d'hommes	A déjà utilisé	
	Aucune	1	2	3+	Total		Pilule	Condom
Groupe d'âges								
20-24	59,0	23,0	12,5	5,5	100,0	256	3,2	38,2
25-29	59,4	17,3	13,9	9,4	100,0	202	5,2	34,2
30-34	62,2	19,9	12,8	5,1	100,0	156	8,5	28,8
35-39	69,9	12,2	7,1	10,9	100,0	156	13,8	19,9
40-44	71,1	12,7	8,4	7,8	100,0	166	11,0	13,9
45-49	74,1	14,1	7,1	4,7	100,0	85	9,8	9,4
50-54	75,0	15,8	5,3	3,9	100,0	76	5,3	6,6
55-59	87,9	9,1	1,0	2,0	100,0	99	4,0	4,1
60-64	87,3	10,1	1,3	1,3	100,0	79	3,8	1,3
65 ou +	94,4	4,3	1,2	0,0	100,0	161	0,6	1,9
Situation matrimoniale								
Célibataire	56,0	21,3	13,7	9,0	100,0	445	5,1	42,0
Marié	78,2	11,7	6,1	4,0	100,0	941	7,0	9,9
Veuf/divorcé/séparé	76,0	16,0	2,0	6,0	100,0	50	6,1	14,0
Enfants vivants								
0	60,9	20,0	12,1	7,0	100,0	486	4,3	36,0
1	66,1	16,5	7,1	10,2	100,0	127	9,0	26,0
2-4	72,8	12,5	9,3	5,4	100,0	312	8,7	14,4
5-7	82,9	11,3	3,9	1,9	100,0	257	4,7	7,4
8 ou +	80,1	10,8	4,4	4,8	100,0	251	8,1	5,6
Type d'union								
Non marié	57,9	20,8	12,5	8,9	100,0	496	5,4	39,3
Monogamie	75,3	12,1	7,8	4,8	100,0	587	8,2	12,4
Polygamie	83,3	11,0	3,1	2,5	100,0	353	4,9	5,4
Ensemble	71,2	14,8	8,3	5,6	100,0	1 436	6,5	20,0

L'utilisation du condom a été plus fréquente chez les célibataires et les hommes en rupture d'union (respectivement, 42 % et 14 %) que chez les mariés (10 %). Par contre, pour la pilule, le niveau d'utilisation ne varie pas beaucoup en fonction de la situation matrimoniale. Cependant, c'est chez les hommes mariés que l'on observe le niveau d'utilisation passée le plus important (7 %). Selon le type d'union, la majeure partie des hommes en union polygame n'ont jamais pratiqué la contraception (83 %). On note également que, par rapport aux polygames et aux non mariés, les monogames ont davantage utilisé la pilule (8 %, contre 5 % pour chacune des deux autres catégories).

Selon le nombre d'enfants vivants, on constate que ce sont les hommes qui ont déjà utilisé le plus grand nombre de méthodes contraceptives qui ont le nombre d'enfants le plus faible. C'est également chez ces hommes que l'on constate l'utilisation du condom la plus importante.

6.3 Utilisation actuelle de la contraception

La pratique de la contraception est relativement importante au Sénégal. En effet, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 1992-93 ont montré que 19 % des hommes interviewés utilisent une méthode contraceptive quelconque (tableau 10). En outre, ces résultats révèlent que plus d'un homme sur sept (15 %) utilise une méthode moderne et seulement 4 % des hommes ont recours à une méthode traditionnelle. Le condom est la méthode moderne la plus utilisée : 12 % des hommes déclarent utiliser cette méthode au moment de l'enquête. La continence périodique et les gris-gris sont les méthodes traditionnelles les plus utilisées, bien que leur taux de prévalence soit faible.

L'analyse différentielle de la prévalence contraceptive selon certaines variables socio-économiques (tableau 10) met en évidence des disparités importantes. L'urbanisation et la scolarisation semblent être discriminantes en matière de pratique contraceptive. En effet, le taux de prévalence contraceptive est plus élevé chez les urbains (33 %) et chez les hommes les plus instruits (56 % de ceux ayant le niveau secondaire ou plus) que chez les ruraux (8 %) et les moins instruits (7 % chez ceux "sans instruction"). La même tendance se dégage, tant pour les méthodes modernes que traditionnelles.

Au niveau régional, le taux de prévalence contraceptive varie de 10 % au Centre à 30 % à l'Ouest. Les hommes utilisent plus les méthodes modernes que celles traditionnelles, plus particulièrement dans l'Ouest (26 % contre 3 %). L'utilisation actuelle du condom est plus fréquente dans l'Ouest que dans les autres régions. En effet, la proportion des hommes utilisant actuellement le condom dans l'Ouest (21 %) est environ 4 fois plus importante que celle du Centre et du Nord-Est.

Au niveau ethnique, l'utilisation de la contraception est la plus fréquente chez les Mandingue (25 %) et les Wolof (22 %). L'utilisation des méthodes modernes est également plus fréquente dans ces groupes (22 % chez les Mandingues et 18 % chez les Wolof). Les hommes appartenant à l'ethnie Poular sont ceux qui se caractérisent par le taux d'utilisation actuelle des méthodes modernes le plus faible (8 %); par contre, les Wolof (4 %) et les Poular (4 %) ont le taux d'utilisation de méthodes traditionnelles le plus élevé.

Selon l'activité économique, les résultats révèlent que la pratique de la contraception est plus fréquente chez les "sans emploi" et les cadres/employés que chez les autres catégories. En effet, le taux de prévalence contraceptive est de 51 % pour les premiers et de 41 % pour les seconds. Le taux de prévalence contraceptive le plus faible est observé chez les agriculteurs (6 %). C'est aussi chez les agriculteurs que l'écart entre le niveau de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et celui des méthodes traditionnelles est le plus faible (0,3 %). Le condom est, de loin, la méthode moderne la plus utilisée, surtout chez les "sans emploi" où le taux de prévalence est de 42 %. Le recours aux méthodes contraceptives traditionnelles est le plus fréquent chez les cadres/employés (8 %).

Tableau 10 Pourcentage d'hommes utilisant actuellement une méthode contraceptive quelconque selon certaines caractéristiques socio-économiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Méthodes modernes					Méthodes traditionnelles			Effectif d'hommes
	Toutes méthodes confondues	Toutes méthodes modernes	Pilule	DIU	Condom	Toutes méthodes tradition.	Contin. périod.	Gris-gris	
Milieu de résidence									
Urbain	33,2	28,8	3,9	1,6	22,4	4,4	2,6	1,0	621
Rural	8,2	4,9	0,7	0,4	3,3	3,3	1,1	1,0	815
Niveau d'instruction									
Aucun	7,2	4,0	0,7	0,4	2,7	3,2	0,9	1,1	986
Primaire	32,2	28,5	3,2	1,4	22,5	3,7	3,2	0,0	222
Secondaire ou plus	56,4	50,3	7,0	2,6	39,0	6,1	3,9	1,3	228
Région									
Ouest	29,6	26,4	3,2	2,0	20,8	3,2	2,1	0,4	559
Centre	10,1	6,1	0,6	0,0	5,3	4,0	1,6	1,0	488
Sud	14,1	10,5	2,9	0,0	7,6	3,6	1,2	0,6	170
Nord-Est	14,1	9,5	1,8	0,9	5,0	4,6	1,4	2,7	219
Ethnie									
Wolof/Lebou	21,9	17,8	2,8	1,1	13,1	4,1	1,7	1,7	541
Poular	11,7	7,8	0,6	0,3	6,9	3,9	2,4	0,3	333
Serere	15,5	13,1	3,2	1,2	8,3	2,4	1,6	0,4	253
Mandingue	24,6	21,6	2,3	0,8	17,7	3,0	1,5	1,5	130
Autres Sénégalais	30,3	23,9	1,6	1,6	18,3	6,4	1,6	0,8	126
Non Sénégalais	12,0	10,0	0,0	0,0	10,0	2,0	0,0	0,0	50
Activité									
Sans emploi	51,4	47,7	2,8	0,0	42,1	3,7	3,7	0,0	107
Cadres et employés	40,6	32,6	9,5	4,8	18,3	8,0	3,2	3,2	126
Vendeurs	15,4	10,8	1,5	0,8	8,5	4,6	1,5	1,5	130
Agriculteurs	5,9	3,1	0,5	0,3	3,7	2,8	1,3	0,3	630
Services	25,1	17,2	0,0	0,0	17,2	7,9	3,4	3,4	29
Autres	26,8	22,8	2,6	1,1	18,5	4,0	1,6	1,3	378
Ensemble	18,9	15,1	2,1	0,9	11,5	3,8	1,7	1,0	1 436

Le tableau 11 donne la prévalence contraceptive des hommes selon certaines variables démographiques. Ces résultats montrent que c'est au niveau des jeunes générations que l'on observe les taux de prévalence contraceptive les plus importants : 45 % entre 30-34 ans; 34 % entre 20-24 ans et 28 % entre 25-29 ans. Le recours à la contraception est peu fréquent chez les hommes de 55 ans ou plus. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes suit la même tendance, alors que les méthodes traditionnelles sont davantage utilisées par les hommes âgés de 40-54 ans. Parmi les méthodes modernes, le condom est la méthode la plus utilisée par les hommes de 20-29 ans, tandis que la pilule l'est chez les épouses ou partenaires des hommes de 30-34 ans. Chez les hommes de 50-59 ans, c'est le DIU qui est la méthode la plus utilisée.

En outre, ces résultats révèlent que la prévalence contraceptive est plus importante chez les hommes qui n'ont pas d'enfants vivants et chez ceux qui n'ont qu'un enfant vivant. Le condom est la méthode contraceptive la plus utilisée par les hommes qui ont 2 à 4 enfants (5 %) et surtout par ceux qui n'ont pas d'enfants vivants (27 %). L'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles est plus fréquente chez les hommes dont le nombre d'enfants vivants est compris entre 2 et 4. Quel que soit le nombre d'enfants vivants, la continence périodique est la méthode traditionnelle la plus utilisée sauf chez les hommes ayant un seul enfant et ceux ayant huit enfants vivants ou plus.

Tableau 11 Pourcentage d'hommes utilisant actuellement une méthode contraceptive quelconque selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Méthodes modernes					Méthodes traditionnelles			Effectif d'hommes
	Toutes méthodes confondues	Toutes méthodes modernes	Pilule	DIU	Condom	Toutes méthodes tradition.	Contin. périod.	Gris-gris	
Groupe d'âges									
20-24	33,7	30,9	0,4	0,0	30,5	2,8	1,6	0,0	256
25-29	27,8	24,3	2,0	0,0	22,3	3,5	2,0	0,5	202
30-34	45,0	39,2	20,0	7,7	11,5	5,8	4,5	0,0	156
35-39	16,0	12,8	4,5	0,0	7,7	3,2	1,3	0,6	156
40-44	19,2	12,6	3,6	3,6	4,8	6,6	3,6	2,4	166
45-49	19,0	13,0	3,5	2,4	5,9	6,0	1,2	2,4	85
50-54	14,3	7,8	1,3	2,6	0,0	6,5	1,3	2,6	76
55-59	2,0	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99
60-64	4,6	2,6	1,3	0,0	0,0	3,8	0,0	3,8	79
65 ou +	1,8	0,6	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,6	161
Nombre d'enfants vivants									
0	30,8	27,8	0,4	0,0	27,0	3,0	1,6	0,0	486
1	18,9	16,5	3,9	0,0	2,6	2,4	0,0	1,6	127
2-4	14,7	9,3	3,5	1,0	4,5	5,4	3,5	1,0	312
5-7	7,5	4,3	1,6	1,9	0,4	3,2	1,2	0,8	257
8 ou +	12,8	8,4	3,2	2,0	1,2	4,4	1,2	2,8	251
Type d'union									
Non marié	34,2	31,6	0,6	0,0	30,6	2,6	1,4	0,0	496
Monogame	11,2	6,3	3,1	1,2	1,5	4,9	2,7	1,0	587
Polygame	10,2	6,7	2,6	1,7	1,4	3,5	0,6	2,3	353
Nombre enfants vivants / idéal									
Même nombre	41,2	34,4	10,3	13,8	6,9	6,8	3,4	0,0	29
Au-dessous de l'idéal	17,8	14,3	1,5	0,2	12,1	3,5	1,7	0,8	1 322
Au-dessus de l'idéal	36,2	26,4	9,7	9,7	4,2	9,8	2,8	5,6	72

Par ailleurs, la prévalence contraceptive est plus importante chez les non mariés (34 %) que chez les monogames (11 %) et les polygames (10 %). Le recours aux méthodes contraceptives modernes est surtout le fait des non mariés (32 %). Les niveaux d'utilisation des méthodes modernes chez les monogames (6 %) et chez les polygames (7 %) sont très proches. Les non mariés utilisent plus le condom que les autres méthodes modernes (31 % pour le condom contre moins de 1 % pour la pilule), alors que les monogames, comme les polygames, utilisent plus fréquemment la pilule. L'utilisation des méthodes traditionnelles est surtout le fait des monogames (5 %), en particulier la continence périodique (3 %).

Enfin, ce sont les hommes dont le nombre idéal d'enfants est supérieur au nombre d'enfants vivants¹⁰ qui utilisent le moins la contraception (18 %). Cette situation se vérifie tant au niveau des méthodes modernes (14 %) que traditionnelles (4 %). Néanmoins, c'est chez ceux-là qu'on rencontre le taux d'utilisation du condom le plus important (12 %). Le taux de prévalence contraceptive le plus important est observé parmi les hommes qui ont donné un nombre idéal d'enfants identiques à leur nombre d'enfants

¹⁰ Il convient de noter que ces hommes représentent 99 % de ceux qui utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête et ayant donné une réponse numérique à la question relative au nombre idéal d'enfants.

vivants (41 %). C'est également chez ces derniers que l'on observe les plus importants taux d'utilisation de la pilule, du DIU et de la continence périodique.

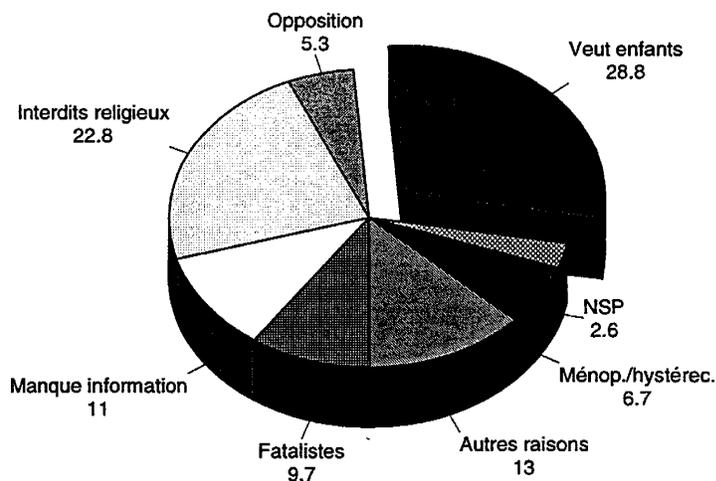
6.4 Raisons de non utilisation de la contraception chez les hommes

Le tableau 12 et le graphique 2 donnent les principales raisons pour lesquelles certains hommes n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Parmi les raisons évoquées, on trouve le fait qu'ils veulent d'autres enfants (29 %), d'autres disent que l'utilisation de ces méthodes est interdite par la religion (23 %), certains manquent d'information (11 %) et d'autres parlent de fatalisme (10 %). Cependant, d'autres facteurs tels que la ménopause ou l'hystérectomie (7 %) sont relativement importants et doivent être pris en compte.

Caractéristique	Principales raisons de non utilisation								Effectif
	Ménop./ hystérec.	Veut enfants	Oppos. mari	Interdits religion	Non infor.	Fatal- istes	Autre	NSP	
Milieu de résidence									
Urbain	4,3	28,3	6,8	29,7	5,4	9,0	15,1	1,4	279
Rural	7,9	29,1	4,5	19,4	13,8	10,1	12,0	3,2	557
Niveau d'instruction									
Aucun	7,1	26,9	5,0	24,0	12,2	10,2	11,7	2,9	695
Primaire	4,4	40,7	7,7	16,5	6,6	8,8	14,3	1,1	91
Secondaire ou plus	6,4	34,0	4,0	18,0	2,0	4,0	30,0	2,0	50
Type d'union									
Monogame	9,5	31,9	5,0	19,3	11,9	10,3	10,8	1,3	379
Polygame	8,0	23,1	7,6	31,5	8,0	11,2	8,8	2,0	251
Groupe d'âges									
20-29 ans	0,0	35,6	3,0	14,9	19,8	3,0	15,8	7,9	101
30-39	0,0	36,1	5,3	18,3	12,4	10,1	14,8	3,0	169
40-49	0,5	40,1	5,3	19,3	12,3	11,8	8,0	2,7	187
50 ans ou +	14,5	18,2	5,8	28,8	7,4	10,3	14,0	1,1	379
Région									
Ouest	2,2	27,4	6,5	26,7	7,9	9,0	12,6	2,5	277
Centre	6,9	26,6	5,6	19,4	11,8	10,2	16,8	2,6	304
Sud	10,1	36,1	4,2	17,6	16,0	10,9	5,0	0,0	119
Nord-Est	2,2	30,1	2,9	27,2	11,0	8,8	12,5	5,1	136
Ensemble	6,7	28,8	5,3	22,8	11,0	9,7	13,0	2,6	836

Cette répartition des principales raisons de non utilisation cache des disparités. En effet, selon le niveau d'instruction, les raisons évoquées sont très variables. Par exemple, le manque d'information et le fatalisme varient fortement selon le niveau d'instruction : pour 2 % des hommes de niveau secondaire, le fatalisme est une raison qui justifie la non utilisation de la contraception alors que cette proportion est de 10 % chez ceux n'ayant aucune instruction. Les hommes qui évoquent le désir d'avoir d'autres enfants ou qui s'opposent à ce que leurs femmes ou partenaires adhèrent à la planification familiale sont relativement plus nombreux parmi ceux du niveau primaire. Par contre, quel que soit le niveau d'instruction, les

Graphique 2
Principales raisons de non utilisation de la contraception parmi les hommes n'ayant pas l'intention d'utiliser la PF, Sénégal 1992-93



interdits religieux ont été cités par une assez forte proportion d'hommes, ceux "sans instruction" étant relativement les plus nombreux.

Considérant la résidence, on observe que la proportion d'hommes qui ont évoqué le désir d'avoir davantage d'enfants est presque identique quel que soit le milieu : 28 % en milieu urbain et 29 % en milieu rural. Pour les autres raisons, la différence est nette, surtout pour le manque d'information qui concerne 14 % des hommes du milieu rural contre 5 % de ceux du milieu urbain. Contre toute attente, la barrière religieuse et l'opposition à la planification familiale sont importantes en milieu urbain.

Même si le désir d'avoir d'autres enfants est la raison principalement évoquée par tous les hommes, elle est relativement plus citée au Sud. Il en est de même pour la ménopause, le manque d'informations et le fatalisme. Par contre, en ce qui concerne les arguments religieux et les autres raisons, on constate la situation inverse.

La situation des monogames et des polygames est souvent très différente en ce qui concerne la principale raison de non utilisation. En effet, les monogames, par opposition aux polygames, ont été relativement un peu plus nombreux à évoquer la ménopause (10 % contre 8 %), le désir d'autres enfants (32 % contre 23 %), le manque d'informations (12 % contre 8 %) et d'autres raisons (11 % contre 9 %). Cependant, les polygames ont évoqué plus fréquemment que les monogames (32 % contre 19 %) les barrières religieuses et, dans une moindre mesure, le fatalisme (11 % contre 10 %).

Du point de vue de l'âge, il faut remarquer que le manque d'informations décroît avec l'âge, variant entre 20 % chez les plus jeunes à 7 % chez les plus âgés.

6.5 Discussion de la planification familiale au sein du couple

À l'EDS-II, on a demandé aux hommes le nombre de fois qu'ils avaient discuté de la planification familiale avec leur(s) épouse(s) ou partenaire(s), au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

Au Sénégal, 79 % des hommes n'ont jamais discuté de PF avec leur(s) épouse(s) ou avec leur(s) partenaire(s); 9 % ont déclaré en avoir parlé une ou deux fois et 12 % plus souvent. Les hommes vivant en milieu urbain ont beaucoup plus discuté de la planification familiale avec leurs épouses (27 %) que ceux du milieu rural (4 %). Ces derniers sont, par ailleurs, relativement plus nombreux à n'avoir jamais discuté de la planification familiale avec leurs épouses ou partenaires (tableau 13).

En ce qui concerne l'instruction, on remarque que plus le niveau augmente, plus les discussions sont fréquentes : 57 % des hommes de niveau secondaire ont souvent discuté de planification familiale contre 5 % ce ceux n'ayant aucun niveau d'instruction. La discussion en matière de PF est plus fréquente au sein des unions monogames (25 %) que polygames (15 %). En outre, ce sont les hommes de 30-39 ans, d'une part, et ceux de 40-49 ans, d'autre part, qui ont le plus fréquemment déclaré avoir souvent discuté de PF, bien que les proportions restent encore faibles (moins de 20 %). L'Ouest et le Nord-Est regroupent les plus grandes proportions d'hommes qui déclarent discuter de PF. Les Wolof/Lebou sont ceux qui ont le plus fréquemment déclaré avoir discuté de planification (14 %), dans la même proportion que les non Sénégalais.

Tableau 13 Discussion de la planification familiale par les hommes avec leurs épouses ou leurs partenaires selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Fréquence des discussions entre partenaires				Effectif d'hommes
	Jamais	1 ou 2	Souvent	Total	
Milieu de résidence					
Urbain	62,3	11,1	26,5	100,0	324
Rural	87,5	8,5	3,9	100,0	610
Niveau d'instruction					
Aucun	88,6	6,8	4,5	100,0	730
Primaire	64,5	15,0	20,6	100,0	107
Secondaire ou plus	20,6	22,7	56,7	100,0	97
Type d'union					
Monogame	75,3	10,8	13,9	100,0	583
Polygame	84,6	7,1	8,3	100,0	351
Groupe d'âges					
20-29 ans	85,7	9,5	4,8	100,0	21
30-39	70,7	9,8	19,5	100,0	164
40-49	68,9	13,1	18,0	100,0	283
50 ans ou +	87,3	7,1	5,6	100,0	466
Région					
Ouest	66,7	11,4	21,9	100,0	315
Centre	88,0	7,9	4,1	100,0	341
Sud	83,9	8,9	7,3	100,0	124
Nord-Est	79,2	9,1	11,7	100,0	154
Ethnie					
Wolof/Lebou	75,8	10,0	14,2	100,0	351
Poullar	83,1	9,5	7,4	100,0	242
Serere	82,9	7,3	9,8	100,0	164
Mandingue	83,1	11,7	5,2	100,0	77
Autres Sénégalais	64,3	10,0	25,7	100,0	70
Non Sénégalais	78,6	7,1	14,3	100,0	(28)
Ensemble	78,8	9,4	11,8	100,0	934

6.6 Accord entre conjoints sur l'utilisation de la contraception

Le tableau 14 donne le niveau de concordance sur l'utilisation de la contraception au sein du couple. Ces résultats montrent que, lorsque le mari a déclaré ne pas utiliser de méthode, dans 96 % des cas, la femme a également déclaré ne pas utiliser la contraception. En outre, il faut noter que dans 97 % des cas où le mari utilisait une méthode contraceptive traditionnelle, au moment de l'enquête, la femme a déclaré n'en utiliser aucune. Par conséquent la concordance dans le couple sur l'utilisation des méthodes traditionnelles est très faible : seulement 3 % des cas. Par ailleurs, concernant l'utilisation actuelle de la pilule, on constate que le niveau de concordance entre les couples est élevé : 62 % des cas. En ce qui concerne le niveau de concordance entre époux sur l'utilisation actuelle des méthodes autres que la pilule, on constate qu'il est également élevé : 47% des cas.

Tableau 14 Répartition (en %) des couples selon les réponses concordantes entre hommes et femmes sur l'utilisation actuelle de méthodes contraceptives, Sénégal 1992-93

Méthodes actuellement utilisées par les maris	Méthodes actuellement utilisées par les femmes				Total	Nombre de cas
	Aucune	Pilule	Autres méthodes modernes	Méthodes tradit.		
Aucune	96,2	0,9	0,4	2,4	100,0	694
Pilule	(30,8)	(61,5)	(3,8)	(3,8)	100,0	26
Autres méth. mod.	(50,0)	(3,1)	(46,9)	(0,0)	100,0	32
Méthodes trad.	(97,3)	(0,0)	(0,0)	(2,7)	100,0	37
Ensemble	92,3	2,9	2,4	2,4	100,0	789

Note : () basé sur 25 à 49 cas.

6.7 Besoins non satisfaits en matière de contraception chez les hommes

Les besoins non satisfaits en matière de contraception étudiés sont ceux des hommes mariés qui n'utilisent pas une méthode contraceptive et qui ne veulent plus d'enfants ou qui sont indécis quant au désir d'avoir d'autres enfants.

Le tableau 15 concernant les besoins en matière de planification familiale montre que 88 % des hommes mariés n'ont pas exprimé de besoin, pour deux raisons :

- parce qu'ils utilisent actuellement la contraception (11 %);
- parce qu'ils ne ressentent la nécessité (78 %).

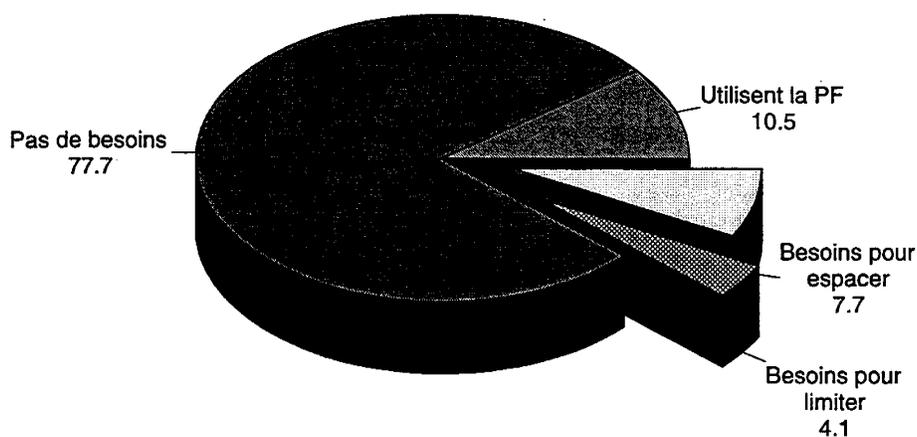
Les hommes qui ont exprimé des besoins en matière de planification familiale (12 %), ont des besoins, soit pour limiter les naissances (4 %), soit pour les espacer (8 %) (graphique 3).

Les besoins non satisfaits pour des raisons d'espacement commencent à s'exprimer à partir de 30 ans, alors que ceux, orientés vers la limitation des naissances, sont plus fréquents à partir de 40 ans. Quel que soit le type de besoin, il s'accroît avec l'âge. Cependant, quelle que soit la génération, les besoins en espacement sont plus importants que ceux de la limitation.

Tableau 15 Expression des besoins en matière de planification familiale des hommes selon certaines caractéristiques démographiques, Sénégal 1992-93

Caractéristique	Pas de besoins		Besoins non satisfaits		Total	Effectif
	Utilise	N'utilise pas	Limitation	Espacement		
Groupe d'âges						
20-29	9,5	90,5	0,0	0,0	100,0	21
30-39	13,3	85,5	0,0	1,2	100,0	165
40-49	14,0	81,1	2,1	2,8	100,0	285
50 ans ou +	7,5	72,3	7,0	13,2	100,0	469
Niveau d'instruction						
Aucun	5,2	83,2	3,7	7,9	100,0	734
Primaire	21,1	67,9	2,8	8,3	100,0	109
Secondaire ou +	39,2	46,4	9,3	5,2	100,0	97
Type d'union						
Monogame	11,1	79,4	3,8	5,8	100,0	586
Polygame	9,6	74,9	4,8	10,7	100,0	354
Milieu de résidence						
Urbain	19,5	61,6	7,9	11,0	100,0	328
Rural	5,7	86,3	2,1	5,9	100,0	612
Région						
Ouest	16,0	69,3	5,3	9,4	100,0	319
Centre	5,8	83,6	3,8	6,7	100,0	342
Sud	8,8	80,8	3,2	7,2	100,0	125
Nord-Est	11,0	79,2	3,2	6,5	100,0	154
Ensemble	10,5	77,7	4,1	7,7	100,0	940

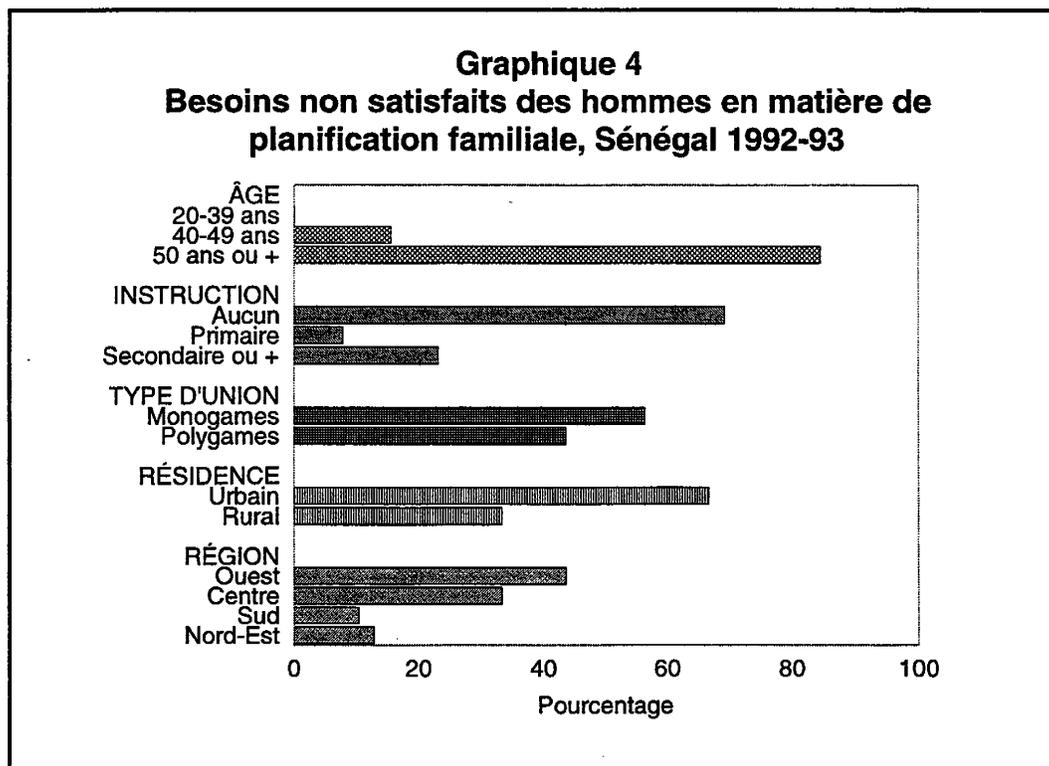
Graphique 3
Besoins des hommes en matière de planification familiale, Sénégal 1992-93



Le pourcentage d'hommes qui n'ont pas besoin de la contraception (parce que l'utilisant actuellement) augmente avec l'âge; par contre, le pourcentage d'hommes qui n'ont pas de besoin (parce que ne voulant pas utiliser la contraception) décroît avec l'âge.

Les besoins d'espacement sont plus importants que ceux de limitation chez les hommes de niveau primaire (8 % contre 3 %) ou chez ceux "sans niveau" d'instruction (8 % contre 4 %), alors que l'on observe l'inverse chez ceux qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (5 % contre 9 %).

Selon le type d'union, les besoins non satisfaits sont plus importants chez les hommes polygames, et cela quel que soit le type de besoin. En effet, 5 % de polygames ont exprimé des besoins non satisfaits de limitation et 11 % des besoins d'espacement contre, respectivement, 4 % et 6 % de monogames (graphique 4).



Les besoins non satisfaits sont plus importants en milieu urbain qu'en milieu rural : 7 % contre 2 % pour la limitation et 11 % contre 6 % pour l'espacement. Cependant, les besoins sont essentiellement orientés vers l'espacement, quel que soit le milieu de résidence (11 % pour l'espacement contre 8 % pour la limitation en milieu urbain et 6 % pour l'espacement contre 2 % pour la limitation en milieu rural).

C'est à l'Ouest du pays que les besoins non satisfaits en matière de contraception sont les plus importants, que ce soit des besoins d'espacement (9 % contre moins de 7 % partout ailleurs) ou de limitation (5 % contre moins de 4 % partout ailleurs). Quel que soit le type de besoin non satisfait, les autres régions ont des niveaux de besoins presque équivalents.

7. DISCUSSION DES DONNÉES

Comme le montre nos résultats, le niveau de connaissance en matière de PF est élevé au Sénégal. En effet, environ 82 % des hommes connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études réalisées au Zimbabwe (Mbizvo et Adamchak, 1991), au Mali (Traoré et al., 1989) et au Soudan (Khalifa, 1988).

En outre, les résultats de l'EDS-II ont montré que 29 % des hommes ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive. Cette utilisation a été plus effective en milieu urbain, à l'Ouest du pays et parmi les hommes ayant le niveau secondaire et plus, chez les Wolof et chez ceux qui sont cadres/employés ou qui sont sans emploi.

Par ailleurs, les moins de trente ans sont ceux qui utilisent le plus fréquemment la contraception. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est dans ce groupe que l'on trouve le plus grand nombre de célibataires. C'est chez ces derniers, en effet, que l'on constate le plus grand nombre d'utilisateurs de méthodes contraceptives (deux fois plus que chez les mariés).

Les taux élevés en matière de connaissance contrastent énormément avec les taux d'utilisation actuelle au Sénégal et dans les pays concernés par les EDS. Seul le Kenya se démarque du lot avec un taux d'utilisation de 54 % chez les hommes. Cependant, il y a lieu de s'interroger sur le sens même du terme "connaissance": est-ce que "entendre parler" signifie "connaître"? Se limiter à "entendre parler" pour définir cette variable nous semble surévaluer la connaissance et constitue, à notre sens, un biais dans la mesure de la connaissance.

L'instinct pronataliste non négligeable des hommes (38 %) d'une part, et leur opposition à la PF (29 %) d'autre part, ne favorisent pas l'utilisation de la PF. D'autant plus que dans nos sociétés, l'homme est le chef de famille et le plus souvent celui qui décide en matière de procréation. En outre, les résultats ont révélé que les barrières liées à la religion sont également importantes (23 %). Ces barrières sont plus importantes chez les hommes qui n'ont aucune instruction. Cela est sans doute lié au fait que ces derniers subissent beaucoup plus les pesanteurs de la religion. Contre toute attente, les barrières religieuses et l'opposition à la PF sont plus importantes en milieu urbain. Peut-on lier ce phénomène à l'exode rural¹¹?

La forte prévalence contraceptive chez les hommes qui n'ont pas d'enfants vivants ou chez ceux ayant seulement un enfant, comparativement aux autres (2 enfants ou plus), s'expliquerait par la présence de célibataires au niveau de ce sous-groupe qui, comme nous l'avons dit précédemment, sont les plus grands utilisateurs de méthodes contraceptives modernes et plus particulièrement du condom.

Les hommes qui n'ont pas encore atteint leur nombre idéal d'enfants utilisent plus fréquemment le condom que les autres. Cette constatation est sans nul doute induite par le fait qu'ils utilisent cette méthode plutôt pour lutter contre les MST/SIDA que pour limiter/espacer les naissances.

La discussion de la planification familiale au sein du couple est relativement faible au Sénégal. La discussion semble être positivement corrélée avec le niveau d'instruction. La plupart des couples étant non instruits, il est compréhensible de constater que, de manière générale, les hommes ne discutent pas de PF au sein du couple. Les monogames, par opposition aux polygames, discutent plus souvent de la planification familiale; cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont plus instruits (cf tableau 1 sur les caractéristiques).

¹¹ Une étude approfondie prenant en compte cet aspect permettrait de mettre en relief les facteurs susceptibles d'expliquer ce constat.

La concordance au sein des couples est plus importante chez ceux qui n'utilisent aucune méthode contraceptive. Comme au Ghana (Salway, 1994), les données révèlent des contradictions entre les déclarations des maris et des épouses sur plusieurs variables. Ces contradictions peuvent exprimer une divergence d'attitude. Elles pourraient aussi être imputées à la manière d'interviewer ou à une interprétation différente des questions par les maris et par les épouses. Si on prend le cas particulier de la polygamie, ce manque de concordance pourrait être dû au fait que même si l'homme déclare une méthode, elle n'est pas forcément la même pour toutes Ses femmes ou celle qui l'utilise peut ne pas être enquêtée.

Les besoins non satisfaits sont plus importants chez les hommes de plus 50 ans parce qu'ils ont atteint, ou presque, la taille idéale de leur famille. Du point de vue économique aussi, la charge d'un enfant devient peut être plus lourde à ces âges où on est à la retraite ou presque.

Les besoins non satisfaits chez les hommes n'ayant aucune instruction sont disproportionnés par rapport aux autres. Cela peut résulter d'une méconnaissance des méthodes contraceptives, surtout modernes. En effet, leur niveau de méconnaissance des méthodes est, de loin, plus élevé que ceux des hommes ayant les niveaux primaire ou secondaire et plus (cf tableau 5a).

8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Entre 1986 et 1992-93, la fécondité a baissé de 17 % au Sénégal. Durant cette même période, la connaissance des méthodes contraceptives modernes s'est améliorée. Cette amélioration concerne surtout le DIU, les injectables et les méthodes vaginales. De plus, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est en hausse. L'instruction est un facteur favorisant, non seulement la connaissance, mais aussi l'utilisation des méthodes contraceptives. L'utilisation tout comme la connaissance sont plus élevées en milieu urbain; cependant, elles pourraient l'être certainement davantage si les interdits religieux et l'opposition à la PF n'y étaient pas aussi forts. L'instauration d'une communication au sein des couples pourrait lever bien des préjugés et amener ainsi une meilleure adhésion à la PF.

Le thème développé vient enrichir les études existantes en la matière. Cependant, il serait nécessaire d'approfondir certains aspects et d'effectuer des études qualitatives complémentaires afin de cerner certaines questions restées sans réponse. Ainsi, certains axes de recherche ont été dégagés :

- La sensibilisation envers les hommes devrait être accentuée et devrait plutôt aller vers un sens nouveau qui vise l'amélioration du dialogue en matière de planification familiale au sein des couples. Ces programmes d'IEC devraient davantage se focaliser sur les hommes pour tenter de développer chez ces derniers l'intérêt de discuter avec leurs épouses de problèmes liés à leur fécondité; ces programmes devraient aussi tenter "d'instruire" les femmes sur les différentes "astuces" possibles pour instaurer la discussion sans perturber le mari.
- Une étude plus approfondie serait nécessaire pour apporter plus de détails quant aux déterminants de l'utilisation et de la non utilisation de la contraception, ce qu'une étude descriptive comme celle-ci ne peut permettre. Des techniques d'analyse plus "fines" (multivariée, par exemple) permettraient d'affiner et de mieux connaître l'importance des effets de chaque caractéristique socio-démographique ou économique sur la variable dépendante.

RÉFÉRENCES

Diadhiou, F. 1992. Réflexions autour des approches appropriées en matière de prestations de services de planification familiale. En *Approches de planification familiale en Afrique: bilan et perspectives*, ed. Bouzidi Mouhamed et al., IPPF. 16-25.

Dieng, Alpha. 1996. *Etude diagnostic sur la santé de la reproduction*.

Ezeh, A.C., M. Seroussi et H. Raggars. 1996. *Men's fertility, contraceptive use and reproductive preferences*. DHS Comparatives Studies N° 18. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Finger, W.R. 1992. Comment augmenter la participation des hommes. *Family Health International* 7(3).

FNUAP, OMS, Banque Mondiale. 1996. *Programme Spécial de Recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine*. Réunion du groupe consultatif scientifique et technique. Rapport des régions africaine et de la méditerranée Orientale, Genève 26-29 février.

Hardee, Cleveland Karen. 1992. Comment accroître la participation des hommes. *Family Health International* 7(3).

Hyjazi, Y., M.D. Baldé, A.L. Diallo et B.Tall. 1993. La planification familiale en Guinée. *Vie et Santé*. N° 16.

Khalifa, M.A. 1988. Attitude of urban sudanese men toward family planning. *Studies in Family Planning* 19(4) : 236-243.

McGinn, J., A. Bamba et M. Balma. 1989. Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 15(3) : 84-87, 95.

Mbizvo, Michael T. et Donald J. Adamchak. 1991. Family planning knowledge, attitudes and practices of men in Zimbabwe. *Studies in Family Planning* 22(1) : 31-38.

Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, Direction de la Planification et de Ressources Humaines. 1994. *Déclaration de la Politique de Population du Sénégal, adoptée en 1988*. Troisième édition.

Mundigo, Alex. I. 1995. Men's roles, sexuality, and reproductive health. En *International Lectures Series on Population Issues*, The John D. and Catherine Mac Arthur Foundation, São Paulo, Brazil, July.

Nare, C., E.O. Faye, et al. 1993a. Client decision making for use of Norplant and tubal ligation in Dakar Sénégal. Poster, August.

Nare, C., E.O. Faye, et al. 1993b. Facteurs affectant la décision des clientes à l'utilisation du Norplant et de la Ligature des trompes à Dakar-Sénégal. Séminaire de diffusion, Août.

National Reasearch Council. 1993. *Factors affecting contraceptive use in sub-Saharan Africa*. Washington, D.C. : National Academy Press.

Nations Unies. 1994. *Bulletin Démographique des NU*. No. 36, 1994.

Ndiaye, Salif, Ibrahima Sarr et Mohamed Ayad. 1988. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal, 1986*. Ministère de l'Économie et des Finances, Direction de la Statistique, Division des enquêtes et de la démographie, Dakar, Sénégal, et IRD, Columbia, Maryland.

Ndiaye, Salif, Papa Demba Diouf et Mohamed Ayad. 1994. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal, 1992-93*. Ministère de l'Économie et des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, Dakar, Sénégal, et Macro International Inc, Calverton, Maryland.

Population Reports. 1994. *Reproduction : choix qui ouvrent des possibilités aux femmes*. Population Reports. Série M, No 12 juillet.

Ringheim, K. 1993. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Studies in Family Planning* 24(2) : 87-99.

Sakho, P.O. 1994. Faire mieux, plus vite et surtout plus vite. *Pop' Enjeux* N° 1, Novembre.

Salway, S. 1994. How attitudes towards family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 20(2) : 44-47.

Sinding, Steven W., et al. 1994. À la recherche d'un terrain d'entente, besoins non satisfaits et objectifs démographiques. *International Family Planning Perspectives* 20(1) : 23-27, 32.

Traoré, B., M. Konaté, et C. Stanton. 1989. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*. Centre d'Études et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel, Bamako, et Institute for Resource Development/Westinghouse, Columbia, Maryland.

ANNEXE

Tableau A Comparaison de la connaissance et de l'utilisation de la contraception dans certains pays d'Afrique sub-Saharienne et à Haïti

Pays		Connaissance		Utilisation actuelle			
		Tous(tes)	En union	Tous(tes)	En union	ISF ¹	
Burkina Faso	F	66,1	67,4	F	7,7	7,9	6,9
	H	83,3	84,4	H	14,7	12,1	
Kenya	F	95,6	97,2	F	25,9	32,7	5,4
	H	98,9	98,8	H	50,8	54,4	
Côte d'Ivoire	F	78,4	74,2	F	16,5	11,4	5,7
	H	89,6	86,9	H	26,2	19,8	
Cameroun	F	72,5	69,6	F	19,7	16,1	5,8
	H	-	73,9	H	-	19,8	
Ghana	F	91,1	91,3	F	18,9	20,3	5,5
	H	91,1	94,0	H	-	33,5	
R.C.A	F	76,4	78,9	F	14,1	19,9	5,1
	H	93,7	96,1	H	20,5	23,9	
Haïti	F	97,8	98,9	F	12,3	18,0	4,8
	H	98,2	99,5	H	27,2	32,4	
Sénégal	F	74,2	75,0	F	7,1	7,4	6,0
	H	81,8	79,9	H	18,9	10,9	

¹ Indice Synthétique de Fécondité

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**LES MST ET LE SIDA EN RÉPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE : CONNAISSANCES ET
COMPORTEMENTS DES HOMMES
SEXUELLEMENT ACTIFS SELON LES
DONNÉES DE L'EDSRCA DE 1994-1995**

Dominique SENEKIAN, M.D.

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

decembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	207
LISTE DES GRAPHIQUES	209
RÉSUMÉ	211
1. INTRODUCTION	213
2. CONTEXTE	216
2.1 Contexte socio-économique	216
2.2 Situation démographique	216
2.3 Politique de population et programmes de santé	217
3. REVUE DE LA LITTÉRATURE	218
4. DISCUSSION DES DONNÉES	219
5. RÉSULTATS	222
5.1 Caractéristiques reproductives et comportement sexuel	222
5.2 Connaissance des MST et du sida	222
5.3 Connaissance et utilisation du condom pour le planning familial et pour la prévention des MST	226
5.4 Les infections dues aux MST	226
5.5 Risque d'infection au VIH	227
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS	229
7. CONCLUSION	229
RÉFÉRENCES	231

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1	Caractéristiques socio-démographiques des hommes de 15-59 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels 221
Tableau 2	Caractéristiques du comportement reproductif et sexuel des hommes de 15-59 ans selon le statut matrimonial 223
Tableau 3	Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, proportion de ceux ayant eu des partenaires sexuelles occasionnelles durant les 4 dernières semaines selon l'état matrimonial et l'âge 225
Tableau 4	Proportion d'hommes de 15-59 ans ayant déjà eu des rapports sexuels qui connaissent et qui utilisent le condom selon le type de connaissance et d'utilisation et selon l'état matrimonial 226
Tableau 5	Risque de contracter le Sida par les hommes de 15-59 ans au cours des 4 dernières semaines, selon l'utilisation du condom 227
Tableau 6	Perception (en %) du risque de contracter le Sida des hommes ayant eu un comportement à risque au cours des 4 dernières semaines, selon certaines caractéristiques socio-démographiques 228

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 1	Nombre moyen de partenaires au cours des 4 dernières semaines 224
Graphique 2	Fréquence coïtale moyenne au cours de 4 dernières semaines 224
Graphique 3	Rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines 225
Graphique 4	Utilisation du condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles 228

RÉSUMÉ

Pour les besoins de l'Enquête Démographique de Santé (EDS), organisée en République Centrafricaine en 1994-1995, 1 729 hommes ont été interrogés, parmi lesquels 1 542 avaient déjà eu des rapports sexuels.

La prévalence des MST est globalement de 13 %; les rapports sexuels pré-maritaux sont fréquents et la première relation sexuelle a lieu vers la fin de la puberté. Le nombre mensuel moyen de partenaires sexuelles est de 1,9 pour ceux qui ne sont pas actuellement en union et de 0,1 pour ceux qui sont actuellement en union (non compris l'épouse); cependant, parmi ces derniers, ceux qui ont eu des partenaires occasionnelles en ont eu, en moyenne, 1,4 au cours du mois.

Plus des trois quarts des hommes actuellement mariés ont eu des relations sexuelles avant le mariage et l'intervalle entre la première relation sexuelle et la première union est de 5,2 années.

Les célibataires et les veufs/divorcés ont eu, en moyenne, près de 2 partenaires pendant les 4 semaines précédant l'enquête. La fréquence coïtale des veufs/divorcés (9 fois) dépasse celle des hommes actuellement mariés (7 fois) dont la fréquence est supérieure à celle des célibataires (5 fois).

Les célibataires ont eu plus de rencontres sexuelles occasionnelles (44 %) pendant les 4 dernières semaines que les veufs/divorcés (29 %); de plus, en ce qui concerne les hommes mariés, on constate que 10 % ont eu des rencontres sexuelles occasionnelles pendant les 4 dernières semaines. En ce qui concerne l'utilisation du condom, 59 % des hommes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines ne l'ont jamais utilisé; 26 % l'ont utilisé quelquefois et seulement 16 % l'ont systématiquement utilisé au cours des relations sexuelles occasionnelles.

1. INTRODUCTION

Cette analyse a pour but de renforcer les connaissances sur les comportements sexuels à risque vis-à-vis du Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise (SIDA) et des autres Maladies Sexuellement Transmissible (MST); de plus, cette étude pourra servir de base de recherche et constituer ainsi le point de départ pour des analyses théoriques plus complexes.

L'étude des MST connaît actuellement un regain d'intérêt avec l'apparition de l'épidémie du sida qui est causé par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH); en Afrique subsaharienne, les rapports hétérosexuels sont le mode de transmission le plus fréquent.

Des études ont montré que, lorsqu'elles ne sont pas traitées, certaines MST comme le sida ou la syphilis entraînent des complications mortelles et d'autres, comme la gonococcie, la chlamydie, la donovanose laissent des séquelles invalidantes (infertilité, organes génitaux externes mutilés, rétrécissement scléro-inflammatoire de l'urètre). Ces complications nécessitent la prise en charge correcte des patients ayant une MST, notamment en ce qui concerne le diagnostic, le traitement, la notification au partenaire et le conseil pour prévenir la contagion.

Traditionnellement en Afrique, l'activité sexuelle a lieu dans le cadre du mariage. Cependant avec la libéralisation des comportements sexuels, les hommes et les femmes en âge de procréer ont de plus en plus fréquemment des rapports sexuels avec un ou plusieurs partenaires durant leur vie. Sur ce point, des études de plus en plus nombreuses sur le sida ainsi que des études anthropologiques ont montré que l'activité sexuelle des individus, en particulier des hommes, ne se limitait pas à l'intérieur du mariage.

Ainsi Lauman et al. (1994) ont remarqué qu'aux États-Unis d'Amérique, parmi les personnes nées en 1970, seulement 5 % des femmes et 2 % des hommes n'ont pas eu de rapports sexuels avant la première union. Par ailleurs, dans certaines régions où l'on pratique la polygamie, les hommes ont des relations sexuelles avec plus d'une femme dans le cadre du mariage.

Bozon (1993) note que les comportements des individus ne sont pas inscrits dans leurs gènes (ce qui les rendrait insensibles aux influences extérieures), et ils ne dépendent pas davantage des seules circonstances du moment (ce qui supposerait des individus sans aucune mémoire des épisodes antérieurs de leur vie). À travers l'éducation reçue et les processus de socialisation développés dans l'enfance, des déterminismes familiaux et sociaux se mettent en place et conditionnent ensuite fortement l'avenir. Les premières expériences vécues sont également importantes : chaque événement peut être relié à un certain nombre d'antécédents susceptibles soit d'expliquer le comportement ultérieur, soit, au moins, de le laisser prévoir.

Pison (1989) a noté que des études épidémiologiques ont montré le rôle important que jouent les prostituées dans la propagation de l'infection à VIH dans plusieurs villes africaines. Elles ont quasiment partout les taux de séroprévalence les plus élevés, et sont un réservoir connu d'autres MST. Leur probabilité d'être infectée est étroitement corrélée au nombre de leurs clients et au taux de séroprévalence parmi la population adulte. Dans certaines villes d'Afrique centrale et orientale, la virginité des filles avant le mariage est une norme culturelle encore largement respectée et le mariage lui-même est une institution relativement stable. Cependant, pour les hommes, l'acquisition d'une expérience sexuelle passe presque obligatoirement par les contacts avec les prostituées. À Kigali, chez un groupe de militaires et de donneurs de sang, 70 % déclaraient avoir eu, au moins, un contact sexuel avec une prostituée, l'année précédant l'enquête et seulement 2 % avec d'autres femmes (Pison, 1989). La fréquentation des prostituées variait considérablement en fonction de l'âge et de la situation matrimoniale et l'âge moyen à la première union était de 28 ans dans ce groupe, tandis que l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 19 ans.

L'épidémie du sida, telle qu'elle est relatée par les spécialistes, semble faire de l'Afrique à la fois le début et la fin de la maladie, son alpha et son oméga (Dozon, 1989). D'une part, en effet, on a très vite tiré argument des cas découverts en Afrique Centrale à peu près en même temps qu'aux États-Unis et en Europe (Brun-Vezinet et al., 1986; Clumeck, 1987) et surtout de tests réalisés sur des sérums africains prélevés dans les années soixante et soixante-dix, pour affirmer que le virus avait une origine africaine probable (Quinn et al., 1986). Cependant des études ultérieures ont montré que l'antériorité africaine des premiers cas était difficile à avancer, puisqu'en Amérique du Nord, on retrouvait jusque dans les années cinquante des cas compatibles à posteriori avec le diagnostic du SIDA (Huminer et al., 1987), cas qui ont révélé que les premiers tests utilisés, y compris ceux de confirmation, étaient très souvent faussement positifs en raison des réactions croisées avec d'autres anticorps (Biggar et al., 1985).

D'autre part, les projections faites à partir de taux de séroprévalence retrouvés dans certaines populations et à partir des fréquences de passage de la séropositivité à la maladie (Quinn et al., 1986) ont amené à décrire de manière dramatique l'évolution prévisible de l'épidémie en Afrique, puisque l'une des autorités en la matière a pu parler d'une "hécatombe" dont il est à craindre qu'elle "conduise à une régression, avec une société constituée de villages dispersés de survivants" et pour laquelle "ceux qui résisteront seront ceux qui auront réfléchi, qui auront su s'adapter" (Clumeck, 1987).

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 14-15 millions d'adultes infectés par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) sont encore vivants à la mi-1995 et plus de la moitié (8.5 millions) se trouvent en Afrique subsaharienne. L'Asie du Sud et du Sud-Est vient en deuxième position avec 3 millions de cas, suivi de l'Amérique latine et des Caraïbes (plus de 1,5 million).

Les taux d'infection au VIH (20-30 % dans les grandes villes) les plus élevés sont en Afrique de l'Est et du Sud (sous-région reconnue comme étant "la principale ceinture du sida". Elle regroupe l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, l'ouest du Kenya, l'ouest de la Tanzanie, l'est du Zaïre, le Malawi, la Zambie, le Zimbabwe et le Botswana et probablement le sud du Soudan). Il faut noter aussi le cas de la Côte-d'Ivoire, en Afrique de l'Ouest. Selon Laga (1994), l'épidémie n'a pas encore atteint son équilibre, et elle continue à s'étendre dans la plupart des populations signifiant que la situation peut changer rapidement.

L'opinion selon laquelle le sida est une maladie des villes n'est pas toujours valable. En effet, bien que la séroprévalence soit plus élevée en milieu urbain et plus précisément dans les capitales, et bien que la majorité des Africains vivent en milieu rural, on note une intense migration des jeunes adultes faisant des va-et-vient entre les villes et villages (Sills, 1994). De même, un autre point de vue à considérer est de croire que les pratiques sexuelles à risque semblent être plus attachées au cadre urbain et seraient dues à l'influence occidentale, conformément aux auteurs africains qui s'offensent des déclarations faites au sujet de la promiscuité traditionnelle en Afrique (Pruel et al., 1991).

Il est admis depuis 1986 que le VIH se transmet de la femme à l'homme et vice versa, mais la dernière voie semble la plus "efficace" (Sills, 1994).

Selon Bassett et Mhloyi (1991), le lien entre les MST et le sida est double. D'abord la présence des MST peut servir de révélateur d'une activité sexuelle en dehors du mariage et montrer ainsi où le sida peut se propager. Aussi l'apparition d'un taux élevé d'infection d'une MST, autre que le sida, peut expliquer les taux d'infection à VIH relativement élevés en Afrique. En présence de MST, surtout quand elles sont ulcéraires, le risque de transmission et d'acquisition du VIH est très élevé. Par ailleurs, l'infection par le VIH rend les MST plus sévères. Ainsi selon Laga (1994) : "Comme l'infection par le VIH peut modifier l'histoire naturelle de quelques MST et même décroître le taux de réponse du chancre mou au traitement, l'infection au VIH et aux MST s'amplifient mutuellement l'une l'autre".

Une étude menée en Tanzanie a montré que le simple traitement des MST a provoqué une réduction notable de la séroprévalence de l'infection à VIH. De même au Zaïre, on a constaté lors d'une intervention auprès des prostituées que le dépistage précoce des MST et leur traitement, indépendamment de l'usage des condoms et de l'exposition aux rapports sexuels, a entraîné une baisse significative de l'incidence du VIH.

En République Centrafricaine (RCA), les premiers cas de sida ont été identifiés en 1984. En 1987, le sida est déclaré problème prioritaire en matière de santé. Au cours de la même année, un chef de projet de lutte contre le sida a été nommé et des plans à court terme de lutte contre le sida ont été formulés. Le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) a été créé en 1988.

Dans le plan à moyen terme de lutte contre le sida et les MST de deuxième génération (1994-1998), le Programme National de Lutte contre le sida et les MST de la Centrafrique prévoit deux grandes priorités : la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des MST auprès de deux groupes cibles (d'une part, les jeunes scolarisés et non scolarisés et, d'autre part, les adultes hommes et femmes); et la gestion de l'impact du VIH sur les individus, les familles et les communautés.

Sur le plan épidémiologique, depuis le diagnostic des premiers cas de sida dans le pays en 1984, jusqu'en novembre 1995, la RCA a notifié à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 4 463 cas de sida (Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, n°50). Il faut signaler qu'entre 1992 (année de l'avant-dernière notification) et 1995 le pays a connu des troubles socio-politiques empêchant le fonctionnement des services de santé. Ces chiffres sont largement en-dessous de la réalité car la sous-notification est importante. Selon les enquêtes effectuées en RCA, le VIH 1 est responsable de la totalité des cas diagnostiqués (Deuxième Plan à Moyen Terme de lutte contre le Sida et les MST).

Il ya une nette prédominance de la distribution de l'infection par le VIH 1 parmi les adultes (15-44 ans) vivant à Bangui, la capitale, et dans les villes secondaires (respectivement 15 % et 8 %) par rapport au milieu rural (4 %) (Deuxième Plan à Moyen Terme de lutte contre le Sida et les MST).

Au niveau socio-comportemental, les enquêtes CAP réalisées dans la population générale en 1989 et 1992 ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- Il existe une bonne connaissance des modes de transmission.
- Le préservatif est bien identifié comme moyen de prévention mais encore peu acheté.
- La radio constitue la première source d'information sur le sida.
- Une attitude de rejet des sidéens a été constatée chez 34 % des enquêtés.
- Le changement de comportement déclaré (90 %) demeure plus une intention qu'une réalité.

En 1994-95, la RCA a participé, pour la première fois, au Programme des Enquêtes Démographiques de Santé qui réalise sa troisième phase. L'analyse suivante, effectuée à partir des données collectées dans le cadre de l'EDS-RCA, est descriptive. Elle permet de mettre en exergue les caractéristiques socio-démographiques des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels en RCA, leur comportement sexuel ainsi que leur niveau de connaissance des MST/VIH/SIDA.

Le public ciblé pour les résultats de cette analyse comprend les décideurs politiques, les agences gouvernementales et non gouvernementales qui travaillent dans le domaine de la population et tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de population et de santé.

2. CONTEXTE

2.1 Contexte socio-économique¹

La République Centrafricaine (RCA) fait partie des pays les moins avancés qui connaissent de nombreuses difficultés sur le plan économique. En effet, l'économie de la RCA est essentiellement basée sur une agriculture peu moderne qui contribue pour plus de 40 % au Produit Intérieur Brut (PIB)² avec un tissu industriel presque inexistant. Les principaux produits d'exportation sont le café, le coton, le bois et le diamant qui subissent constamment les méfaits de la baisse des cours sur les marchés internationaux. D'après les résultats du recensement de 1988 le secteur primaire rassemble 80 % de la population active. Jusqu'en 1993, la balance de paiement était déficitaire au profit des importations et le taux de croissance du PIB avait atteint un chiffre négatif de -4,5 % (Annuaire Statistique 1993, Division des Statistiques, 1994).

De 1990 à 1993, le pays a connu une période de crise généralisée sur le plan politique, économique et social, caractérisée notamment par une faible circulation de la monnaie, des arriérés de salaire, le non achat des produits agricoles, l'attentisme des opérateurs économiques et des partenaires de développement, des formations sanitaires peu fonctionnelles, la fermeture des écoles ainsi que de plusieurs entreprises, parallèlement à une prolifération du secteur informel non profitable à l'économie.

Trois programmes d'ajustement structurels mis en place à partir de 1989 avec l'appui du Fond Monétaire International (FMI) et de la Banque Mondiale n'ont pas permis d'obtenir les équilibres macro-économiques recherchés ainsi que le décollage économique. Ils ont cependant eu un impact social négatif par la réduction des dépenses sociales et le licenciement des fonctionnaires. L'endettement de l'état s'est considérablement alourdi.

Le changement politique intervenu dans le pays à l'issue des élections démocratiques multipartites de septembre 1993 ont permis de redonner un souffle nouveau au pays par la reprise du travail et l'assainissement des finances publiques. Cependant, la dévaluation du Franc CFA, intervenue en janvier 1994, qui a entraîné une inflation galopante de plus de 40 % et la baisse du pouvoir d'achat de la population, n'a pas favorisé une demande importante des biens de consommation. En 1994, le taux de croissance économique nominal est devenu positif de plus de 7 % avec une balance commerciale excédentaire de plus de 2 milliards de FCFA. Toutefois, l'état compte énormément sur la conclusion d'un accord d'ajustement structurel renforcé avec le FMI pour éponger la dette intérieure et redynamiser les activités.

C'est donc, en tenant compte de ce contexte de crise économique et sociale sur une période de 4 ans ayant précédé l'enquête, qu'il faudra interpréter les résultats.

2.2 Situation démographique

Sur la base des données collectées au cours de l'enquête démographique de 1956-1960, du Recensement Général de la Population de 1975 et du Recensement Général de la Population de 1988, la situation démographique de la RCA est résumée par les principaux indicateurs suivants :

¹ D'après Ndamobissi et al., 1995.

² Ministère des Finances, du Plan et de la Coopération Internationale, Division des Statistiques et des Etudes Economiques. 1994. *Annuaire statistique 1993*. Bangui.

Situation démographique de la RCA, 1956-60, 1975 et 1988

Indicateur	1956-60	1975	1988
Population totale	1 203 000	2 088 000(a)	2 688 426(a)
Taux brut de natalité (en ‰)	48	43	41,6(a)
Taux brut de mortalité (en ‰)	26	18	16,7(a)
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,9	5,9(a)	6,1(a)
Accroissement naturel (en ‰)	2,2	2,5	2,5(a)
Accroissement global (en ‰)	-	3,5(b)	2,0(c)
Taux de mortalité infantile (en ‰)	190	185	132(a)
Espérance de vie à la naissance (en années)	34	43	49(a)
Taux d'analphabétisme (en ‰)	99	77	63
Taux net de scolarisation en primaire (6-11 ans) (en ‰)	-	45,6(d)	48

a- Données ajustées (l'ISF observé en 1988 était de 4,8 et le TMI était de 111).

b- Taux d'accroissement global de la population entre 1960 et 1975.

c- Taux d'accroissement global inter-censitaire 1975-1988.

d- Il s'agit du taux pour les enfants de 6-14 ans en 1975.

Sources:

1959-60 : Enquête Démographique de 1959-1960

1975 : Recensement Général de la Population de 1975

1988 : Recensement Général de la population de 1988

2.3 Politique de population et programmes de santé³

La nécessité de prendre en compte les variables démographiques dans les programmes et actions de développement est désormais bien perçue par les autorités Centrafricaines. Ainsi, par la mise en place d'une Unité de Planification du développement de la Population (UPP), il a été créé une cellule de réflexion pour définir les orientations en vue de promouvoir le bien-être de la population. De même, le Ministère de la Santé a changé de nom pour devenir le Ministère de la Santé publique et de la Population. La dimension sociale du développement est devenue un leitmotiv du nouveau gouvernement issu du changement démocratique de 1993 qui a retenu la gestion économique, la santé et l'éducation comme ses trois priorités d'action. D'ailleurs, au cours de la conférence mondiale sur la population de Mexico en 1994, le chef de l'état a déclaré que "les données devant permettre d'améliorer constamment les connaissances sur la population doivent être collectées régulièrement afin de mieux définir les actions à mener."

La santé étant retenue comme l'une des priorités d'actions des autorités nationales, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré et adopté par le gouvernement et les partenaires du développement en novembre 1994. Les objectifs assignés à ce PNDS sont :

- Mettre en place un système de santé viable capable de soutenir le développement socio-économique du pays;
- Assurer un accès équitable aux soins de qualité à chaque Centrafricain;

³ D'après Ndamobissi et al., 1995.

- Satisfaire les besoins prioritaires de la population et particulièrement ceux des groupes cibles, à savoir le couple mère-enfant et les populations défavorisées;
- Permettre aux individus, aux familles et à la communauté de faire face eux-mêmes à leurs besoins fondamentaux de santé.

Les programmes prioritaires sont :

- Programme National de Santé Maternelle Infantile et de planification Familiale;
- Programme National de Contrôle de la Qualité de l'Eau et de la Salubrité de l'Environnement;
- Programme National d'Information, d'Education, Communication;
- Programme National de Nutrition et de l'Alimentation;
- Programme Élargi de Vaccination;
- Programmes Nationaux de lutte contre les maladies, y compris les MST/SIDA.

Les actions à mener visent essentiellement à :

- Intensifier les activités préventives, y compris dans le domaine des vaccinations, dans celui concernant la santé maternelle, infantile et dans celui du planning familial, ainsi que le programme d'Information, Éducation et Communication;
- Renforcer les services de soins, y compris les programmes de médicaments essentiels;
- Réhabiliter les formations existantes situées au niveau périphérique, niveau prioritaire et qui constitue l'épine dorsale de toute stratégie de soins de santé primaires.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Bozon (1993) s'est intéressé aux circonstances dans lesquelles ont eu lieu les premiers rapports sexuels; il a ainsi montré que leur analyse peut aider à comprendre les comportements sexuels et conjugaux au cours de la vie adulte. Il a montré que des attitudes à l'égard de la sexualité se cristallisent de manière précoce durant l'adolescence. Il a insisté, notamment, sur le fait que la signification de ce premier rapport est bien différent pour les hommes et pour les femmes. Le déroulement du premier rapport fait partie de l'histoire personnelle de chacun; mais il renseigne aussi sur les appartenances sociales de l'individu, et sur son époque. Cette analyse a été faite à partir des données de l'enquête "Analyse sur les Comportements Sexuels en France (ACSF)" de 1992. Il a constaté que l'âge au premier rapport sexuel s'est abaissé, modérément pour les hommes, bien plus fortement pour les femmes.

En mettant en parallèle le moment auquel avaient lieu les premiers rapports sexuels et le moment auquel avait lieu la première union, l'auteur (1993) a constaté que les premiers rapports sexuels qui, naguère, étaient étroitement liés au mariage ou à la première union pour les femmes, sont, aujourd'hui, dissociés. Dans plus d'un cas sur deux (52 %) pour les femmes âgées de 55 ans et plus au moment de l'enquête, l'âge au premier rapport sexuel est le même que celui du mariage. La proportion d'hommes ayant eu leur première

expérience sexuelle au moment du mariage est beaucoup plus faible (22%); les hommes arrivaient généralement au mariage beaucoup plus expérimentés. Pour les hommes et les femmes âgés de 18-24 ans au moment de l'enquête, ces chiffres sont, respectivement, de 7 % et 11%.

Havanon et al. (1992) ont remarqué que les rapports sexuels pré-maritaux chez les adolescents sont universels en Amérique Latine, une région où la prostitution est très répandue et autorisée. Par exemple, dans une étude chez les jeunes âgés de 15-19 ans, les proportions de ceux qui ont eu des expériences sexuelles avant le mariage sont les suivants : 42 % en Costa Rica, 44 % au Mexique, 73 % à Rio de Janeiro, Salvador et Sao Paulo, 78 % en Jamaïque. L'âge à la première relation sexuelle est de 15 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes.

Niang (1995) a constaté qu'au Sénégal, 98 % de la population a entendu parler du sida. Les premières sources d'information mentionnées sont la radio et la télévision (95 %), suivies des causeries informelles (12 %) et des causeries formelles des travailleuses sexuelles (6 %). Concernant le traitement du sida, 60 % ont déclaré qu'il n'y a pas de traitement, 24 % ont affirmé qu'il peut être traité par la médecine moderne et 3 % par la médecine traditionnelle. Les moyens de prévention, cités sans chiffre à l'appui, sont les préservatifs, l'abstinence sexuelle, des dispositions en rapport avec la religion ou l'hygiène corporelle.

Lee Poy et Gupta (1996) qui ont analysé les données de l'Enquête Démographique de Santé du Zimbabwe de 1994 ont mis en évidence les points suivants chez les hommes sexuellement actifs. La majorité des hommes mariés (83 %) ont déclaré avoir eu une activité sexuelle pendant les 4 dernières semaines, contre 36 % des hommes célibataires. Chez les hommes mariés, 78 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels pré-maritaux et, chez les hommes célibataires, 54 % déclaraient avoir eu des relations sexuelles. L'âge moyen au premier acte sexuel précédait de 4,8 ans l'âge moyen au mariage. Le nombre moyen de partenaires sexuelles dans les 4 semaines précédant l'enquête était de 1,1 pour les hommes mariés et de 1,4 pour les célibataires. La fréquence coïtale moyenne des hommes actuellement mariés était de 8 fois par mois et était deux fois plus élevée que celle des hommes jamais mariés (4 fois). Par ailleurs, pour toutes les catégories d'âge, les célibataires déclaraient une fréquence plus élevée de rencontres sexuelles occasionnelles que les hommes mariés. Un mariage tardif est aussi associé à une fréquence élevée d'actes sexuels occasionnels. Quant à la prévalence des MST, seulement 6 % des hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir été infectés au cours des 12 derniers mois. La gonococcie est la plus répandue (52 %), suivie du chancre mou et la syphilis (respectivement, 29 % et 10 %). En outre, parmi ceux qui avaient déclaré une MST, 85 % cherchaient un conseil et/ou traitement, et la majorité d'entre eux allaient utiliser les services de santé publique. La connaissance du condom, dans le but, à la fois, de planning familial et de prévention des MST, est presque universelle chez les hommes mariés et ceux qui ne le sont pas (97 %). Pratiquement les trois quarts (72 %) des hommes qui n'ont jamais été mariés utilisaient le condom autant pour le planning familial que pour la prévention des MST alors que ce pourcentage est de 45 % chez les hommes mariés.

4. DISCUSSION DES DONNÉES

Cette étude a été réalisée en utilisant les données de l'EDSRCA, menée en 1994-1995. La taille cible de l'échantillon était de 6 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 2 000 hommes de 15 à 59 ans. L'échantillon a été stratifié par région sanitaire et milieu de résidence, puis pondéré au niveau national. L'enquête a donc couvert l'ensemble du pays et les résultats sont analysés par région sanitaire (5 régions et la capitale Bangui) et par milieu de résidence (urbain, rural).

La procédure de sélection de l'échantillon est la suivante⁴ :

- au premier degré, 231 grappes correspondant aux unités primaires ont été tirées à partir des 2 757 Aires de Dénombrement (AD) issues du Recensement de 1988; le tirage s'est fait de façon systématique à l'intérieur de chaque sous-strate urbaine ou rurale de la région sanitaire, avec une probabilité proportionnelle à la taille de l'AD à savoir le nombre de ménages dans l'AD.
- au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné sur la liste des ménages dénombrés au cours de l'opération de cartographie dans chacune des 231 grappes retenues. Le nombre de ménages échantillon par grappe varie de 20 à 60.

Concernant l'enquête individuelle homme, un sous-échantillon de 2 031 ménages a été sélectionné dont 1 820 ménages ont été enquêtés avec succès, ce qui correspond à un taux de réponse de 99 %. Parmi ces ménages visités, 1 809 hommes éligibles ont été identifiés dont 1 729 ont été interviewés avec succès soit un taux de réponse de 96 %. Sur les 1 729 interviewés avec succès, 1 542 hommes (89 %) avaient déjà eu des rapports sexuels.

Pour obtenir les informations sur les hommes, le questionnaire utilisé comprenait les sections suivantes :

Section 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté.

Section 2 : Situation matrimoniale et reproduction.

Section 3 : Connaissance et utilisation de la contraception.

Section 4 : Préférences en matière de fécondité.

Section 5 : MST/SIDA et condom.

Les principales caractéristiques socio-démographiques prises en compte dans cet article sont résumées au tableau 1. En RCA, la moyenne d'âge des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels est de 32,8 ans. L'âge a été regroupé par tranche d'âges de 5 ans. La population jeune (moins de 40 ans) représente plus des trois-quarts de l'échantillon.

Les hommes qui n'ont jamais été mariés représentent le quart des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels; parmi les hommes mariés, la monogamie est de règle (91 %). Les 9 % d'hommes mariés polygames n'ont pour la plupart, que deux épouses (7 %); ceux qui ont trois épouses ou plus ne sont qu'au nombre de 20 dans l'échantillon.

Quant à l'instruction, on constate que près de la moitié des hommes (49 %) ayant déjà eu des rapports sexuels ont le niveau primaire et que seulement 3 % ont atteint le niveau supérieur. Plus de la moitié de l'échantillon (56 %) pratique la religion protestante et les catholiques représentent 32 %. Au niveau professionnel, près de la moitié des hommes sont occupés dans l'agriculture et 56 % de la population vit en milieu rural.

⁴ D'après Ndamobissi et al., 1995.

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques des hommes de 15-59 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels (N =1542)

Caractéristique	Pourcentage	Effectif
Âge		
15-19	10,8	166
20-24	16,8	260
25-29	17,7	272
30-34	16,5	255
35-39	12,2	188
40-44	7,8	120
45-49	6,1	94
50-54	6,1	95
55-59	6,0	93
État matrimonial		
Jamais marié	23,8	367
Actuellement marié	65,3	1 008
Veuf/divorcé	10,8	167
Nombre d'épouses		
1 femme	90,7	914
2 femmes	7,3	74
3+ femmes	2,0	20
Résidence		
Urbain	43,8	676
Rural	56,2	866
Région		
I	20,9	322
II	16,7	258
III	17,5	270
IV	9,0	139
V	11,8	183
Bangui	24,1	371
Instruction		
Sans instruction	19,8	305
Primaire	48,8	753
Secondaire	28,0	432
Supérieure	3,5	53
Profession		
Sans travail	11,2	172
Agriculture	49,9	769
Prof/tech/manag	5,1	79
Ventes/services	12,2	188
Main d'oeuvre qualifié	7,4	115
Main d'oeuvre non qualifié	14,1	217
ND	0,1	2
Religion		
Catholique	32,4	500
Protestante	56,6	873
Musulmane	9,2	141
Animiste	1,3	20
Autres	0,5	7

5. RÉSULTATS

5.1 Caractéristiques reproductives et comportement sexuel

Selon Anderson (1992), les principales composantes qui affectent le taux de transmission du VIH dans une unité de temps sont la fréquence des relations sexuelles, le type d'acte sexuel, le nombre de partenaires et le taux de changement des partenaires. Ces caractéristiques sont retenues dans cette analyse et sont présentées aux tableaux 2 et 3.

Le tableau 2 montre que la proportion d'hommes actuellement mariés qui n'ont pas contracté une MST au cours des 12 derniers mois dépasse celle des jamais mariés et des veufs/divorcés soit, respectivement, 91 %, 84 % et 81%. De même, on constate que plus des trois-quarts des hommes actuellement mariés ont eu des rapports sexuels avant leur union et que deux tiers des célibataires (67 %) ont déjà eu des rapports sexuels. Parmi les hommes actuellement mariés, le premier rapport sexuel a lieu 5,2 ans plus tôt que le premier mariage. Par ailleurs, parmi les hommes actuellement mariés, moins du quart (24 %) ont déclaré ne pas avoir eu des rapports sexuels pendant les 4 semaines précédant l'enquête, alors que cette proportion est de 42 % parmi les célibataires et 52 % parmi les veufs/divorcés. Le nombre moyen de partenaires sexuelles durant les 4 semaines précédant l'enquête est de 1,9 pour les veufs/divorcés et ce nombre n'est pas très différent de celui des célibataires (1,5); par contre, il est supérieur au nombre moyen de partenaires sexuelles occasionnelles des hommes actuellement mariés (0,1). Cependant, il faut noter que les hommes mariés qui ont eu des partenaires sexuelles occasionnelles en ont eu, en moyenne, 1,4 au cours du mois (Graphique 1).

La fréquence coïtale des 4 dernières semaines chez les hommes actuellement mariés (7 fois) dépasse celle des célibataires (5 fois) mais est inférieure à celle des veufs/divorcés (9 fois) (Graphique 2)

Le tableau 3 et le graphique 3 présentent la prévalence des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles selon l'âge et le statut matrimonial. Ainsi, on note que, globalement, les veufs/divorcés ont déclaré une fréquence de relations sexuelles occasionnelles (29 %) inférieure à celle des célibataires (44 %), mais supérieure à celle des hommes qui sont actuellement mariés (10 %). Chez les hommes actuellement mariés, on remarque que la fréquence des relations sexuelles occasionnelles diminue à partir de 35 ans.

5.2 Connaissance des MST et du sida

La quasi-totalité des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ont entendu parler des MST (98 %). Les MST les plus connues sont : la gonococcie (94 %), le sida (88 %) et la syphilis (84 %). Seulement un tiers des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels (31 %) connaissent le chancre mou. Les verrues génitales sont très peu connues (3 % seulement).

Comme source d'information concernant le sida, la majorité des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent en avoir entendu parler à la radio (87 %), 37 % en ont entendu parler par les amis et les parents, 16 % dans les établissements de santé, 14 % à la télévision, 14 % au cours de les conférences de quartier et 12 % par les journaux.

Tableau 2 Caractéristiques du comportement reproductif et sexuel des hommes de 15-59 ans selon le statut matrimonial

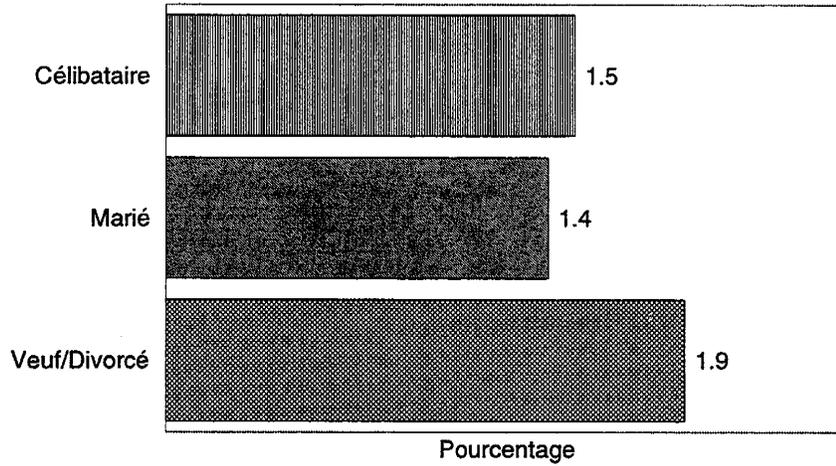
Comportement reproductif et sexuel	Pourcentage	Effectif ¹
Hommes ayant déjà eu des rapports sexuels et ayant eu une MST au cours des 12 derniers mois (en %)		
Jamais marié	16,4	367
Actuellement marié	10,8	1 008
Veuf/divorcé	19,3	167
Total	13,0	1 542
Hommes ayant déjà eu des rapports sexuels et ayant eu des rapports sexuels pré-maritiaux (en %)		
Actuellement marié	80,7	1 007
Veuf/divorcé	74,6	166
Total	84,6	1 173
Hommes "jamais mariés" et ayant déjà eu des rapports sexuels (en %)	66,7	548
Âge moyen des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels à la première relation sexuelle (en année)		
Jamais marié	16,4	367
Actuellement marié	18,1	1 008
Veuf/divorcé	17,3	167
Total	17,6	1 542
Âge moyen des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels à la première union (parmi les hommes actuellement mariés) (en année)	23,3	1 008
Activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels (en %)		
Jamais marié	58,0	367
Actuellement marié	76,1	1 008
Veuf/divorcé	47,8	167
Nombre moyen de partenaires sexuelles occasionnelles dans les 4 dernières semaines²		
Jamais marié	1,5	212
Actuellement marié	0,1	1 003
Actuellement marié ³	1,4	101
Veuf/divorcé	1,9	80
Fréquence coïtale moyenne dans les 4 dernières semaines²		
Jamais marié	5,0	207
Actuellement marié	6,9	747
Veuf/divorcé	8,7	80

¹ Compte tenu des données manquantes l'effectif n'est pas toujours le même.

² Parmi ceux ayant déclaré des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.

³ Il s'agit du nombre moyen de partenaires occasionnelles parmi les hommes en union qui ont eu des partenaires occasionnelle.

Graphique 1
Nombre moyen de partenaires au cours
des 4 dernières semaines



Graphique 2
Fréquence coïtale moyenne au cours
des 4 dernières semaines

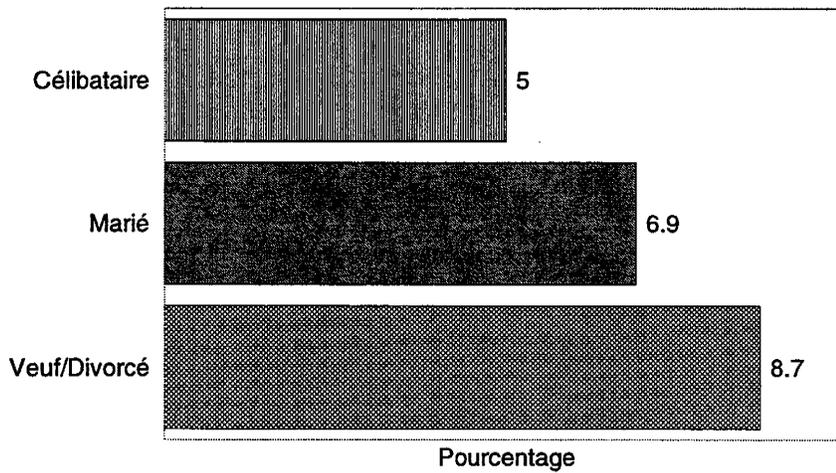
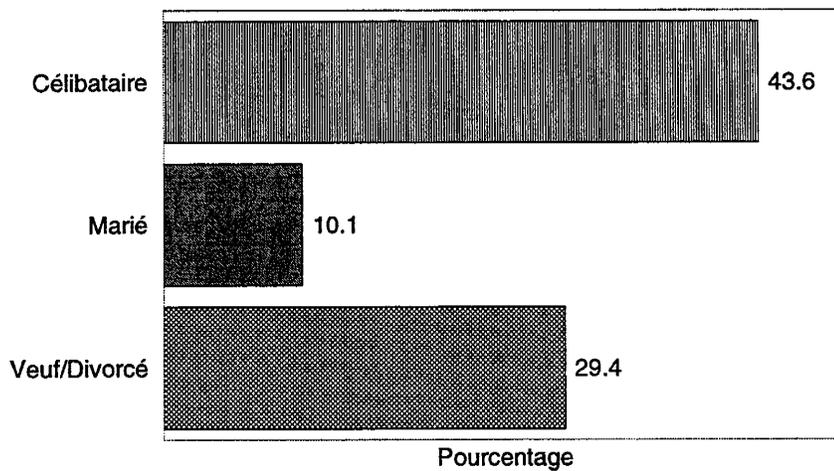


Tableau 3 Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, proportion de ceux ayant eu des partenaires sexuelles occasionnelles durant les 4 dernières semaines selon l'état matrimonial et l'âge

Âge	Jamais marié	Actuellement marié	Veuf/divorcé
15-24	44,8	14,3	(51,1)
25-34	45,2	14,3	35,6
35-44	*	7,0	(14,8)
45+	-	4,3	(13,5)
Total	43,6	10,1	29,4

Note : () basé sur 25 à 49 cas.
* basé sur moins de 25 cas.

Graphique 3
Rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines



Comme moyens préventifs pour éviter de contracter le VIH, 61 % préconisent d'avoir une seule partenaire sexuelle, 43 % ont proposé l'utilisation des condoms, 14 % ont déclaré qu'il fallait éviter les injections. Les fausses rumeurs, comme éviter les baisers, les piqûres d'insectes, la recherche de protection d'un tradipraticien, sont citées par un très faible nombre d'enquêtés (moins de 1 %). Il faut noter, par ailleurs, que 24 % des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ignorent qu'une personne qui paraît être en bonne santé peut transmettre le virus du sida.

Parmi les hommes qui pensent que le sida peut être soigné (seulement 3 %), près de la moitié (49 %) ont cité les médicaments, 46 % la religion et 23 % les tradipraticiens comme moyen à utiliser. À la question

“Connaissez-vous quelqu’un qui est décédé de SIDA?” pratiquement les deux tiers des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels (65 %) ont répondu par l’affirmative.

5.3 Connaissance et utilisation du condom pour le planning familial et pour la prévention des MST

En ce qui concerne le condom, le tableau 4 montre que le niveau de la connaissance totale est très élevée (94 %), quelle que soit la catégorie matrimoniale. Le pourcentage de veufs/divorcés qui ont déjà utilisé le condom, que ce soit pour le planning familial et/ou pour éviter les MST, (51 %) dépasse celui des hommes actuellement mariés (47 %) mais est inférieur à celui des hommes jamais mariés (73 %). La moitié des veufs/divorcés et des hommes actuellement mariés n’ont jamais utilisé le condom contre seulement un quart environ (27 %) des célibataires. L’écart connaissance-utilisation du condom est de 24 % chez les hommes célibataires, 47 % chez les hommes mariés et 41 % chez les veufs/divorcés.

État matrimonial	Connaissance du condom				Connaissance totale ¹
	Pour le planning familial et les MST	Pour le planning familial seulement	Pour la prévention des MST seulement	Aucune connaissance	
Jamais marié	94,1	0,5	2,2	3,1	96,9
Actuellement marié	87,0	1,6	5,2	6,1	93,9
Veuf/divorcé	82,7	1,8	7,8	7,8	92,2
Ensemble	88,2	1,3	4,8	5,6	94,4
État matrimonial	Utilisation du condom				Utilisation totale du condom ¹
	Pour le planning familial et les MST	Pour le planning familial seulement	Pour la prévention des MST seulement	N’a jamais utilisé le condom	
Jamais marié	43,8	0,3	29,3	26,6	73,4
Actuellement marié	23,5	0,6	22,6	53,0	47,0
Veuf/divorcé	30,4	0,0	19,2	49,5	50,5
Ensemble	29,1	0,5	23,8	46,4	53,6

¹ Y compris les raisons non déterminées

5.4 Les infections dues aux MST

Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, 13 % ont déclaré avoir contracter une MST au cours des 12 derniers mois (tableau 2). La MST la plus répandue est la gonococcie (81 % des MST déclarées) et les ulcérations génitales sont rares (syphilis 10 %, chancre mou 5 %).

Dans le groupe des hommes sexuellement actifs qui ont déclaré avoir contracter une MST au cours des 12 mois derniers, 70 % ont recherché un conseil ou un traitement et plus de la moitié (60 %) ont utilisé les services de santé de l’état.

À la question “Accepteriez-vous d’apporter de l’aide à quelqu’un qui a le sida”, la majorité (82 %) des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ont répondu de manière positive.

5.5 Risque d’infection au VIH

Le tableau 5 présente une classification des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon leur risque de contracter le sida, en fonction de leur comportement sexuel au cours des 4 dernières semaines. Le risque de contracter le sida est considéré comme faible quand l’homme n’a pas eu de relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ou quand il est marié et monogame; le risque est considéré comme moyen quand l’homme n’a pas eu de relations sexuelles occasionnelles au cours des 4 dernières semaines ou quand il a deux partenaires régulières; enfin le risque est élevé quand l’homme a eu une ou plusieurs relation(s) sexuelles occasionnelle(s) au cours des 4 dernières semaines.

Utilisation du condom	Risque de contracter le sida			Ensemble
	Bas ¹	Moyen ²	Élevé ³	
Jamai	61	53,6	58,8	59,1
Quelquefois	38,2	44,4	25,7	36,9
Chaque fois	0,8	2	15,5	4
Total	100	100	100	100
Ensemble	59,8	19,9	20,2	100

¹ Risque bas : n’a pas eu de rapports sexuels dans les 4 dernières semaines ou est marié monogame.
² Risque moyen : n’a pas eu de rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines ou a deux partenaires régulières.
³ Risque élevé : n’a eu des rapports sexuels avec une ou plusieurs partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines.

Ce tableau montre que plus de la moitié des hommes (59 %) ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles durant le mois précédant l’enquête (considérés comme à risque élevé) n’ont pas utilisé le condom lors de ces rapports sexuels occasionnels et qu’un quart d’entre eux (26 %) ne l’ont utilisé qu’au cours de quelques rapports sexuels. Seulement 16 % de ces hommes se sont protégés en utilisant le condom au cours de chaque rapport (graphique 4).

Le tableau 6 présente, pour les hommes ayant eu un comportement à risque au cours des 4 dernières semaines, la perception du risque de contracter le VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Le comportement à risque est défini ici par le fait d’avoir une ou des relation(s) sexuelle(s) occasionnelle(s) au cours des 4 dernières semaines sans l’utilisation du condom. Ainsi, parmi les hommes qui ont eu un comportement à risque durant les 4 dernières semaines, 15 % pensent avoir un risque élevé ou modéré de contracter le VIH contre 85 % qui pensent qu’ils n’ont pas de risque ou un risque faible de contracter le VIH. La répartition par tranches d’âges montre que les hommes de 25-34 pensent plus fréquemment que les autres qu’ils courent un risque élevé ou modéré de contracter le VIH.

Graphique 4
Utilisation du condom lors de rapports sexuels
avec des partenaires occasionnelles au cours
des 4 dernières semaines

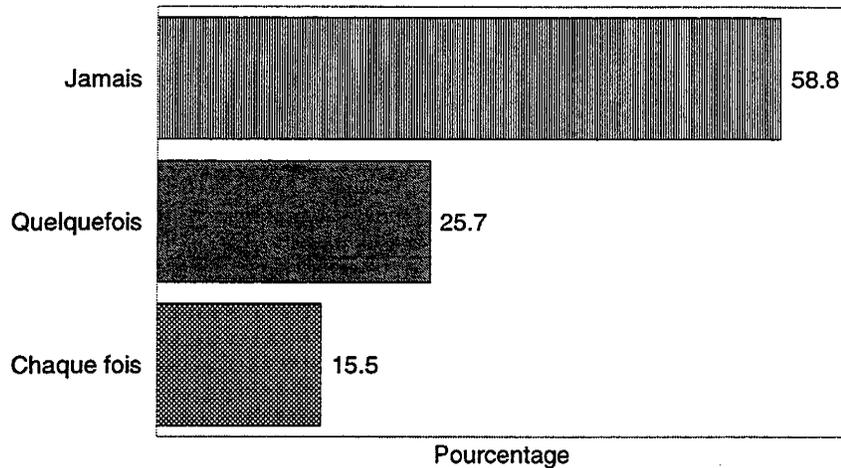


Tableau 6 Perception (en %) du risque de contracter le Sida des hommes ayant eu un comportement à risque¹ au cours des 4 dernières semaines, selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=299)

Caractéristique	Grand/modéré	Faible/inconnu
Âge		
15-24	12,8	87,2
25-34	17,6	82,4
35-44	13,9	86,1
45+	(18,8)	(81,2)
Région		
I	2,0	98,0
II	9,6	90,4
III	75,8	24,2
IV	(97,0)	(3,0)
V	(70,7)	(29,7)
Bangui	21,4	78,6
Résidence		
Urbain	170	830
Rural	138	862
Instruction		
Aucun	(10,4)	(89,6)
Primaire	15,3	84,7
Secondaire ou +	16,7	83,3
Ensemble	15	85

¹ Hommes ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines sans utiliser le condom.
 () basé sur 25 à 49 cas.

La perception du risque élevé ou modéré de contracter le sida en milieu urbain est supérieure à celle du milieu rural (17 % contre 14 %). Dans la région sanitaire 3, la perception du risque élevé ou modéré de contracter le VIH est plus importante (76 %) que dans les autres régions sanitaires, y compris à Bangui (21 %). Par ailleurs, on constate que le niveau d'instruction n'influe presque pas sur la perception du risque.

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette analyse descriptive des comportements et de la connaissance des MST chez les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels a permis de noter que la première expérience sexuelle a lieu, en général, vers la fin de la puberté. Ce résultat confirme les travaux de Pison (1989), Bozon (1993) et Lee Poy et Gupta (1996).

Les rapports sexuels se déroulent soit avant, pendant, ou en dehors de l'union. Les célibataires ont une fréquence coïtale moins élevée que les hommes actuellement mariés, mais les rencontres sexuelles occasionnelles sont plus fréquentes chez les célibataires que chez les hommes actuellement mariés. Nos résultats concordent avec ceux trouvés par Havanon et al. (1992), Bozon (1993) et Lee Poy et Gupta (1996). Cependant, en ce qui concerne les célibataires qui ont déclaré une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines, la proportion trouvée par Lee Poy est faible par rapport à la nôtre. La constatation de Vos (1994) qui disait "qu'au Zimbabwe, le thème du sexe est culturellement entouré par le secret et la honte", peut expliquer cette différence dans les résultats.

Bien que ceux qui ne sont plus mariés ne représentent que 11 % de la population, près de la moitié d'entre eux ont déclaré avoir eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines; de plus, ils ont déclaré avoir eu des rapports sexuels plus fréquemment que les autres catégories matrimoniales. Aussi, 36 % des veufs/divorcés âgés de 25-34 ans ont reconnu avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles au cours des 4 dernières semaines.

La proportion d'hommes qui ont reconnu avoir contracté une MST au cours des 12 derniers mois est deux fois plus élevée que celle trouvée dans l'étude de Lee Poy sur le Zimbabwe. En outre, il faut savoir qu'en RCA, les MST ont encore une forte connotation de "maladie honteuse" et il est donc possible qu'il y ait eu biais de dissimulation. Le SIDA est une MST à incubation très longue et la prévalence des autres MST est un moyen indirect de mesurer son importance. Elle permet aussi de mesurer le degré d'utilisation du condom au cours des aventures "amoureuses" occasionnelles.

Une bonne connaissance des modes de transmission du VIH influe positivement sur le comportement sexuel (Adrien et al., 1991). Ceci n'est pas toujours vrai. En effet, bien que plus des trois-quarts des hommes aient reconnu le sida comme une MST et bien que plus des trois-quarts des hommes interrogés sachent que le condom peut être utilisé, à la fois, pour prévenir les MST et pour éviter une grossesse, un peu moins de la moitié des célibataires, moins du quart des hommes mariés et moins du tiers des veufs/divorcés utilisent le condom, à la fois, pour prévenir les MST et comme méthode de contraception. Ici, il n'y a pas de grande différence entre nos résultats et ceux d'autres études (Mfonfu, 1988; Lee Poy et Gupta, 1996).

7. CONCLUSION

Cette analyse a permis de constater que la population de la RCA est constituée, en majorité, de jeunes et de jeunes adultes. Les personnes ayant un niveau d'instruction post-secondaire sont très rares et près de la moitié des hommes ont le niveau du primaire. Entre le premier rapport sexuel et la première union, il

s'écoule un certain nombre d'années, aussi les célibataires ont un risque de contracter le sida (relations sexuelles occasionnelles sans utiliser le condom) plus élevé que les autres.

La quasi-totalité de la population a entendu parler du sida mais près d'un quart des hommes ignorent qu'une personne en bonne santé apparente peut transmettre le sida. Le condom est bien identifié comme un des moyens de prévention de la transmission du VIH, cependant on remarque qu'un peu plus du quart des célibataires n'ont jamais utilisé le condom. Plus des trois-quarts des jeunes âgés de 15-24 ans ont des comportements à risque alors qu'ils estiment ne pas courir de risque de contracter le sida. Il en est de même pour les hommes sexuellement actifs vivant à Bangui, en milieu urbain ou en milieu rural.

Les MST les plus connues sont la gonorrhée, le sida et la syphilis. Fournir une assistance à une personne atteinte du sida est une attitude fréquente.

Les conclusions auxquels notre étude aboutit appelle les autorités politiques et administratives de la Centrafrique, d'une part, à encourager le succès aux études afin de susciter les ambitions auprès des jeunes; et, d'autre part, à renforcer, avec l'aide des Organismes Non Gouvernementaux, les campagnes d'Information, Education, Communication (IEC) en multipliant les thèmes, en utilisant les compétences en la matière et en utilisant du matériel audio-visuel, en particulier en ce qui concerne les MST.

Les recherches futures peuvent s'orienter vers l'étude des facteurs propres à la Centrafrique qui bloquent les changements de comportement et vers le rôle des MST dans la stérilité au niveau de la région sanitaire 5, dans laquelle, d'après le rapport de l'EDSRCA, on trouve le taux le plus élevé de stérilité.

RÉFÉRENCES

- Adrien, A., M. Cayemittes, et Y. Bergevin. 1991. SIDA en Haïti, connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population. *Cahiers Santé* 1 : 59-67.
- Anderson, R. 1992. The transmission dynamics of sexually transmitted diseases: The behavioural component. En *Sexual behaviour and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*, ed. T. Dyson, Liège : Ordina. 23-48.
- Bassett, M.T. et M. Mhloyi. 1991. Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *International Journal of Health Services* 22(1) : 143-156.
- Biggar, R.J., P.L. Gigase, M. Melbye, et al. 1985. ELISA HTLV retrovirus antibody reactivity associated with malaria and immune complexes in healthy Africans. *Lancet* 2(8454) : 520-530.
- Bozon, M. 1993. L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. *Sexualité et sciences sociales. Population* 48(5) : 1317-1352.
- Brun-Vezinet, F., G. Jaeger, C. Rouzioux, et al. 1986. Lack of evidence for human or simian T-lymphotropic viruses type III infection in pygmies. *Lancet* 1(8485) : 854.
- Clumeck, N., J.Y. Nau. 1987. Les spécialistes redoutent une hécatombe. L'ombre du SIDA sur l'Afrique. *Le monde*, 18 octobre.
- Dozon, J.P. 1989. Raison épidémiologique et raisons d'état. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique. *Sciences Sociales et Santé* 7(1).
- Havanon, N., J. Knoded et T. Bennet. 1992. *Sexual networking in a provincial Thai setting*. AIDS Prevention Monograph Series No. 1 (AIDSCAP).
- Huminer, D., J.B. Rosenfeld, et S.D. Pitik. 1987. AIDS in the pre-AIDS era. *Review of Infectious Diseases* 9(6) : 1102-1108.
- Laga, M. 1994. Determinants of HIV epidemiology in Africa (draft). Seminar on sexual sub-cultures and migration in the era of AIDS/STDs, Bangkok, 28 February - 3 March 1994. IUSSP Committee on anthropological and Institute of Population Studies, Chulalongkorn University.
- Lee Poy, P.I. et N. Gupta. 1996. *Hommes, habitudes sexuelles et VIH/SIDA au Zimbabwe : que pouvons-nous apprendre des données EDS-1994?* Atelier de formation sur le rôle des hommes dans les domaines de la fécondité, la planification familiale et la santé reproductive, Avril-juin 1996, Dakar, Sénégal (non publié).
- Lauman, E.R., R. Michael, et J. Gagnon. 1994. *The social organization of sexuality*. Chicago : University of Chicago Press.
- Mfonfu, D. 1988. Le syndrome de l'immunodéficience acquise au Cameroun. *Bull Liais OCEAC*, avril-juin 88 : 13-4.

Ministère des Finances, du Plan et de la Coopération Internationale, Division des Statistiques et des Etudes Economiques [République Centrafricaine]. 1994. *Annuaire Statistique 1993*. Bangui, République Centrafricaine.

Ministère de la Santé Publique et de la Population [République Centrafricaine]. 1994. *Plan National de Développement Sanitaire*. Bangui, République Centrafricaine.

Ndamobissi, R., G. Mboup, et E.O. Nguélébé. 1995. *Enquête Démographique et de Santé, République Centrafricaine 1994-95*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Direction des Statistiques Démographiques et Sociales et Macro International Inc.

Niang, C.I. 1995. *Rapport de synthèse. Recherche d'intervention ciblée sur les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal*. Dakar, juin.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1995. Situation du SIDA dans le monde. *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire de l'OMS*, No. 50.

Pison G. 1989. Le SIDA en Afrique : aspects sociaux et perspectives démographiques. Notes et documents. *Journal des africanistes* 59(1-2) : 239-244.

Pruval, A., S. Chacko, et D. Koch-Weser. 1991. Sexual behaviour, AIDS and poverty in sub-Saharan Africa. *International Journal of STD and AIDS* 2(1) : 1-9.

Quinn T.C., J.M. Mann, J.W. Curran, et al. 1986. AIDS in Africa : an epidemiologic paradigm. *Science* 234(4779) : 955-963.

République Centrafricaine, Service de la Statistique Générale. 1964. *Enquête Démographique en République Centrafricaine 1950-1960 : résultats définitifs*. Paris : INSEE, Service Coopération.

République Centrafricaine. 1987. *Recensement Général de la Population de 1975 : analyse abrégée*. Bangui, République Centrafricaine.

République Centrafricaine. *Plan à moyen terme de lutte contre le SIDA et les MST de la République Centrafricaine de deuxième génération*.

Sills, Y.G. 1994. *The AIDS pandemic : social perspectives*. Westport, Connecticut : Greenwood Press.

World Health Organisation, Global Programme on AIDS. 1995. *The current global situation of the HIV/AIDS pandemic*. Geneva.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN WORKSHOP**

**CONTRACEPTIVE KNOWLEDGE AND USE:
AGREEMENT BETWEEN SPOUSES ON USE OF
CONTRACEPTIVES AMONG GHANAIAN MEN**

**DR LAWSON E. K. AHADZIE
NATIONAL AIDS/STD CONTROL PROGRAMME
MINISTRY OF HEALTH
ACCRA, GHANA**

and

**DR ANDREW SEIDU KORKOR
REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION
MINISTRY OF HEALTH
TAMALE, GHANA**

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

December 1997

CONTENTS

	Page
TABLES	237
FIGURES	239
ACKNOWLEDGMENT	241
EXECUTIVE SUMMARY	243
1. INTRODUCTION	245
1.1 Background	245
1.2 Family Planning in Ghana	245
1.3 Objectives	247
2. METHODOLOGY AND DATA	247
2.1 Sampling Design	248
2.2 Data Collection	248
2.3 Data Analysis	248
3. RESULTS	249
3.1 Background Characteristics of Respondents	249
3.2 Knowledge of Contraceptive Methods	251
3.3 Ever Use of Contraceptive Methods	253
3.4 Current Use of Contraceptive Methods	256
3.5 Agreement between Spouses on Use of Contraception	259
3.6 Unmet Need for Contraception	260
3.7 Reasons for not Wanting to Use Contraception	263
4. DISCUSSION OF FINDINGS	264
5. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	265
REFERENCES	267
APPENDIX · Correspondence between husbands and wife's current contraceptive methods: percent distribution of Ghanaian couples, GDHS, 1993	269

TABLES

		Page
Table 1	Coverage of study	248
Table 2	Distribution of men age 15-59 years by demographic characteristics, according to urban-rural residence	249
Table 3	Distribution of men age 15-59 years by socioeconomic characteristics, according to urban-rural residence	250
Table 4	Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years by urban-rural residence	251
Table 5	Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics	252
Table 6	Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics	253
Table 7	Ever use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics	254
Table 8	Ever use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics	255
Table 9	Current use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics	257
Table 10	Current use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics	258
Table 11	Current use of contraception by men age 15-59 years	259
Table 12	Correspondence between husband's and wife's current use of contraceptive methods: percent distribution of couples	259
Table 13	Proportion of couples who reported same current method of contraception by selected socioeconomic characteristics of the husband	260
Table 14	Proportion of couples who reported the same current method of contraception by selected demographic characteristics of the husband	261
Appendix A.1	Correspondence between husband's and wife's current contraceptive methods: percent distribution of couples	269

FIGURES

	Page
Figure 1 Total fertility rate by selected background characteristics, Ghana, 1993	246
Figure 2 Regional pattern of unmet need for contraception, married Ghanaian men, 1993	262
Figure 3 Educational differentials in unmet need for contraception, married Ghanaian men, 1993	262
Figure 4 Unmet need for contraception according to type of union, married Ghanaian men, 1993	263
Figure 5 Reasons for not intending to use contraception in future, Ghanaian men, 1993	264

ACKNOWLEDGMENT

We wish to express our sincere thanks to all those who helped us to compile this report. In particular we wish to thank all the staff of DHS/Macro International Inc. who worked with us for their invaluable technical and editorial assistance. We also wish to express our gratitude to Dr. Abdulai Issaka-Tinorgah, Director, External Aid Coordination, PPME, Ministry of Health, Ghana and Dr. Kwame Ampomah, Director, Family Planning and IEC, National Population Council, Ghana for reviewing the document.

EXECUTIVE SUMMARY

This report examines knowledge and use of contraception among Ghanaian men as well as agreement between spouses on use of contraception. It also looks at the reasons men give for not using contraception and estimates their unmet need for contraceptive use.

Most documents on contraceptive use in Ghana have tended to concentrate only on women and married men. This analysis is therefore a modest attempt to provide some information on men's role in contraception in Ghana. It utilizes data collected in the 1993 Ghana Demographic and Health Survey (GDHS). The analysis is based on 1,302 men, 4,652 women and 550 couples.

The analysis shows that, overall, knowledge of contraception among Ghanaian men is 91 percent. This is the same level as that reported for all women (91 percent) in the 1993 GDHS report. The relatively high level of knowledge about contraception is not reflected in the level of use. For example, whereas 91 percent of men knew at least one contraceptive method, only 48 percent of them had actually ever used any method, and only 27 percent were currently using a method. Of current users, 18 percent are using modern methods while 9 percent are using traditional methods.

There is considerable variation in knowledge, ever use, and current use of contraceptives by specific methods, and by socioeconomic and demographic characteristics. The condom is best known (85 percent), has the highest level of ever use (31 percent), and the highest level of current use (11 percent). The level of knowledge of contraception is higher in urban areas, among the married, among those with children, and among Christians, and increases with the level of education and degree of media exposure; it is lower among the youngest and oldest age groups. Generally, this pattern is repeated for ever use and current use of contraceptives.

Overall, 79 percent of couples reported using the same current method (or nonuse) of contraception. Couples in rural areas are more likely to agree on the same method (or nonuse) than those in urban areas. The proportion of couples who agree on use of the same method decreases with increasing educational attainment and extent of media exposure of the man. A large proportion of couples agree that they are not using any method of contraception. The reasons given by men for intention not to use contraception in the future have more to do with sociocultural factors than lack of knowledge and availability of family planning services. Desire for more children influences contraceptive use; the factors influencing fertility and fertility preferences need further evaluation.

Our findings suggest that current use of contraception is higher among men than women. This appears to be contrary to the popular belief that Ghanaian men are generally pronatalist and show less enthusiasm for family planning than their female counterparts. However, we cannot conclude, based on this finding alone, that Ghanaian men use contraception for family planning more than their female counterparts. This is because our analysis is limited and does not describe the circumstances under which methods are used: within marriage for fertility regulation or outside marriage for prevention of sexually transmitted diseases. This point is buttressed by the fact that the most common method used by men is the condom, and a good proportion of wives are unaware that their husbands are using condoms.

The level of unmet need for contraception among married Ghanaian men is 48 percent, compared with 39 percent for married women in the 1993 GDHS report. In addition, there is a large pool of unmarried sexually active men and women whose unmet need has not been computed because data are not available. Overall, there is a large population of sexually active men and women who do not want to have children and

yet do not do anything actively to prevent pregnancy. This calls for creativity in research and programme design in order to convert the passive need to effective use.

Further in-depth analysis into factors influencing fertility and fertility preferences, socioeconomic and cultural factors that influence the acceptance and use of contraception, and contraceptive use in relation to marital and nonmarital relations among Ghanaian men is necessary to fully understand the attitudes of Ghanaian men toward contraception and to define their role in family planning.

1. INTRODUCTION

This report examines the knowledge and use of contraceptives among Ghanaian men as well as agreement between spouses on use of contraception. It also looks at the reasons men give for not using contraception and estimates their unmet need for contraceptive use.

1.1 Background

Ghana lies on the west coast of Africa and occupies a total land mass of 238,537 square kilometres. It is divided into 10 administrative regions, which are further sub-divided into 110 districts. The districts form the basic units of political administration called the District Assemblies.

The population is made up of several ethnic groups. The Akans form the largest and account for 44 percent of the population followed by the Mole-Dagbani (16 percent) and Ewes (13 percent). Other smaller ethnic groups make up the remainder. About two-thirds (64 percent) of Ghanaians are Christians, 14 percent Muslims, 18 percent traditionalist (or have no religion), and the remaining 4 percent belong to other smaller religions. Ghana's economy is mixed, but principally based on traditional agriculture, mining and commerce.

At the time of independence in 1957 Ghana's population was barely 6.0 million. It increased to 6.7 million in 1960, 8.6 million in 1970, and 12.3 million in 1984, nearly doubling the population over the 24-year period. With a growth rate estimated to be between 2.8 and 3.1 percent per annum, Ghana ranks among the countries with the world's highest rates of population growth. The 1993 Ghana Demographic and Health Survey (GDHS) shows that the total fertility rate (TFR) of the country is about 5.5 although considerable variations exist by background characteristics (Figure 1) (GSS and MI, 1994).

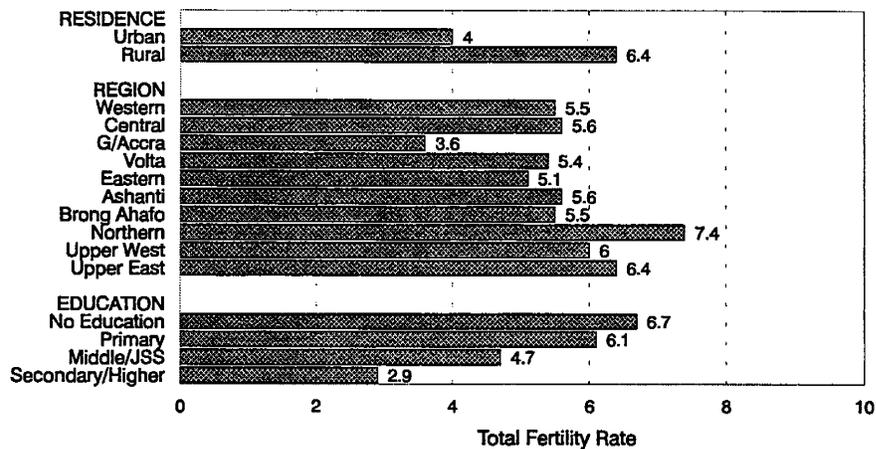
As of 1993, Ghana's population was estimated to be about 16 million. Ghana's population is often described as a young one with 48 percent below 15 years of age and only 3.5 percent above 65 years of age. Sixty-eight percent of Ghana's population is rural and the average population density (as of 1984) is 52 persons per square kilometre, although marked differences exist between regions. Density ranges from 17 persons per square kilometre in the Northern region to 441 in the Greater Accra region (NPC/GOG, 1994; GSS and MI 1994).

1.2 Family Planning in Ghana

Ghana has been among the leaders in the effort to control rapid population growth. As far back as 1969 Ghana developed a national population policy with the objective of reducing the population growth rate from 3 to 1.7 percent per annum. Since then only modest progress has been made and the population growth rate remains above 3 percent (NPC/GOG, 1994). Renewed concern by the Government of Ghana led to the formation of a National Population Council (NPC) mandated to revise the population policy and coordinate efforts to slow down the rapid population growth. The main objective of the revised policy remains the reduction of the population growth rate from 3 percent per annum to 1.7 percent per annum by the year 2000 (NPC/GOG, 1994). The NPC is the highest statutory body set up to advise the Government on population and related issues. The Ministry of Health is the main government body implementing family planning programmes in the country. Several nongovernmental organizations (NGOs), notably the Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG), provide substantial family planning services in the country.

Most family planning programmes and messages today are directed towards women. Current assessment of family planning activities and achievements in Ghana is based on women's knowledge, attitudes and practices. It is recognized that Ghanaian men have a dominant role in society and greatly influence fertility decisions. In spite of this very little information exists about Ghanaian men's contra-

Figure 1 Total Fertility Rate by Selected Background Characteristics, Ghana 1993



Source: GDHS 1993

ceptive attitude and behaviour except for the perception that they are pronatalist and tend to act as barriers to contraceptive use and family planning. Ezeh (1993) reported that Ghanaian men have more favourable disposition towards family planning than their wives but show less enthusiasm for stopping childbearing. The same study reports that the Ghanaian man's attitude towards family planning depends on his background characteristics alone whereas that of the wife depends on hers and her husband's. In a similar study on attitudes of urban Sudanese men towards family planning, Khalifa (1988) reports that the decision not to practise family planning is male dominated and husbands are responsible for providing contraceptives where family planning is practised.

Thus, male dominance in decisions affecting family planning may not be a peculiarity of Ghanaian men alone.

Most documents on contraceptive use in Ghana have tended to concentrate only on women and married men. The percentage of women age 15-49 who know at least one method of contraception has increased from 76.2 percent in 1988 to 91.1 percent in 1993. Although these figures suggest a high level of knowledge among women, the prevalence of contraceptive use among women has only gone from 12.3 to 18.9 percent during the same period. The prevalence of modern contraceptive use among married Ghanaian men and women was 19.9 percent and 10.1 percent, respectively, in 1993 (GSS and IRD/Macro, 1989; GSS and MI, 1994; Ezeh et al., 1996). The level of knowledge and current contraceptive use in Ghana is high relative to other countries in the West African sub-region and comparable with that in East Africa (Ezeh et al., 1996).

Despite the modest increases in contraceptive use suggested by these recent surveys, Ghana's population continues to grow. By 1993, only seven years before the target set in the 1969 Population Policy, the annual growth rate was still 3 percent. Among the factors mentioned as causing the poor performance of the 1969 Population Policy is poor community participation. Community participation in family planning may be defined as communities and couples acting positively to create an enabling environment for couples to make joint decisions on family planning issues.

Few studies on discussion and agreement between spouses on contraceptive use in Ghana are available. In one related study in which Salway (1994) looks at agreement between husbands' and wives' attitudes towards family planning (using the 1988 GDHS data), it was discovered that there were inconsistencies between responses of husbands and wives. For example, whereas 77 percent of couples held similar attitudes towards family planning, it was found that 39 percent of wives misrepresented their husbands' attitudes. The negative attitude toward family planning attributed to men may largely be a misrepresentation. The 1993 GDHS survey also reveals similar inconsistencies between husbands' and wives' responses. In addition to attitudes, it is useful to study agreement between spouses on use of contraceptives; however, both survey reports are silent on this.

The concept of unmet need for contraception has received worldwide attention (Bongaarts and Bruce, 1995). This concept involves need for spacing and for limiting births. Unmet need for spacing refers to men not using contraceptives and who have no desire for children within the next two years but intend to have more children in the future. Unmet need for limiting births refers to men who are not using contraceptives and have no desire for any more children. The GDHS (1993) reports that the total unmet need for contraception among married women (for spacing and limiting) is 38.6 percent, but makes no mention of the unmet need of men.

The foregoing review confirms that most of the analyses on contraception have been focused on women and couples; the contraceptive behaviour of men has rarely been evaluated. The 1993 GDHS data presents a valuable opportunity to evaluate Ghanaian men's attitudes and behaviours towards contraception. It has for the first time generated data on a national sample of men age 15-59 years, both married and unmarried. This document presents a descriptive analysis of some of the pertinent issues. It is hoped that this report will be of use to policymakers and decisionmakers working on family planning and population issues.

1.3 Objectives

The specific objectives of this analysis are to :

- investigate the level and pattern of knowledge and use of contraceptives among Ghanaian men and the influence of socioeconomic and demographic characteristics on these;
- determine the level of agreement between spouses on use of contraception as well as identify areas of disagreement;
- determine the reasons given by Ghanaian men for not wanting to use contraception in the future; and
- assess the unmet contraceptive needs of Ghanaian men according to background characteristics.

The remainder of this report is organized in sections as follows: data collection methods, results, discussion of the findings, conclusion and recommendations. It ends by highlighting areas that need more detailed analysis and future research.

2. METHODOLOGY AND DATA

This report utilizes data collected in the 1993 Ghana Demographic and Health Survey. The survey was conducted between September 1993 and February 1994 by the Ghana Statistical Service (GSS) in conjunction with the Demographic and Health Surveys (DHS) project of Macro International Inc.

2.1 Sampling Design

The 1993 GDHS is a stratified, self-weighting, nationally representative sample of households chosen from 400 enumeration areas (EAs). The 1984 Population Census EAs constituted the sampling frame. The frame was first stratified into 3 ecological zones namely, coastal, forest and savannah, and then into urban and rural EAs. The EAs were selected with a probability proportional to the number of households. Households within selected EAs were then listed and a systematic sample of households was selected for the survey. The survey was designed to yield a sample of 5,400 women age 15-49 years and a subsample of males age 15-59 years selected from one-third of the 400 EAs. The response rates for households, women, and men were 98.4 percent, 97.1 percent and 96.2 percent, respectively. This analysis is based on 1,302 men, 4,652 women, and 550 couples (Table 1).

	Coverage	File	Base (N)
Knowledge, ever use, current use	All men	Male	1,302
Agreement on use	Couples	Couples	550
Unmet contraceptive need	Married men	Male	749
Reasons for not intending to use contraceptives	Men who do not intend to use contraceptives	Male	326

2.2 Data Collection

The survey information was gathered using a structured questionnaire based on the DHS Model B Questionnaire designed for countries with low levels of contraceptive use and consisted of a Household Schedule, a Woman's Questionnaire, and a Man's Questionnaire. In addition to English, five major local languages were used. The Household Schedule was the instrument used to identify eligible women and men from whom detailed information was collected during the individual interviews.

Incomplete questionnaires and respondents who did not sleep in the household the night before the interview were excluded (i.e., only de facto respondents were used). During the interview respondents were asked to list all the contraceptive methods they knew of. Descriptions of the methods not mentioned were then given and the respondents were asked if they knew of them. In this report, respondents who reported knowing a method either spontaneously or after hearing it described are treated as having knowledge of that method. Such knowledge does not necessarily mean that they know how to use it or know a source. Questions on ever use and current use of a contraceptive method refer to use by either member of a couple; so, a man who reports that his wife is currently using an IUD will be recorded as using an IUD.

Traditional methods in this study are limited to withdrawal and the rhythm method. Prolonged (cultural) abstinence was not included.

2.3 Data Analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). The major background variables used were place of residence, region, education, media exposure, religion, age, marital status, type of marital union, and number of children (ever born and living). These background variables were chosen because of their known association with the contraceptive behaviour of women in Ghana.

3. RESULTS

The findings from the analysis are presented in this section under seven headings, namely background characteristics of respondents, knowledge of contraceptive methods, ever use of contraceptive methods, current use of contraceptive methods, agreement between spouses on use of contraception, unmet need for contraception, and reasons for not wanting to use contraception.

3.1 Background Characteristics of Respondents

Tables 2 and 3 show the distribution of the sample of Ghanaian men by selected background characteristics.

Characteristic	Percentage		Total	
	Urban	Rural	Percentage	Number of men
Age group				
15-19	17.0	17.3	17.2	224
10-24	13.3	14.4	14.0	182
25-29	18.3	13.8	15.4	200
30-34	11.3	13.7	12.8	167
35-39	11.5	14.0	13.1	171
40-44	8.9	8.0	8.3	108
45-49	8.3	5.8	6.7	87
50-54	8.5	6.5	7.2	94
55-59	3.0	6.5	5.3	69
Marital status¹				
Never married	39.1	33.6	35.6	463
Married	54.1	59.4	57.5	749
Formerly married	6.7	7.0	6.9	90
Type of union²				
Not married	46.0	40.6	42.5	553
Monogamous	49.9	48.5	49.0	637
Polygynous	4.1	10.9	8.5	111
Children ever born				
No children	42.6	38.5	39.9	520
1-2	21.5	18.1	19.3	251
3-4	16.1	17.0	16.7	217
5-6	10.4	10.5	10.4	136
7+	9.3	16.0	13.7	178
Living children				
No living children	43.5	39.8	41.1	535
1-2	22.0	20.1	20.7	270
3-4	17.6	18.8	18.4	239
5-6	9.8	10.3	10.1	132
7+	7.2	11.0	9.7	126
Total	35.3	64.7	100.0	-
Number of men	460	842	-	1,302

¹ Married: includes couples living together. Formerly married: includes widowed, divorced and separated.
² One case missing.

Table 3 Distribution of men age 15-59 years by socioeconomic characteristics, according to urban-rural residence, Ghana 1993

Characteristic	Percentage		Total	
	Urban	Rural	Percentage	Number of men
Region				
Western	6.5	10.0	8.8	114
Central	6.5	10.2	8.9	116
G/Accra	35.9	1.0	13.3	173
Volta	4.8	18.4	13.6	177
Eastern	10.4	14.8	13.3	173
Ashanti	16.3	12.1	13.6	177
B/Ahafo	9.6	9.4	9.4	123
Northern	7.0	12.6	10.6	138
U/West	3.0	4.0	3.7	48
U/East	0.0	7.5	4.8	63
Media exposure¹				
None	6.5	25.7	18.9	245
Newspaper only	0.9	0.8	0.8	11
TV only	5.4	2.0	3.2	42
Radio only	11.1	30.7	23.8	308
Any two	26.8	27.6	27.3	354
All three	49.2	13.1	25.9	336
Religion²				
None	8.5	15.1	12.7	166
Catholic	17.6	16.2	16.7	217
Protestant	26.8	18.2	21.2	276
Pentecostal	11.3	13.5	12.7	166
Other Christian	14.4	13.1	13.5	176
Muslim	19.2	16.0	17.1	223
Traditional	2.2	8.0	5.9	77
Education				
None	12.8	31.1	24.7	321
Basic ³	49.3	57.1	54.4	708
Secondary+	37.8	11.8	21.0	273
Total	35.3	64.7	100.0	-
Number of men	460	842	-	1,302

¹ Six cases missing.

² One case missing.

³ Basic education includes primary, middle/JSS.

About two-thirds (64.7 percent) of Ghanaian men live in the rural areas and the rest in urban areas but there is considerable regional variations. For example, the Greater Accra Region is almost entirely urban while the Upper East and West Regions are almost entirely rural.

Seventy-five percent of Ghanaian men have had at least basic education. The most common religions are Christianity (64.1 percent) and Islam (17.1 percent). Seventy-three percent of the interviewed men are below 40 years of age. Over half of the men (57.5 percent) are currently married or living with women, while 5.9 percent are either widowed, divorced or separated. Of the married men, 85 percent are in a monogamous

union. About 40 percent of Ghanaian men have no children, while some 36 percent have between one and four children.

3.2 Knowledge of Contraceptive Methods

All 1,302 interviewed men were asked about their knowledge of contraception. Tables 4, 5 and 6 show the distribution of knowledge by selected background characteristics. Ninety-one percent of the men know at least one type of contraceptive and 73.6 percent know at least four methods (Tables 5 and 6); 90.2 percent know at least one modern method of contraception; however, there is considerable variation in level of knowledge of specific methods. For example, whereas 84.8 percent of the men know of the condom, only 5.1 percent know about implants (Table 4).

Table 4 Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years, by urban rural-residence, Ghana 1993

Contraceptive knowledge	Percentage		Total
	Urban	Rural	
Knowledge of contraceptives			
Knows no method	4.6	11.3	8.9
Knows any method	95.4	88.7	91.1
Knows traditional method	0.4	1.1	0.8
Knows modern method	95.0	87.6	90.2
Knowledge of specific methods			
Pill	79.6	70.0	73.3
IUD	48.5	32.4	38.1
Injection	64.3	64.5	64.4
Diaphragm/Foam/Jelly	66.6	48.1	54.6
Condom	92.8	80.4	84.8
Female sterilization	70.0	61.4	64.4
Male sterilization	34.4	26.5	29.3
Implant	6.3	4.5	5.1
Rhythm	65.9	53.8	58.1
Withdrawal	68.3	54.6	59.4
Other traditional	7.8	5.5	6.3
Number of men	460	842	1,302

In general, the proportion of men in urban areas (95.4 percent) who know about contraceptives is greater than the proportion in rural areas (88.7 percent). There are also regional differentials in knowledge of contraceptives. Knowledge of at least one method ranges from 76.1 percent of men in the Northern Region to 98.8 percent of men in the Greater Accra region. Knowledge of contraceptive methods increases with the level of education and degree of media exposure. It is generally higher among the Christian groups than among other religious groups (Table 5).

Table 5 Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Number of methods known				Knows:		Number of men
	Any	1-3	4-6	7+	Pill	Condom	
Residence							
Urban	95.4	15.2	30.4	49.8	79.6	92.8	460
Rural	88.7	18.8	32.7	37.3	70.0	80.4	842
Education							
None	80.1	29.6	32.4	18.1	57.3	62.9	321
Basic	92.8	17.1	34.5	41.2	73.4	89.3	708
Secondary/Higher	99.6	4.4	24.5	70.7	91.9	98.9	273
Region							
Western	94.7	23.7	36.8	34.2	74.6	91.2	114
Central	96.6	26.7	28.4	41.4	69.8	92.2	116
G/Accra	98.8	8.7	28.9	61.3	86.1	97.7	173
Volta	89.8	17.5	39.0	33.3	66.1	79.7	177
Eastern	93.1	12.1	30.1	50.9	77.5	89.6	173
Ashanti	89.8	22.2	32.2	35.6	70.1	85.9	177
B/Ahafo	91.9	10.6	19.5	61.8	79.7	87.0	123
Northern	76.1	21.7	29.7	24.6	64.5	60.9	138
U/West	(77.1)	(18.8)	(43.8)	(14.6)	(52.1)	(68.8)	48
U/East	96.8	19.0	41.3	36.5	84.1	82.5	63
Media exposure¹							
None	74.3	30.2	31.0	13.1	46.9	56.3	245
Newspaper only	*	*	*	*	*	*	11
TV only	(78.6)	(23.8)	(31.0)	(23.8)	(59.5)	(78.6)	42
Radio only	90.9	20.8	38.0	32.1	71.1	83.1	308
Any two	96.0	15.8	35.3	44.9	76.8	92.7	354
All three	99.7	6.3	22.6	70.8	93.5	99.1	336
Religion²							
None	88.6	21.1	41.0	26.5	69.9	77.7	166
Catholic	92.2	16.6	30.9	44.7	74.2	87.6	217
Protestant	96.4	10.5	29.3	56.5	79.7	93.5	276
Pentecostal	91.6	15.1	31.3	45.2	75.9	86.7	166
Other Christian	96.6	15.3	30.1	51.1	80.1	94.3	176
Muslim	83.9	23.3	30.0	30.5	63.7	76.2	223
Traditional	83.1	31.2	35.1	16.9	63.6	61.0	77
Total	91.1	17.5	31.9	41.7	73.3	84.8	-
Number of men	1,186	228	415	543	955	1,104	1,302

Note: Figures in parentheses are based on 25-49 men. An asterisk indicates that the figure is based on less than 25 men and has been suppressed.

¹ Six cases missing.

² One case missing.

The youngest and oldest age groups know least about contraception; a higher proportion of ever-married men and those with children know a contraceptive method than never-married men and those without children. Men in a monogamous union tend to know more methods and are more likely to know of the condom than men in polygynous unions (Table 6).

Table 6 Knowledge of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Number of methods known				Knows:		Number of men
	Any	1-3	4-6	7+	Pill	Condom	
Age							
15 - 19	77.2	32.1	27.7	17.4	50.0	74.1	224
20 - 24	95.1	17.0	39.6	38.5	74.2	91.2	182
25 - 29	95.5	12.5	32.0	51.0	80.5	91.5	200
30 - 34	91.6	16.2	24.6	50.9	76.0	83.2	167
35 - 39	95.3	10.5	34.5	50.3	79.5	90.6	171
40 - 44	100.0	13.0	35.2	51.9	89.8	94.4	108
45 - 49	92.0	10.3	33.3	48.3	81.6	85.1	87
50 - 54	91.5	16.0	29.8	45.7	72.3	79.8	94
55 - 59	85.5	24.6	31.9	29.0	69.6	63.8	69
Marital status¹							
Never married	85.5	24.2	31.5	29.8	62.9	81.2	463
Married	94.0	13.1	32.0	48.9	79.6	86.8	749
Formerly married	95.6	20.0	32.2	43.3	75.6	86.7	90
Type of union²							
Not married	87.2	23.5	31.6	32.0	64.9	82.1	553
Monogamy	94.2	11.6	31.9	50.7	79.9	88.1	637
Polygamy	92.8	21.6	33.3	37.8	77.5	79.3	111
Children ever born							
0	86.2	22.7	32.1	31.3	64.0	81.5	520
1-2	96.0	14.7	29.5	51.8	78.5	92.0	251
3-4	93.5	11.1	31.8	50.7	82.9	86.0	217
5-6	96.3	15.4	32.4	48.5	76.5	86.8	136
7+	91.6	15.7	34.3	41.6	79.2	80.9	178
Living children							
0	86.2	22.4	32.0	31.8	64.7	81.7	535
1-2	95.2	14.1	29.6	51.5	77.4	89.6	270
3-4	95.0	13.8	33.9	47.3	82.4	88.3	239
5-6	92.4	15.2	28.8	48.5	73.5	79.5	132
7+	94.4	13.5	35.7	45.2	84.1	86.5	126
Total	91.1	17.5	31.9	41.7	73.3	84.8	-
Number of men	1,186	228	415	543	955	1,104	1,302

¹ Married: includes couples living together. Formerly married: includes widowed, divorced and separated.

² One case missing.

3.3 Ever Use of Contraceptive Methods

Those men who reported knowledge of a contraceptive method were asked whether they or their partners had at any time ever used the method. Tables 7 and 8 show the distribution of responses according to selected background characteristics. The proportion of men that have ever used male sterilization (0.2 percent), female sterilization (0.5 percent), the IUD (1.8 percent), injection (2.5 percent) and implants (0 percent) were small and are not included in the tables. Six hundred and thirty men, representing 48.4 percent of Ghanaian men sampled have used at least one type of contraception at some time. Overall, the most common method ever used was the condom (30.6 percent) followed by the rhythm method (21.3 percent).

Table 7 Ever use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Methods ever used						Number of men
	Any	Pill	Diaphragm/ Foam/ Jelly	Condom	Rhythm	With- drawal	
Residence							
Urban	60.2	16.3	21.5	43.0	27.8	23.5	460
Rural	41.9	12.4	11.8	23.8	17.7	17.5	842
Education							
None	21.8	2.5	1.9	6.9	9.7	7.5	321
Basic	48.6	14.7	13.4	29.7	17.2	19.5	708
Secondary/Higher	79.1	24.5	35.5	60.8	45.4	34.1	273
Region							
Western	50.0	10.5	11.4	28.1	16.7	19.3	114
Central	46.6	9.5	20.7	27.6	12.9	11.2	116
G/Accra	71.1	20.2	31.8	55.5	38.7	35.8	173
Volta	48.6	14.1	19.8	23.7	20.3	20.9	177
Eastern	56.6	12.1	15.6	38.2	26.6	22.5	173
Ashanti	43.5	18.6	14.1	28.2	14.1	19.2	177
B/Ahafo	57.7	22.2	6.5	37.4	31.7	22.8	123
Northern	30.4	7.2	7.2	15.9	16.7	9.4	138
U/West	(16.7)	(2.1)	(0.0)	(10.4)	(4.2)	(2.1)	48
U/East	22.2	6.3	1.6	11.1	7.9	9.5	63
Media exposure¹							
None	22.4	2.0	3.7	11.0	4.9	7.8	245
Newspaper only	*	*	*	*	*	*	11
TV only	(28.6)	(7.1)	(0.0)	(11.9)	(9.5)	(9.5)	42
Radio only	38.0	10.4	10.4	19.5	17.5	15.3	308
Any two	54.8	15.5	15.5	33.3	19.5	21.2	354
All three	73.8	24.4	29.8	55.8	40.2	32.1	336
Religion²							
None	36.1	7.8	9.6	21.1	15.1	16.4	166
Catholic	57.1	18.0	17.1	31.5	29.0	21.2	217
Protestant	62.0	19.9	21.7	43.5	25.8	26.1	276
Pentecostal	49.4	13.9	18.1	31.9	19.3	18.1	166
Other Christian	56.8	14.2	21.0	40.3	26.7	29.5	176
Muslim	33.6	10.3	6.3	22.0	13.5	9.9	233
Traditional	23.4	1.3	5.2	2.6	11.7	7.8	77
Total	48.4	13.7	15.2	30.6	21.3	19.6	-
Number of men	630	179	198	398	277	255	1,302

Note: Figures in parentheses are based on 25-49 men. An asterisk indicates that the figure is based on less than 25 men and has been suppressed.

¹ Six cases missing.

² One case missing.

Table 8 Ever use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Methods ever used						Number of men
	Any	Pill	Diaphragm/ Foam/ Jelly	Condom	Rhythm	With- drawal	
Age							
15 - 19	13.8	1.8	2.2	8.9	4.0	6.3	224
20 - 24	48.9	11.5	15.4	34.6	20.3	18.1	182
25 - 29	61.5	20.0	20.5	43.5	22.5	32.0	200
30 - 34	59.9	22.2	18.6	35.3	23.4	24.6	167
35 - 39	53.8	14.6	20.5	36.8	28.1	25.7	171
40 - 44	61.1	13.0	17.6	40.7	30.6	20.4	108
45 - 49	52.9	12.6	17.2	24.1	24.1	13.8	87
50 - 54	62.8	21.3	21.3	30.9	35.1	17.0	94
55 - 59	34.8	10.1	5.8	17.4	17.4	13.0	69
Marital status¹							
Never married	32.0	5.4	8.9	23.1	11.4	13.2	463
Married	59.1	18.8	19.2	35.1	27.5	23.2	749
Formerly married	43.3	14.4	14.4	31.1	20.0	22.2	90
Type of union²							
Not married	33.8	6.9	9.8	24.4	12.9	14.6	553
Monogamy	60.4	19.2	20.3	37.3	27.8	23.7	637
Polygamy	51.4	17.1	12.6	22.5	10.1	19.8	111
Children ever born							
0	33.8	6.2	9.6	24.8	12.9	13.8	520
1-2	59.0	19.9	19.5	36.7	24.7	30.3	251
3-4	60.4	20.3	18.9	39.2	29.0	23.0	217
5-6	62.5	18.4	24.3	33.8	26.5	22.1	136
7+	50.6	15.7	14.0	25.8	27.5	15.2	178
Living children							
0	34.0	6.4	9.3	25.0	13.1	14.0	535
1-2	58.9	19.3	20.4	36.3	24.8	29.3	270
3-4	58.2	18.8	17.2	36.8	25.9	21.8	239
5-6	59.1	19.7	22.7	31.8	31.1	21.2	132
7+	57.1	17.5	17.5	28.6	29.4	16.7	126
Total	48.4	13.7	15.2	30.6	21.3	19.6	100
Number of men	630	179	198	398	277	255	1,302

¹ Married: includes couples living together. Formerly married: includes widowed, divorced and separated.

² One case missing.

A higher proportion of men in urban areas have used contraceptives compared with their rural counterparts. There is considerable regional variation in the pattern of ever-use among men. The Greater Accra Region has the highest proportion of men that have ever used contraceptives (71.1 percent) while the Upper East and Upper West have the lowest proportions. The condom is the most popular method across the regions except in the Northern Region where rhythm is the most popular. Ever use increases with level of education and the extent of exposure to the media. Among those without formal education, traditional methods are more popular than modern methods. For example, the proportion of men with secondary/higher

education who have ever used a method is 3.6 times that of men with no schooling; for condom or pill use, the proportion of men with secondary education is about 9 to 10 times that of men with no schooling. Higher proportions of Christians have used contraceptives than Muslims, traditionalists, and those with no religion. Among traditionalists, the rhythm method (11.7 percent) is more popular than the condom (2.6 percent) (Table 7).

The lowest proportion of men who have ever used a contraceptive method are those in the youngest age groups (13.8 percent)—many of whom are sexually inexperienced—and oldest age groups (34.8 percent). Higher proportions of married men and those with children have used contraceptives in the past than unmarried men and those without children (Table 8).

3.4 Current Use of Contraceptive Methods

Tables 9, 10 and 11 show the current pattern of contraceptive use among Ghanaian men according to selected background characteristics. Of Ghanaian men, 27 percent are currently using contraception; 17.7 percent are using modern methods while 8.8 percent are using traditional methods (Tables 9 and 10). Thirty-four percent of married men are currently using contraceptives (Table 11), the condom being the most commonly used method (10.8 percent).

Men in urban areas are about twice as likely to be using modern methods as their rural counterparts. The current level of use of any method varies from 9.5 percent in the Upper East Region to 44.5 percent in the Greater Accra Region. Men in the Upper East are currently using or reporting use of only modern methods. The level of current contraceptive use increases with level of education and exposure to different types of media. The proportion of men with basic education who use modern contraceptive methods is about five times the proportion of those with no schooling, and the proportion of men with secondary or higher education who use modern methods is double that of men with basic education. Christians are more likely to use contraceptives than non-Christians; the condom is the most preferred method followed by rhythm. The rhythm method is more widely used among Catholics than other religious groups (Table 9).

The level of current contraceptive use is lower among men below 20 years and above 54 years than men of other age groups. Among all age groups, a higher proportion of men are currently using modern methods than traditional methods, except men above 54 years who use modern and traditional methods equally. Men currently married or in consensual unions are twice as likely to be currently using contraception compared with widowed, divorced, separated or never-married men. Generally, there is little difference in contraceptive use between monogamous and polygamous men, but monogamous men are more likely to be using a modern method. The use of contraception increases with the number of children (ever born or living) until the third or fourth child and decreases thereafter (Table 10).

Among sexually active men (defined as men who have had sexual relations in the four weeks preceding the date of interview), there is very little difference in contraceptive use between single and married men. However, sexually active single men are ten times more likely to use modern methods than traditional methods (36.7 percent and 3.6 percent, respectively); among sexually active married men, the proportions are 23.7 percent and 14.4 percent, respectively. Among all sexually active men, the condom is the preferred method (Table 11).

Table 9 Current use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected socioeconomic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Any ¹	Modern methods			Traditional methods			Number of men	
		Any modern method	Pill	Diaphragm/ Foam/ Jelly	Condom	Any traditional method	Rhythm		With- drawal
Residence									
Urban	37.2	25.2	3.5	2.4	16.3	11.3	8.3	3.0	460
Rural	21.5	13.7	3.4	1.5	7.8	7.5	5.0	2.5	842
Education									
None	8.4	3.1	0.3	0.0	2.5	5.0	4.0	0.9	321
Basic	25.8	17.4	4.2	2.0	9.6	7.9	5.2	2.7	708
Secondary/Higher	52.0	35.9	5.1	3.7	23.8	15.8	11.0	4.8	273
Region									
Western	21.1	11.4	0.9	0.9	8.8	9.6	3.5	6.1	114
Central	18.1	15.5	1.7	0.0	11.2	2.6	2.6	0.0	116
G/Accra	44.5	31.2	2.9	3.5	20.2	12.7	7.5	5.2	173
Volta	29.4	17.5	4.0	5.1	7.3	11.3	7.3	4.0	177
Eastern	30.1	18.5	4.0	1.2	13.3	10.4	8.1	2.3	173
Ashanti	26.6	18.6	8.5	1.1	7.9	6.8	2.8	4.0	177
B/Ahafo	32.5	22.0	3.3	0.8	16.3	10.6	9.8	0.8	123
Northern	20.3	10.1	1.4	2.2	5.8	10.1	10.1	0.0	138
U/West	(10.4)	(6.3)	(2.1)	(0.0)	(2.1)	(4.2)	(4.2)	(0.0)	48
U/East	9.5	9.5	1.6	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	63
Media exposure²									
None	8.2	4.9	0.0	0.4	3.9	3.3	2.4	0.8	245
Newspaper only	*	*	*	*	*	*	*	*	11
TV only	(14.3)	(11.9)	(4.8)	(0.0)	(7.1)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	42
Radio only	19.5	10.7	1.3	1.3	8.1	8.4	5.8	2.3	308
Any two	29.4	19.8	4.8	2.5	11.0	9.3	6.2	3.1	354
All three	47.3	32.7	6.3	3.0	19.3	13.7	9.8	3.9	336
Religion³									
None	17.5	11.4	1.2	0.0	10.2	6.0	4.2	1.8	166
Catholic	31.8	19.4	5.1	1.4	9.7	12.0	9.7	2.3	217
Protestant	35.9	24.6	3.3	2.9	15.9	10.5	5.8	4.7	276
Pentecostal	28.3	21.7	4.8	3.6	10.2	6.0	4.2	1.8	166
Other Christian	32.4	20.5	4.5	1.7	14.2	11.4	6.8	4.5	176
Muslim	19.7	12.1	3.1	0.9	7.6	7.2	6.3	0.9	233
Traditional	9.1	3.9	0.0	2.6	0.0	5.2	3.9	1.3	77
Total	27.0	17.7	3.5	1.8	10.8	8.8	6.1	2.7	-
Number of men	352	231	45	24	141	115	80	35	1,302

Note: Figures in parentheses are based on 25-49 men. An asterisk indicates that the figure is based on less than 25 men and has been suppressed. The percentages of men reporting use of IUD, sterilization, injection and implants are not shown because the numbers are small.

¹ Any modern and any traditional methods do not equal any method because of a small percentage of folk methods not included here.

² Six cases missing.

³ One case missing.

Table 10 Current use of contraceptive methods among men age 15-59 years according to selected demographic characteristics, Ghana 1993

Characteristic	Modern methods					Traditional methods			Number of men
	Any ¹	Any modern method	Pill	Diaphragm/ Foam/ Jelly	Condom	Any traditional method	Rhythm	With- drawal	
Age									
15 - 19	8.0	5.4	0.9	0.4	4.0	2.7	1.8	0.9	224
20 - 24	28.0	22.5	3.8	2.7	15.4	4.4	2.7	1.6	182
25 - 29	37.0	28.0	4.5	2.0	20.0	8.5	3.5	5.0	200
30 - 34	31.1	18.0	4.2	1.2	11.4	12.0	7.2	4.8	167
35 - 39	27.5	18.7	5.8	1.8	9.9	8.8	7.6	1.2	171
40 - 44	41.7	22.2	1.9	3.7	13.0	19.4	13.9	5.6	108
45 - 49	32.2	17.2	5.7	3.4	4.6	14.9	13.8	1.1	87
50 - 54	31.9	19.1	3.2	2.1	8.5	12.8	9.6	3.2	94
55 - 59	10.1	4.3	0.0	0.0	2.9	4.3	4.3	0.0	69
Marital status²									
Never married	18.8	15.1	2.2	1.7	11.2	3.2	2.2	1.1	463
Married	33.5	19.9	4.7	2.1	10.4	13.6	9.1	4.0	749
Formerly married	15.6	13.6	0.0	0.0	12.2	2.2	2.2	0.0	90
Type of union³									
Not married	18.3	14.8	1.8	1.4	11.4	3.1	2.2	0.9	553
Monogamy	33.9	20.7	4.7	2.0	11.1	12.7	8.6	4.1	637
Polygamy	30.6	14.4	4.5	2.7	5.4	15.3	11.7	3.6	111
Children ever born									
0	20.2	15.6	2.3	1.5	11.5	4.2	2.9	1.3	520
1-2	29.9	19.1	3.2	2.0	12.0	10.0	5.6	4.4	251
3-4	37.3	21.7	5.5	1.8	11.5	15.2	10.6	4.6	217
5-6	33.1	22.8	5.9	2.9	9.6	10.3	7.4	2.9	136
7+	25.8	13.5	2.8	1.7	6.2	11.8	10.1	1.7	178
Living children									
0	20.4	15.7	2.2	1.5	11.6	4.3	3.0	1.3	535
1-2	29.3	18.1	3.0	1.9	12.2	10.4	6.3	4.1	270
3-4	34.7	20.5	5.4	2.1	10.9	13.8	9.2	4.6	239
5-6	34.1	22.0	6.1	2.3	9.1	12.1	9.1	3.0	132
7+	28.3	15.9	3.2	2.4	6.3	11.9	10.3	1.6	126
Total	27.0	17.7	3.5	1.8	10.8	8.8	6.1	2.7	-
Number of men	352	231	45	24	141	115	80	35	1,302

Note: The percentages of men reporting use of IUD, sterilization, injection and implants not shown because the numbers are small.

¹ Any modern and any traditional methods do not equal any method because of a small percentage of folk methods not included here.

² Married: includes couples living together. Formerly married: includes widowed, divorced and separated

³ One case missing.

Table 11 Current use of contraception by men age 15-59 years, Ghana 1993

Method	All men	Married men	Sexually active single men	Sexually active married men
No method	73.0	66.5	59.2	61.0
Any method	27.0	33.5	40.8	39.0
Any modern method	17.7	19.9	36.7	23.7
Pill	3.5	4.7	5.3	6.3
IUD	0.6	1.1	0.0	1.6
Injection	0.6	0.9	0.6	1.2
Diaphragm/foam/jelly	1.8	2.1	1.8	2.6
Condom	10.8	10.4	29.0	11.0
Female sterilization	0.4	0.7	0.0	1.0
Any traditional method	8.8	13.1	3.6	14.4
Rhythm (abstinence)	6.1	9.1	2.4	8.7
Withdrawal	2.7	4.0	1.2	5.7
Other	0.5	0.5	0.6	0.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Number of men	1,302	749	169	505

3.5 Agreement between Spouses on Use of Contraception

Five hundred and fifty men were asked what type of contraception they were currently using. Their wives had been previously interviewed and independently asked the same question. The responses of husbands and wives were matched to obtain data on couples; in particular, responses on current uses of contraception were compared.

Table 12 shows the agreement between spouses by the type of method reported by the husband. The method by method (i.e., modern or traditional) agreement is displayed at the intersection that lies diagonally across the table from the first number under "No method" (94.7) to the last under "Traditional Methods" (44.0). The percentages represent the level of concordance of husband and wife responses. There is a higher

Table 12 Correspondence between husband's and wife's current use of contraceptive methods: percent distribution of couples, Ghana 1993

Husband's current method	Wife's current method			Total	Number of couples
	No method	Modern method	Traditional method		
No method	94.7	2.9	2.4	100.0	376
Modern method	36.4	55.6	8.1	100.0	99
Traditional method	49.3	6.7	44.0	100.0	75

Note: The numbers of respondents for specific contraceptive method analysis are too small for any meaningful remarks to be made. See appendix 3.

degree of concordance in answers given by couples not using contraception than those using. Among the users, couples using modern methods are more likely to agree to be using the same method than those using traditional methods. The table also shows that there is a high level of discordance between spouses using contraceptives. For example of those men who say they were using modern methods, 36.4 percent of their wives say they are not using anything.

Tables 13 and 14 show the proportion of couples who reported the same current method of contraception by selected background characteristics of the husband. Overall, 78.5 percent of the couples reported the same current method (included no method). Couples in rural areas are more likely to agree on the same method or nonuse than those in urban areas. The proportion of couples who agree on use of the same contraceptive method decreases with increasing educational attainment and extent of media exposure of the man. It is higher among couples with no religion and traditionalists than among Christians and Muslims (Table 13).

A higher proportion of couples in monogamous unions agreed on use of the same current method than those in a polygamous union. There is little variation in agreement between spouses according to age groups and the number of children the man has (Table 14).

3.6 Unmet Need for Contraception

The concept of unmet need has already been discussed in the introduction. It must be emphasized that its

definition may not be the same for men and women. In this analysis, *unmet need for contraception* is computed for men who have no desire for children within the next two years or want no more children and are currently not using any contraception. Only married men (749) were asked the question on their fertility intentions. Men currently using contraception, men who state that they or their wives are infecund, sterilized

Table 13 Proportion of couples who reported the same current method of contraception by selected socioeconomic characteristics of the husband, Ghana 1993

Characteristic	Same method (%)	Number of couples
Residence		
Urban	71.6	155
Rural	81.3	395
Education		
None	90.6	192
Basic	75.7	255
Secondary/Higher	63.1	103
Region		
Western	(66.7)	45
Central	(81.3)	38
G/Accra	70.2	57
Volta	72.4	58
Eastern	80.6	67
Ashanti	74.3	74
B/Ahafo	(81.8)	44
Northern	85.4	96
U/West	*	24
U/East	(85.1)	46
Media exposure¹		
None	92.0	112
Newspaper only	*	7
TV only	*	8
Radio only	85.8	155
Any two	70.1	137
All three	68.0	128
Religion		
None	90.0	70
Catholic	76.7	90
Protestant	72.3	101
Pentecostal	75.8	62
Other Christian	72.5	69
Muslim	79.0	105
Traditional	88.7	53
Total	78.5	550

Note: Figures in parentheses are based on 25-49 couples. An asterisk indicates that the figure is based on less than 25 couples and has been suppressed. This table also includes couples who agree on nonuse of a method.

¹ Three cases missing.

Table 14 Proportion of couples who reported the same current method of contraception by selected demographic characteristics of the husband, Ghana 1993

Characteristic	Same method (%)	Number of couples
Age group		
15-24	*	20
25-34	79.3	184
35-44	76.2	189
45+	80.3	157
Type of union		
Monogamous	79.8	430
Polygamous	74.2	120
Children ever born		
No child	*	19
1-2	78.3	138
3-4	76.7	146
5-6	79.8	104
7+	77.6	143
Living children		
No child alive	*	22
1-2	80.3	157
3-4	77.7	166
5-6	78.9	95
7+	73.6	110
Total	78.5	550

Note: An asterisk indicates that the figure is based on less than 25 couples and has been suppressed.

men and those who intend to have children in the next two years are classified as not having any unmet need (382). For those not currently using contraception—men who do not want children in the next two years and those who are unsure and those who are undecided about the timing of their future births—216 are classified as having unmet need for spacing while 142 have unmet need for limiting. Overall, 358 (48.4 percent) of 740 married men have unmet need for family planning, of which 29.2 percent is for spacing and 19.2 percent is for limiting. There were no responses from 9 men.

Figures 2, 3 and 4 show regional, educational, and marital patterns of unmet need for contraception among married Ghanaian men. The highest proportion of men with unmet need is found in the Upper East Region (77.3 percent) while the lowest is in the Greater Accra Region (33.7 percent) (Figure 2). Whereas unmet need in the Greater Accra Region is mainly for limiting births, in the other regions it is for spacing births. This is particularly evident in the three regions in the northern sector, namely the Upper East, Upper West, and Northern Regions.

Figure 2 Regional Pattern of Unmet Need for Contraception, Married Ghanaian Men, 1993

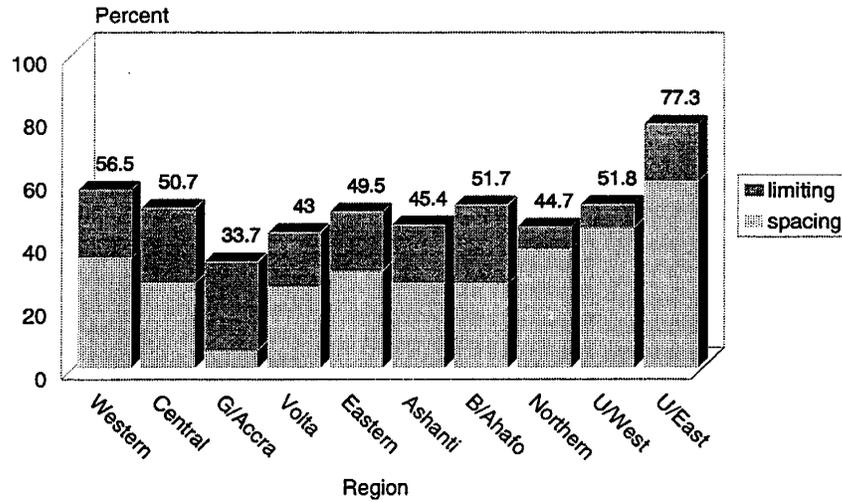


Figure 3 Educational Differentials in Unmet Need for Contraception, Married Ghanaian Men, 1993

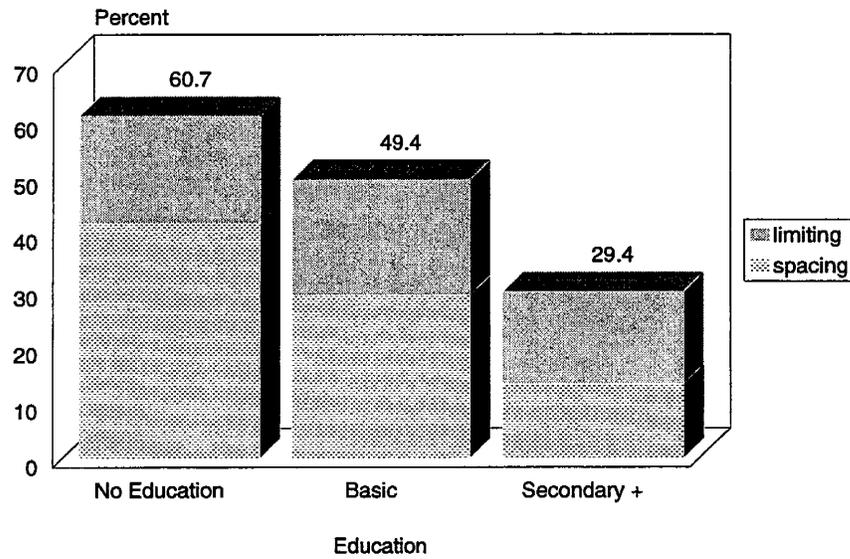
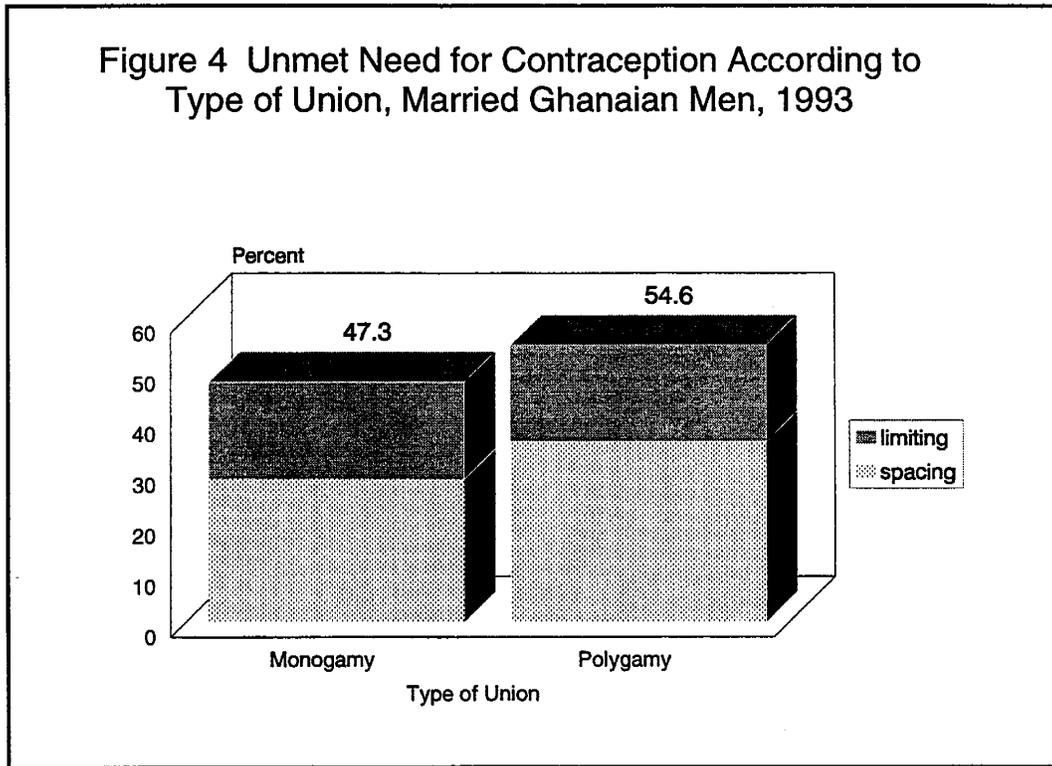


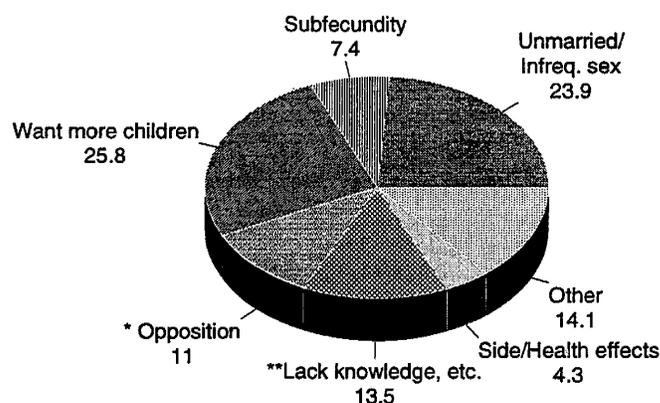
Figure 3 shows that men with secondary or higher education have less unmet need (29.4 percent) than those with basic (49.4 percent) or no education (60.7 percent). Whereas those with secondary or higher education have relatively higher unmet need for limiting, a higher proportion of those with no education have unmet need for spacing births. Polygamous men (54.6 percent) have slightly higher unmet need than monogamous men (47.3 percent) and both have a higher need for spacing than for limiting (Figure 4).



3.7 Reasons for not Wanting to Use Contraception

Among the 1,302 men, 950 were not current users of contraception. Of these, 470 intend to use contraception at some time and 144 are not sure whether or not they want to use contraception in future. Responses were missing for 9 men. Of the 327 who said they did not intend to use contraception in the future, 326 gave reasons for their intention not to use. The chart in Figure 5 shows the distribution of the reasons given. The most common reason given is the desire for more children, representing about a quarter of the respondents; another 23.9 percent do not intend to use contraception either because they are not married or have sex infrequently. Lack of knowledge (12.9 percent), access (0.3 percent), and the high cost (0.3 percent) of contraceptives, as well as fear of side effects and other health concerns (4.3 percent), account for 17.8 percent of the reasons given by those not intending to use contraceptives.

Figure 5 Reasons for Not Intending to Use Contraception in Future, Ghanaian Men, 1993



* Includes personal, partner, religious and others.

** Includes high cost and lack of access.

4. DISCUSSION OF FINDINGS

This analysis has shown that overall contraceptive knowledge among Ghanaian men is high: 91 percent know at least one method. This figure is comparable with that reported for all women in the 1993 GDHS report (also 91 percent). The condom is the most well known method among both men and women. This is not surprising since with the emergence of the AIDS pandemic, the condom has been vigorously promoted in the country. In contrast, implants are a relatively new addition to the modern method mix in Ghana and have not yet been vigorously promoted. This probably explains the low level of knowledge of implants among men: a similarly low level of knowledge of implants was reported for women in the 1993 GDHS report.

The level of contraceptive knowledge among men in urban areas is higher than among men in rural areas. The observed urban-rural differentials in population distribution might explain why the level of knowledge among men in the Greater Accra Region is higher than all other regions, Greater Accra being the most urbanized region. This does not explain the relatively high proportion of men in the Upper East Region (a largely rural region) who know about contraceptives. For the Upper East Region, the presence of a regional radio (URA Radio) that devotes time to community education in the local languages may partially explain the observed high level of knowledge.

As observed, the level of knowledge and the number of methods known increase with the level of education and degree of media exposure. Clearly, factors other than mere urbanization (which goes with higher levels of education, media exposure) are involved and further analysis or research is needed to throw more light on the observed regional patterns.

The relatively high level of knowledge of contraception is not reflected in the level of use. For example, whereas 91 percent of men know about contraception, only 48 percent have actually used a contraceptive method, and the current level of use among men is much lower (27 percent). The low level

of use among men has generally been attributed to the limited options available—either coitus dependent (condom, rhythm and withdrawal) or permanent (sterilization) (Ringheim, 1993). By focussing most family planning efforts on women, the concept that men have limited options and opportunities for action is reinforced. The fact that motivating their women to use modern methods expands men's options is not actively promoted.

There are clearly factors at work other than limited options, as the overall level of use among women is lower than that among men, even though they have more options. As shown in Figure 5, several reasons have been given by men for not using contraception and not intending to use in the future, the commonest reason being a desire for more children. Lack of knowledge, accessibility, and costs form an overall small proportion (14 percent) of the reasons given for not intending to use contraception in the future. Further in-depth studies are needed to evaluate the role these sociocultural factors play in contraceptive use.

For couples who do not use any method—95 percent of 376 couples in which the husband reported no method, or 65 percent of all the couples—there is a high level of agreement (79 percent). However, there is considerable disagreement in the responses of couples who use contraceptives. Among men who report using modern methods, 36 percent of their wives say they are not using any contraceptives. Apart from the condom, which is the most common modern method, the rest are female methods. Either those wives are not aware that their husbands use the condom (extramarital use), the wives deceive the husbands that they are using contraceptives and are safe, or there is very poor understanding of what really constitutes use of contraceptives. This observation raises the question of whether or not couples discuss contraceptive use and agree on use. Spousal discussion, understanding, and agreement regarding contraception need further investigation and elaboration.

The concept of unmet need for contraception has evolved with time and its definition varies from one author to another (Morgan and Niraula, 1995; Bongaarts and Bruce, 1995). Whatever the definition, unmet need is clearly related to the desire to space or limit births through the use of contraception. The importance of measuring unmet need is to demonstrate potential demand that a programme must aim to convert into effective use. It is also used to compute total demand for contraception. In the case of Ghana, supply and logistics do not feature as important problems. However, a large number of men and women not wishing to have children in the next two years are not using any contraception. Therefore, using unmet need to assess targets for Information, Education and Communication (IEC) is more important than in computing total demand for contraception.

The data show that the unmet need for contraception for married Ghanaian men is 48 percent compared with 39 percent for married women in the 1993 GDHS report. In addition, there is a large pool of unmarried sexually active men and women whose unmet need has not been computed because data are not available. Overall, there is a large population of sexually active men and women who do not want to have children and yet do not do anything actively to prevent pregnancy. This calls for creativity in research and programme design in order to convert the passive need to effective use.

5. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The level of knowledge of contraception among Ghanaian men is high and comparable with that of their female counterparts. The observation that the level of use of contraceptives among men is higher than that of women would seem to challenge the popular belief that Ghanaian men are generally pronatalist and show less enthusiasm for family planning. However, the data available do not describe the circumstances under which contraceptives are used: for fertility regulation or for prevention of sexually transmitted diseases. This point is buttressed by the fact that the most common method used by men is the condom and a good proportion of wives are unaware that their husbands are using condoms.

There is a high proportion of couples who are not using any form of contraception. The main reason given for intention not to use contraception in the future is the desire for more children. Availability of family planning services does not seem to be a problem. Studying the sociocultural factors that influence fertility preferences will increase understanding of the issues and facilitate programme development. Recognizing the inherent desire for children, family planning programmes should not only focus on fertility regulation but pay attention to the needs of those who do not have children but want them.

There is also a large number of sexually active men and women who do not want to have children but are not using contraception. This calls for more qualitative analysis of the factors that influence the decision to use contraceptives. Programme managers should also consider this when designing strategies for increasing coverage of services.

On a final note, we propose that among others, the following areas need further in-depth analysis or research:

- Factors influencing fertility and fertility preferences among Ghanaian men.
- Socioeconomic and cultural factors that influence the acceptance and use of contraception among Ghanaian men.
- Contraceptive use in relation to marital and nonmarital relations among Ghanaian men.
- Nature of communication between spouses about contraception and the factors that influence this.
- Case study of the Upper East Region: role of regional radio and lessons for the family planning programme in Ghana.

REFERENCES

- Bongaarts J. and Bruce J. 1995. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* 26(2):57-75.
- Ezeh, A.C. 1993. The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. *Studies in Family Planning* 24(3):163-174.
- Ezeh, Alex C., Michka Seroussi, and Hendrik Raggars. 1996. *Men's fertility, contraceptive use and reproductive preferences*. DHS Comparative Studies No. 18. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Ghana Statistical Service (GSS) and Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (IRD/Macro). 1989. *Ghana Demographic and Health Survey 1988*. Calverton, Maryland: GSS and IRD/Macro.
- Ghana Statistical Service (GSS) and Macro International Inc. (MI). 1994. *Ghana Demographic and Health Survey 1993*. Calverton, Maryland: GSS and MI.
- Khalifa, M.A. 1988. Attitudes of urban Sudanese men toward family planning. *Studies in Family Planning* 19(4):236-243.
- Morgan, S.P. and B.B. Niraula. 1995. Gender inequality and fertility in two Nepali villages. *Population and Development Review* 21(3):541-561.
- National Population Council (NPC)/Government of Ghana (GOG). 1994. *1994 National Population Policy* (Rev. ed.).
- Ringheim, K. 1993. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Studies in Family Planning* 24(2):87-99.
- Salway, S. 1994. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 20:44-47, 74.

Table A.1 Correspondence between husband's and wife's current contraceptive methods: percent distribution of couples, Ghana 1993

Husband's current method	Wife's current method										Total	Number of couples
	No method	Pill	IUD	Injec- tion	Diaphragm/ Foam/ Jelly	Condom	Sterili- zation	Rhythm	With- drawal	Other		
No method	94.7	0.5	0.3	0.8	0.0	0.5	0.8	1.9	0.5	0.0	100.0	376
Pill	40.0	40.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	16.0	0.0	0.0	100.0	25
IUD	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	5
Injection	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	6
Diaphragm/ Foam/Jelly	15.4	0.0	0.0	0.0	61.5	15.4	0.0	7.7	0.0	0.0	100.0	13
Condom	45.7	4.3	0.0	2.2	0.0	41.3	0.0	4.3	2.2	0.0	100.0	46
Female sterilization	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100.0	4
Rhythm	52.1	4.2	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	41.7	0.0	0.0	100.0	48
Withdrawal	39.1	4.3	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	26.1	26.1	0.0	100.0	23
Other	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	100.0	4

Note: For specific methods, see text.

**DHS REGIONAL ANALYSIS WORKSHOP
FOR SUB-SAHARAN AFRICA**

**KNOWLEDGE AND USE OF CONTRACEPTION
AMONG KENYAN MEN AND AGREEMENT
BETWEEN SPOUSES ON USE OF FAMILY
PLANNING METHODS**

Peter W. Thumbi

**Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA**

December 1997

CONTENTS

	Page
TABLES	275
EXECUTIVE SUMMARY	277
1. Introduction	279
2. Context	279
3. Review of Literature	280
4. Methodology and Sample Design	281
5. Respondents' Background	281
6. Findings	282
6.1 Knowledge of Contraceptives	282
6.2 Ever Use of Contraceptives	285
6.3 Current Use of Contraceptives	286
6.4 Agreement Between Couples	290
6.5 Couples who Reported the Same Current Method	291
6.6 Unmet Need For Contraception	291
6.7 Reason for Nonuse	292
7. Discussion	293
8. Conclusion	293
References	295

TABLES

		Page
Table 1	Distribution of men by selected social and demographic characteristics, according to urban-rural residence	281
Table 2	Knowledge of contraceptive methods among men by urban-rural residence	282
Table 3	Knowledge of contraceptive methods among men age 20-54 years by selected socioeconomic characteristics	283
Table 4	Knowledge of contraceptive methods among men age 20-54 by selected demographic characteristics	284
Table 5	Ever use of contraceptive methods among men age 20-54 by urban-rural residence	285
Table 6	Ever use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected socioeconomic characteristics	286
Table 7	Ever use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected demographic characteristics	287
Table 8	Current use of contraception by men age 20-54	287
Table 9	Current use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected socioeconomic characteristics	288
Table 10	Current use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected demographic characteristics	289
Table 11	Correspondence between spouses' reported use of specific contraceptive methods	290
Table 12	Proportion of couples who reported current use of the same method of contraception by selected social and demographic characteristics of the husband ...	291
Table 13	Unmet need for contraception among married men age 20-54 by selected socioeconomic and demographic characteristics	292
Table 14	Distribution of men who are not using contraception and do not intend to use, by reason for nonuse	292

EXECUTIVE SUMMARY

This study on knowledge and use of contraception among men and agreement between spouses on use of family planning methods is based on information gathered from 2,336 men aged 20-54 who responded to the 1993 Kenya Demographic and Health Survey. The survey was national in scope. All areas of Kenya were covered except North Eastern Province and the districts of Marsabit, Isiolo, Samburu, and Turkana.

The study reveals that knowledge of family planning is high among Kenyan men: 98 percent of the men know a modern method. Knowledge is almost equal in rural and urban areas. The pill and condom, the most widely known methods, are each known by more than 90 percent of the men. However, male sterilization is known by less men than female sterilization (56 percent against 86 percent).

One in two men in Kenya has used a modern contraceptive method at some time, but only three in ten are using one currently. The pill and condom are the two most widely used modern methods. Ten percent of Kenyan men are using the condom and 5 percent are using the pill. Condom utilization is substantially higher among sexually active single men (33 percent) than among sexually active married men (7 percent). Contraceptive use varies by residence (42 percent in urban areas and 27 percent in rural areas), level of education, and province. Men with secondary education are four times as likely to be using a modern method as men with no education. Use of contraception is higher in Nairobi, Central, and Eastern provinces (approximately 40 percent for modern methods in all provinces) while it is lowest in Nyanza and Coast provinces each with about 19 percent. As a result of the low level of contraceptive use among men in Kenya, 31 percent have an unmet need for family planning services. Unmet need is especially high in Western, Nyanza and Coast provinces.

Of the men who are not using a method, 24 percent say they are not using because they want to have more children; 11 percent say they lack knowledge; 6 percent cite health concerns, and 13 percent say they are opposed to contraception. The study also presents information on agreement between spouses on reported use of contraceptive methods. Overall, 60 percent agree on all methods except condom and rhythm. Only 5 percent and 8 percent of wives, respectively, agreed with their husbands when they reported condom and rhythm use. In conclusion, in the future, it will be important to address provincial variation in use of contraceptives in family planning programmes. Family planning knowledge among men in Kenya is insufficient and lacking in detail.

1. Introduction

Kenya is one of a few African countries where fertility declines have been observed in the past decade (Freedman and Black, 1991). Attempts to do a detailed analysis to explain the fertility decline in the country have been frustrated by the weakness of the available data. It is, however, believed that increases in contraceptive use (and age at marriage as well as socioeconomic factors such as improved status of women) have contributed to the decline (Republic of Kenya, 1996).

For almost three decades, Kenya has pursued an explicit population policy whose central objective was, and still is, to regulate the country's growth rate in order to attain a balance between population on the one hand and sustainable development on the other (Republic of Kenya 1996). In pursuance of this policy objective, the country has developed a multidimensional and multisectorial population programme with three major components: population information, education, and communication (IE&C), service delivery, and population research. As in many other countries, Kenya's population programme has focused almost exclusively on women. Family planning promotion programmes rarely consider men's reproductive role, despite the fact that most men have authority and decision-making influence on all family matters, including reproductive health. For this reason the role of men in the observed fertility decline is unclear.

The stated goal of the National Implementation Plan for the Kenya Family Planning Programme is to provide "quality family planning services to all Kenyans desiring them in order to make significant progress towards meeting the unmet need for family planning by the year 2000" (Government of Kenya, 1995). In order to meet this goal it will be necessary to address the reproductive health needs of men. Men have already been identified as a special category of the population that is currently underserved by reproductive health programmes (Republic of Kenya, 1996).

This paper presents an analysis of the information gathered by the 1993 Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) with a view to enhance the understanding of planners and programme managers regarding the reproductive behaviour of men. The paper briefly reviews the 1993 DHS data collection methodology. It goes on to analyze knowledge and use of family planning methods among Kenyan men by various social, economic and demographic variables. It is hoped that this analysis will be useful to policy makers, population programme planners and managers.

2. Context

Kenya is divided into eight provinces: Nairobi, Central, Coast, Eastern, Nyanza, Rift Valley, Western and North Eastern. The population census conducted in 1979 indicated the total population of Kenya was 15.3 million. This increased to 21.4 million in 1989 and to 27.5 million in 1995. By mid-1995, the population growth rate of Kenya was estimated to be 3.0 percent, reflecting a substantial decline from the record population growth rate of 3.8 percent per annum recorded in 1979. The observed decline in the population growth rate during the 1979-1995 period has been mainly due to fertility decline.

The total fertility rate (TFR) was 8.1 children per woman in 1977/1978 (CBS, 1980). It declined to 7.7 children per woman in 1984 (CBS, 1984) and to 6.7 children in 1989 (NCPD and IRD/Macro, 1989). A decline of 20 percent reduced the TFR to 5.4 in 1993. Although some variation exists between women depending on their area of residence, decreases in fertility were observed in all provinces. The increase in contraceptive use has been the main force behind the fertility decline. The contraceptive prevalence rate among currently married women almost doubled from 17 percent in 1984 to 33 percent in 1993 (KDHS). Other factors that influenced fertility are the increase in the age at marriage and the improved educational status of women (Republic of Kenya 1996).

Kenya has a youthful population structure. The 1989 population census indicated that 50 percent of the population was below age 15 years and that the 15-24 year age group constituted a further 20 percent. The proportion of elderly people age 64 years and above is only 4 percent. Owing to the youthful nature of the population, the dependency rate is high: there are 117 economically dependent persons for every 100 who are economically active. Seventy-three percent of the population live in rural areas, despite increasing urbanization. The urban population increased from 15.0 percent in 1979 to 27 percent in 1989.

In order to meet the health needs of the population, Kenya has heavily invested in health infrastructure. Currently, there are 3,200 government and nongovernment health care institutions. Out of these, 1,500 function as service delivery points for family planning (Republic of Kenya, 1995). From 1980 to 1990 the number of doctors and dentists increased by over 100 percent to 4,000 (CBS 1992). In order to reduce the incidence of maternal mortality in rural areas, Kenya's health programme has integrated traditional birth attendants (TBAs) into the health referral system. There are also more than 10,000 community-based distribution workers in the country, who deliver nonclinical family planning services and disseminate information on family planning to local communities (Barasa and Kanani, 1991).

3. Review of Literature

The role of males in fertility regulation was dominant until the 1960s and 1970s when female contraceptive methods, especially the pill and IUD, were discovered and made available for use (Edwards, 1994). Since that time, research and programmes on reproductive behaviour have focused on women.

Studies have demonstrated that, in Africa, decisions regarding family planning use are dominated by men. Adamchak and Mbizvo (1991) in a study of family planning knowledge, attitudes, and practices of 711 currently married men in Zimbabwe, showed that men, alone or jointly with their wives, were involved in nearly 78 percent of decisions to use family planning. Khalifa (1988), using data from the Male Survey of 1985, showed that Sudanese men play a major role in family planning decisionmaking. An Ethiopian study used an experimental design to compare the effectiveness of an education intervention involving modern methods, with and without the husband's participation (Terefe and Larson, 1993), and found that the group that included male participation was, at 12 months follow-up, twice as likely to use contraception as the group that did not include men (33 percent against 17 percent).

Other studies have showed that men have positive attitudes towards family planning. Ezeh (1993), showed that African husbands have favourable attitudes towards family planning despite being patriarchal. This observation was supported by McGinn et al. (1989) in Burkina Faso, and by Gallen et al. (1986) in Kenya. However, this positive attitude has not translated into high levels of use due to socio-cultural factors compounded by the limited method choice available to men (Ringheim, 1993).

Realizing that men have a role in reproductive health programmes, several African countries including Kenya, Zimbabwe, and Ghana have initiated programmes to encourage male involvement through interventions to increase knowledge and interest among men (Touré, 1996).

4. Methodology and Sample Design

In 1993 the National Council for Population and Development (NCPD) in collaboration with the Central Bureau of Statistics (CBS) conducted the Kenya Demographic and Health Survey (KDHS). The survey covered all areas of Kenya, except the North Eastern province and the districts of Marsabit, Isiolo, Samburu and Turkana. Information about background characteristics, knowledge and use of family planning methods, marriage, fertility preferences and awareness of AIDS was gathered from 7,540 women age 15-49 years and from 2,336 men age 20-54 years. The men and women were selected from 520 randomly drawn clusters from the National Sample Survey and Evaluation Program (NASSEP) managed by the CBS. Specially designed questionnaires were used to gather information from men and women. The questionnaires were designed in English and then translated and printed in Kiswahili, Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru and Mijikenda, which are the major languages spoken in the country. Interviews were conducted by specially trained interviewers. The analysis in this paper is based on all 2,336 men who responded to the survey.

Table 1 Distribution of men by selected social and demographic characteristics, according to urban-rural residence, Kenya 1993

Characteristic	Percentage		Total
	Urban	Rural	
Age groups			
20-24	21.4	22.9	22.5
25-29	21.6	15.1	16.7
30-34	20.7	16.6	17.6
35-39	13.1	13.6	13.4
40-44	10.2	13.9	13.0
45-49	7.9	10.3	9.7
50-54	5.2	7.7	7.1
Education			
No education	4.3	9.5	8.3
Primary	37.3	59.3	54.0
Secondary+	58.4	31.2	37.7
Marital status			
Never married	27.8	23.3	24.4
Married	69.5	71.8	71.2
Monogamous	63.5	62.8	63.0
Polygamous	6.0	9.0	8.2
Formerly married	2.7	5.0	4.4
Access to media¹			
No access	3.7	11.6	9.7
Radio only	7.6	32.5	26.5
Television only	.5	.3	.3
Newspaper only	1.4	2.8	2.5
Any two	35.9	34.7	35.0
All three	50.8	18.2	26.0
Religion			
Catholic	32.8	36.0	35.2
Protestant	52.5	53.4	53.2
Muslim	7.8	3.7	4.7
No religion	4.1	5.7	5.3
Other	2.8	1.2	1.6
Province			
Nairobi	45.4	-	11.0
Central	7.6	16.4	14.2
Coast	16.8	8.1	10.2
Eastern	4.9	20.4	16.7
Nyanza	3.8	15.0	12.3
Rift Valley	14.6	25.8	23.1
Western	7.0	14.3	12.5
Total	24.2	75.8	100.0

¹ Eleven missing cases

5. Respondents' Background

Table 1 presents the distribution of men in the sample by selected background characteristics. More than half (57 percent) of the male respondents were between 20 and 34 years; 26 percent were between 35 and 44 years and the rest were between 45 and 54 years. The majority (76 percent) of men reside in rural areas where 73 percent of Kenya's population live.

The respondent's level of education ranged from no education to secondary and above. However, only a few (less than 10 percent) had not gone to school. The majority (54 percent) have some primary level education. Respondents from rural areas are almost twice as likely to have no education or only primary education as their urban counterparts.

Information about the respondents' access to media is important for planning the dissemination of family planning messages. The respondents were, therefore, asked to indicate whether they read a newspaper, listened to the radio, or watched television at least once a week. Ninety percent indicated they had access to some media. Twenty-six percent have access to radio, television and newspapers, while 35 percent have access to any two. Twenty-six percent have access only to a radio, 2 percent have access to a newspaper only, and a negligible number of men have access to television only.

Eighty-eight percent of the respondents are Christians, with Protestants accounting for slightly over half of the total respondents. Muslims respondents, those who had no religion, and those affiliated with other religions constitute 12 percent. Sixty-two percent of the men are married; 24 percent have never been married; and 13 percent (here labeled formerly married) are either divorced, separated or widowed.

Approximately one in five respondents is from the Rift Valley and Eastern provinces. The Central Province has 14 percent of the respondents, while Nyanza and Western Provinces have 12 percent and the Coast has 10 percent. Eleven percent of the men interviewed live in Nairobi.

6. Findings

6.1 Knowledge of Contraceptives

The KDHS collected information on knowledge of family planning methods among Kenyan men. The respondents were asked to mention the methods they know. For those methods that were not mentioned the respondent was asked whether he knew a method after it was described to him. As Table 2 shows, knowledge of family planning methods is almost universal. Nationally, 99 percent of the men know at least one modern or traditional method. Knowledge of family planning is, however, more widespread among men residing in urban areas than those residing in rural areas. The pill, known by 93 percent of men, and the condom, known by 94 percent of men, are the most widely known modern methods, followed by female sterilization, injection, and the

Table 2 Knowledge of contraceptive methods among men by urban-rural residence, Kenya 1993

Method	Percentage		Total
	Urban	Rural	
Knowledge of contraceptives			
Knows no method	0.1	1.4	1.1
Knows traditional method	0.3	1.4	1.2
Knows modern method	99.6	97.6	97.8
Knowledge of specific methods			
Pill	97.1	92.1	93.3
IUD	74.3	66.2	68.2
Injection	87.2	85.6	86.0
Diaphragm/Foam/Jelly	50.5	29.7	34.7
Condom	97.0	93.3	94.2
Female sterilization	86.5	86.2	86.3
Male sterilization	61.9	53.8	55.7
Norplant	22.0	10.0	13.9
Rhythm	89.1	86.1	86.8
Withdrawal	50.5	41.2	43.4
Other natural FP methods	9.4	13.0	12.1
Number of men	566	1,770	2,336

IUD. Male sterilization is known by slightly more than half of the men interviewed. The least known modern methods are vaginal methods (diaphragm/foam/jelly), which are known by 35 percent of men. Rhythm is the most widely known traditional method (87 percent).

An analysis of knowledge of contraceptive methods by selected socioeconomic characteristics (Table 3) indicates that about 69 percent of men residing in urban areas and 58 percent of men residing in rural areas know seven or more methods. As expected, there is a direct association between men's level of education and the number of methods known. Only 29 percent of men with no education know seven or more methods compared with 51 percent of men with primary level education, and 81 percent of men with secondary or higher education. The number of methods known varies by exposure to media, but any man in Kenya is likely to know a method even if he has no access to media. This implies that family planning knowledge is effectively imparted through other types of media, for example, chief's *barazas*, folklore drama, churches, mosques, or conversation with others. Family planning knowledge, however, increases as accessibility to media widens.

Table 3 Knowledge of contraceptive methods among men age 20-54 years by selected socioeconomic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Number of methods known				Knows:		Number of men
	Any	1-3	4-6	7+	Pill	Condom	
Residence							
Urban	99.9	6.2	24.6	69.1	97.1	97.6	566
Rural	98.6	8.4	32.8	57.5	92.1	93.3	1,770
Education							
None	95.7	26.6	40.5	28.7	74.3	74.1	193
Primary	99.1	8.9	39.4	50.7	93.1	94.3	1,261
Secondary +	99.5	2.3	16.3	80.9	98.0	98.8	882
Media exposure¹							
None	95.9	28.3	42.1	25.4	75.1	80.6	226
TV only	*	*	*	*	*	*	(8)
Newspaper only	98.4	10.4	38.9	49.0	87.4	97.9	57
Radio only	98.6	10.2	40.4	47.9	93.5	90.3	615
Any two	99.8	4.6	27.0	68.3	96.7	98.5	814
All three	99.4	2.0	20.3	77.1	96.0	97.9	605
Religion²							
Catholic	98.4	8.5	31.2	58.7	92.0	93.2	823
Protestant	99.4	6.7	30.4	62.4	95.1	96.0	1,241
Muslim	100.0	9.5	26.3	64.2	95.2	96.9	110
No religion	96.4	14.9	30.5	51.0	86.5	82.4	124
Other	100.0	4.2	48.8	47.0	82.1	97.7	37
Province							
Nairobi	100.0	6.4	21.1	72.5	98.2	98.8	257
Central	96.8	5.2	27.1	64.5	91.6	94.3	333
Coast	99.7	8.3	35.3	56.0	97.5	95.0	239
Eastern	99.5	2.4	20.7	76.4	97.5	98.1	389
Nyanza	99.2	15.0	45.4	38.7	90.8	94.3	287
Rift Valley	98.5	9.5	34.2	54.9	88.7	88.3	540
Western	99.6	8.8	32.7	58.0	93.5	96.4	292
Total	99.6	7.8	30.8	60.3	93.3	94.2	2,336

¹ Eleven missing cases

* Based on less than 25 cases.

A man with access to all types of media (television, radio and newspapers) is three times more likely to know seven or more methods than a man with no access to media. Knowledge of family planning cuts across religious affiliation. However, knowledge of at least one method is slightly higher among men affiliated with Protestant, Muslim and other religions than among Catholics. Protestants and Muslims are more likely than Catholics to know about seven or more methods.

Knowledge of family planning is generally high among men in all provinces. However, more men in Eastern Province and in Nairobi know seven or more methods than in all the other provinces; 76 percent of men in Eastern Province know seven or more methods, compared with 39 percent in Nyanza.

Contraceptive knowledge varies according to demographic characteristics. Table 4 shows that age is not a determinant of family planning knowledge. Men are highly likely to know at least one method irrespective of their age. However, men age 25-44 years are most likely to know seven or more methods. Knowledge of condoms is slightly higher (98 percent) among men 20-24 years. More married men know seven or more methods than never-married or formerly married men. Men in monogamous unions are more likely to know seven or more methods than those in polygamous unions. Similarly, men with between two and four living children know more methods than either men with no living children or those with five and more living children.

Table 4 Knowledge of contraceptive methods among men age 20-54 years by selected demographic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Number of methods known				Knows:		Number of men
	Any	1-3	4-6	7+	Pill	Condom	
Age							
20 - 24	99.4	10.2	33.3	55.9	92.4	98.0	525
25 - 29	99.5	5.3	29.4	64.8	94.8	96.4	390
30 - 34	99.1	5.2	28.0	65.9	95.0	96.4	412
35 - 39	98.7	8.6	28.2	61.9	92.5	92.0	314
40 - 44	98.9	6.5	28.3	64.2	94.8	91.9	303
45 - 49	98.2	10.7	37.1	50.3	91.6	90.7	227
50 - 54	97.3	9.9	34.1	53.3	89.6	84.0	165
Marital status							
Never married	99.2	10.6	31.2	57.5	91.5	97.9	569
Married	98.8	6.8	30.0	62.0	93.9	92.8	1,664
Monogamous ¹	99.2	6.1	29.2	63.8	94.5	94.0	1,470
Polygynous	96.0	11.8	36.0	48.1	88.7	83.6	192
Formerly married	99.1	10.3	40.6	48.2	94.2	96.1	103
Living children²							
0	99.2	10.0	32.2	57.0	91.8	98.0	630
1	99.0	4.8	32.3	62.0	96.0	98.0	243
2-4	99.4	7.2	26.0	66.2	93.9	94.9	669
5-7	98.7	7.9	31.1	59.7	93.6	91.4	477
8+	97.6	7.5	36.7	53.4	92.4	86.1	311
Total	98.9	7.8	30.8	60.3	93.3	94.2	2,336

¹ Two missing cases

² Six missing cases

6.2 Ever Use of Contraceptives

Respondents who reported that they know a contraceptive method were asked whether they had ever used a method. The results are summarized in Table 5. Seventy-one percent of Kenyan men have used a method at some time; men residing in urban areas are much more likely to have used a method than those residing in rural areas. The pill, used by 21 percent of men, and the condom, used by 34 percent, are the most widely used modern methods. A higher proportion of men in urban areas (46 percent) have used a condom than men in rural areas (30 percent). Rhythm is the most widely used method.

Table 5 Ever use of contraceptive methods among men age 15-54 by urban-rural residence, Kenya 1993

Method	Percentage		Total
	Urban	Rural	
Ever use of contraceptives			
Never used method	20.9	32.0	29.2
Ever used traditional method	14.1	22.6	20.5
Ever used modern method	65.0	45.4	50.2
Ever use of specific methods			
Pill	29.9	18.3	21.1
IUD	9.9	4.7	5.9
Injection	9.6	7.4	8.0
Diaphragm/Foam/Jelly	3.8	2.1	2.5
Condom	46.0	29.9	33.8
Female sterilization	4.6	4.2	4.3
Rhythm	50.4	49.1	49.4
Withdrawal	8.8	11.0	10.5
Other methods	5.6	5.1	5.2

The analysis of the number of methods ever used according to selected socioeconomic characteristics (Table 6) indicates that more men residing in urban areas have used three or more methods than men in rural areas (26 percent against 18 percent). The number of methods ever used by Kenyan men increases with the level of education and exposure to media. Higher levels of ever use among educated men and those with wide exposure to media may be explained by the wide choice they have as a result of knowledge of many methods. For example, 25 percent of men with secondary or higher education have used three or more methods compared with only 8 percent of men with no education. Men with access to all three types of media, namely radio, newspaper and television, are approximately eight times more likely to have used three or more methods than men with no access to media. Ever use of contraceptives is high among men in all religions. Seventy-three percent of Catholics have used a method at some time compared with 70 percent Protestants. Among Catholics, 19 percent and 35 percent, respectively, reported ever use of the pill and condoms, while 24 percent and 34 percent, respectively, of Protestant men reported ever use of these methods. Ever use of any contraceptive method varies widely by province ranging from 49 percent in Western Province to 94 percent in Eastern Province. Only an insignificant proportion, 2 percent, of men in Western Province have ever used more than three methods, compared with 31 percent in Central Province, 27 percent in Eastern Province, and 26 percent in Nairobi.

Table 6 Ever use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected socioeconomic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Number of methods ever used				Ever used:		Number of men
	Any	1	2	3 +	Pill	Condom	
Residence							
Urban	79.3	29.4	24.3	25.5	29.9	46.0	566
Rural	68.0	29.7	20.9	17.5	18.3	29.9	1,770
Education							
No education	47.7	27.4	12.7	7.6	9.2	8.6	193
Primary	67.1	29.3	20.4	17.3	18.5	29.2	1,261
Secondary+	81.1	30.5	25.5	25.1	27.4	45.9	882
Media exposure							
None	43.6	26.5	13.0	4.2	6.4	17.6	226
TV only	*	*	*	*	*	*	(8)
Newspaper only	58.8	14.1	23.5	21.1	19.2	31.8	57
Radio only	59.4	30.2	17.8	11.4	11.4	19.0	615
Any two	75.9	31.6	23.0	21.3	23.4	37.0	814
All three	87.2	28.8	27.6	30.9	33.9	50.9	605
Religion							
Catholic	73.0	29.1	24.3	19.6	18.7	35.4	823
Protestant	70.2	29.7	20.0	20.6	23.6	33.7	1,241
Muslim	61.1	23.2	21.5	16.4	19.2	28.0	110
No religion	65.8	35.6	18.0	12.2	16.2	22.2	124
Other	85.2	38.7	36.9	9.7	9.7	54.9	37
Province							
Nairobi	77.8	23.4	28.7	25.7	33.3	45.6	257
Central	78.6	26.4	21.6	30.7	26.4	46.6	333
Coast	64.6	30.9	20.2	13.5	16.2	30.4	239
Eastern	94.1	38.5	28.5	27.0	31.4	37.2	389
Nyanza	54.8	22.2	19.5	13.0	18.3	23.4	287
Rift Valley	68.6	27.7	21.6	19.3	12.7	30.5	540
Western	49.3	36.8	10.1	2.4	12.7	23.5	292
Total	70.7	29.6	21.7	19.4	21.1	33.8	233

* Based on less than 25 cases.

Demographic factors are important determinants of the number and type of methods ever used (Table 7). Ever use of any method by age has a pattern shaped like an inverted "J"; it increases from 69 percent in the 20-24 year group, peaks in the 25-29 age group, and then declines gradually. Approximately one in five men in age groups 25-29, 30-34, and 35-39 years have ever used three or more methods. Ever use of the condom is remarkably high among men between 20 and 29 years. Ever use of three and more methods is highest among formerly married men and is lowest among polygamous men. Men with between 2 and 4 living children are also more likely to have used three or more methods than men with a lesser or greater number of children.

6.3 Current Use of Contraceptives

Respondents who reported ever use of a method were asked whether they were currently using any method with any partner to delay or avoid pregnancy. The information in Table 8 shows that approximately half (51 percent) of men said they were using a method at the time of the survey. The most widely used modern method is the condom (used by 12 percent of Kenyan men) followed by the pill which is used by 8 percent of the men. The two methods account for 65 percent of current use of modern methods. Rhythm is the most widely used of all methods (18 percent of men). The condom is widely used by sexually active

Table 7 Ever use of contraceptive methods among men age 20-54 years by selected demographic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Number of methods ever used				Ever used:		Number of men
	Any	1	2	3 +	Pill	Condom	
Age							
20 - 24	68.5	30.0	22.3	16.1	11.7	52.0	525
25 - 29	76.8	29.3	24.6	22.9	21.1	46.3	390
30 - 34	72.1	29.0	18.7	24.4	29.5	36.4	412
35 - 39	71.6	27.2	22.6	21.9	26.2	25.2	314
40 - 44	71.2	31.7	22.2	17.2	21.8	19.9	303
45 - 49	65.6	27.9	22.5	15.1	23.1	14.2	227
50 - 54	64.9	33.8	16.4	14.7	15.7	8.7	165
Marital status							
Never married	67.3	31.1	18.8	17.4	11.6	53.3	569
Married	71.8	29.2	22.9	19.7	24.2	27.0	1,664
Monogamous ¹	73.8	29.2	24.2	20.4	25.0	29.2	1,470
Polygynous	56.3	28.8	13.0	14.6	17.8	9.9	192
Formerly married	72.5	28.3	18.7	25.6	23.5	35.7	103
Living children²							
0	65.7	28.9	21.4	15.5	11.3	50.3	630
1	76.1	32.6	23.7	19.9	23.6	42.4	243
2-4	76.0	27.3	21.6	27.1	28.7	34.6	669
5-7	70.5	32.1	20.4	18.0	24.1	20.0	477
8+	65.2	30.1	22.7	12.5	17.9	12.9	311
Total	70.7	29.6	21.7	19.4	21.1	33.8	2,336

¹ Two missing cases

² Six missing cases

Table 8 Current use of contraception among men age 20-54, Kenya 1993

Method	All men	Sexually active single men	Sexually active married men	Men who are not sexually active
None	49.2	46.9	43.6	60.4
Pill	8.2	3.3	11.1	5.2
IUD	2.4	1.4	3.7	0.5
Injection	4.3	0.2	6.3	2.7
Diaphragm/Foam/Jelly	0.2	0	0	0.6
Condom	11.8	33.4	7.2	10.0
Female sterilization	3.8	0	5.8	2.1
Rhythm (abstinence)	18.0	14.5	19.7	16.5
Withdrawal	0.5	0.1	0.5	0.6
Others	1.6	0.1	2.1	1.4
Number of men	2,336	339	1,288	709

single men (33 percent);¹ only 7 percent of sexually active married men are current users of the condom. Among the latter group of men, the pill and rhythm are the most widely used methods.

Table 9 shows current use of contraceptive methods according to selected socioeconomic characteristics. Current use of contraceptive methods among men residing in urban areas is 57 percent and is higher than among men residing in rural areas (49 percent). An urban man is more likely to be using the condom than any other method, while a man residing in rural areas is more likely to be using rhythm. A man with secondary or higher education is four times more likely to be a current user of modern methods than a man with no education and one and a half times more likely than a man with a primary level of education.

Table 9 Current use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected socioeconomic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Modern method						Traditional method			Number of men
	Any method	Any modern method ¹	Pill	IUD	Injection	Condom	Any traditional method ²	Rhythm	Withdrawal	
Residence										
Urban	56.6	41.6	11.6	4.2	5.6	15.5	15.0	13.0	0.0	566
Rural	49.0	27.3	7.1	1.8	4.8	10.7	21.7	19.6	0.6	1,770
Education										
No education	28.7	10.5	4.3	0.5	1.2	2.0	18.2	14.1	0.7	193
Primary	45.1	26.2	6.5	1.4	3.3	10.4	18.9	18.3	0.6	1,261
Secondary+	61.1	41.8	11.4	4.1	6.5	16.0	19.3	18.3	0.3	882
Media exposure										
None	23.7	9.9	1.9	0.0	1.0	5.0	13.8	11.9	0.4	226
TV only	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(8)
Newspaper only	36.5	21.3	0.0	2.7	0.4	9.5	15.2	15.2	0.0	57
Radio only	41.2	19.4	4.8	0.5	0.4	6.8	21.8	18.4	1.0	615
Any two	53.2	31.9	8.1	3.3	3.6	11.7	21.3	19.9	1.1	814
All three	68.8	49.5	15.0	3.9	5.2	19.7	19.3	17.5	0.3	605
Religion										
Catholic	52.5	28.3	7.1	2.1	4.0	10.8	24.2	21.5	0.5	823
Protestant	51.4	33.5	9.6	2.8	4.8	12.2	17.9	16.2	1.1	1,241
Muslim	40.2	24.0	6.8	2.6	1.1	11.1	16.2	14.8	0.0	110
No religion	44.8	24.6	2.4	0.0	6.3	13.4	20.2	19.2	0.0	124
Other	45.6	34.6	5.5	0.0	0.0	19.4	11.0	5.5	0.0	37
Province										
Nairobi	55.6	38.6	12.3	2.3	4.1	15.2	17.0	15.2	0.0	257
Central	53.2	39.5	11.9	4.2	2.8	16.5	13.7	11.4	0.0	333
Coast	40.3	19.2	5.6	1.1	2.1	8.8	21.1	20.2	0.6	239
Eastern	79.1	40.7	11.6	4.1	5.3	14.1	38.4	36.7	0.6	389
Nyanza	32.2	19.5	4.3	0.3	5.6	4.4	12.7	11.4	0.3	287
Rift Valley	48.1	24.8	4.2	2.3	4.8	9.5	23.3	19.2	1.2	540
Western	38.5	32.4	9.1	1.1	4.8	14.6	6.1	5.4	0.0	292
Total	50.8	30.7	8.2	2.4	4.3	11.8	20.1	18.0	0.5	2,336

¹ Includes pill, IUD, diaphragm/foam/jelly, condom, female sterilization, male sterilization and Norplant

² Includes rhythm, withdrawal and other traditional methods

* Based on less than 25 cases.

¹ Sexually active is here defined as men who had sex in the last four weeks.

Condom use, particularly, increases with level of education. Seven percent of Catholic men are using the pill, 11 percent are using the condom, and 4 percent are using injection. The comparable figures among Protestants are 10 percent for the pill, 12 percent for the condom, and 5 percent for injection. A higher proportion of Catholics use rhythm compared with Protestant men.

Current use of contraceptives varies widely according to province. Current use is highest in Eastern Province (79 percent) and lowest in Nyanza Province (32 percent), followed by Western and Coast Provinces. The high prevalence of contraceptive use in Eastern Province is due to high reported use of rhythm. Use of modern methods in Eastern Province corresponds to Nairobi and Central provinces.

Demographic characteristics influence use of contraceptive methods as can be seen in Table 10. Current use of contraception increases from age group 20-24 years, peaks in age group 40-44 years, before dropping as men approach the end of their reproductive life. Men with no living children, those with one

Table 10 Current use of contraceptive methods among men age 20-54 by selected demographic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Modern method						Traditional method			Number of men
	Any method	Any modern method ¹	Pill	IUD	Injection	Condom	Any traditional method ²			
							Rhythm	Withdrawal		
Age										
20 - 24	44.6	26.8	2.3	0.3	0.6	23.5	17.7	17.0	0.5	525
25 - 29	54.0	34.8	12.4	1.6	2.7	17.3	19.2	18.4	0.7	390
30 - 34	52.0	33.8	13.0	2.7	6.5	10.4	18.2	16.9	0.4	412
35 - 39	56.2	29.5	9.1	4.1	6.3	5.7	26.7	24.1	0.1	314
40 - 44	57.3	35.3	8.5	3.7	8.1	7.4	22.0	18.5	0.1	303
45 - 49	49.7	28.0	6.4	2.7	5.2	0.9	21.7	15.8	1.4	227
50 - 54	40.0	24.0	5.0	3.9	3.1	0.5	16.0	13.2	0.2	165
Living children³										
0	40.8	26.2	1.3	0.2	0.4	23.7	14.6	14.1	0.4	630
1	48.5	32.9	13.0	2.4	2.2	15.1	15.6	15.1	0.3	243
2-4	57.9	36.4	13.0	4.8	6.5	8.7	21.5	19.1	0.6	669
5-7	57.7	31.5	8.1	2.8	7.4	4.6	26.2	22.4	0.4	477
8+	47.0	25.1	7.9	1.0	4.3	3.3	21.9	18.6	0.7	311
Marital status										
Never married	45.2	30.4	2.0	0.6	0.1	27.0	14.8	14.3	0.4	569
Married	54.4	31.9	10.6	3.0	6.0	6.8	22.6	19.9	0.5	1,664
Monogamous ⁴	56.1	33.5	11.1	3.3	6.1	7.5	22.6	20.1	0.4	1,470
Polygamous	41.9	19.3	6.7	0.9	4.7	2.0	22.6	18.5	0.7	192
Formerly married	24.1	15.5	3.6	1.2	1.5	9.2	8.6	7.4	1.2	103
Real against ideal no. of children⁵										
Ideal met	60.6	43.0	12.0	4.1	8.0	9.2	17.6	14.9	0.3	317
Real below ideal	49.4	28.9	7.5	1.8	3.5	14.3	20.5	18.7	0.5	1,646
Real exceeds ideal	66.9	47.5	14.1	5.5	7.7	4.7	19.4	17.7	0.7	201
Non-numeric	27.7	5.8	0.4	1.2	0.4	1.8	22.0	17.9	0.4	168
Total	50.8	30.7	8.2	2.4	4.3	11.8	20.1	18.0	0.5	2,336

¹ Includes pill, IUD, injections, diaphragm, condom, female sterilisation, male sterilisation and Norplant

² Includes rhythm, withdrawal and other traditional methods

³ Six missing cases

⁴ Two cases were missing information on type of union

⁵ Three missing cases on ideal number of children

and those with more than 8 living children are less likely to be users of contraceptive methods than men with between 2 and 7 children. A larger proportion of men in monogamous marriages (56 percent) reported current use of a method than men in polygamous marriages (42 percent).

Contraceptive use is also examined by whether men feel they have achieved their ideal family size. As expected, a larger proportion (67 percent) of men who felt that the real number of children they had exceeded the number they considered to be ideal were using a method compared with those who had not met their ideal family size. Usage of contraceptives was relatively low (49 percent) among men who felt that the number of children they had was below their ideal. Current use was exceedingly low among men with non-numeric family size ideals, especially for modern methods. Even if men used family planning for both spacing and limiting, apparently some will be more likely not to be using at a cross-sectional point in time, as some will be trying to achieve pregnancy.

6.4 Agreement Between Spouses

The amount of agreement between spouses on current use of contraceptive methods was examined. The results in Table 12 indicate there is 60 percent agreement between spouses on reported use of contraceptive methods. Agreement on use of specific methods is presented in Table 11. The degree of agreement between spouses is especially high among those who reported not using any method (88 percent) and those who reported using the pill (70 percent), the IUD (81 percent), injection (62 percent), and female sterilization (77 percent). However, the level of disagreement is noticeably high for the condom and rhythm. Only 5 percent of spouses agreed on condom use and 8 percent agreed on rhythm. Among couples in which 70 percent of the husbands reported current use of condoms, 88 percent of the wives stated that they were not using any method. Similarly, when 80 percent of husbands said they were using rhythm, only 3 percent of wives reported using this method. The high level of discordance raises a pertinent question about whether the condom is actually being used as a family planning method by couples. It may be that husbands are using this method in relations outside of marriage. The discordance could as well have occurred if wives did not report current use of the condom as a family planning method. As regards disagreement on rhythm—the most widely used method according to men—this suggests husbands may be ignorant of the method, or perhaps they do not use this method to avoid pregnancy.

Table 11 Correspondence between spouses' reported use of specific contraceptive methods, Kenya 1993

Husband's current method	Wife's current method									Total	Number of couples
	No method	Pill	IUD	Injection	Condom	Female sterilisation	Rhythm	Withdrawal	Other		
No method	87.8	3.1	1.2	2.7	0.0	0.8	2.9	0.2	1.2	100.0	571
Pill	21.9	69.6	0.5	5.1	0.5	2.3	0.0	0.0	0.0	100.0	134
IUD	(3.4)	(5.5)	(80.8)	(3.8)	(0.0)	(2.0)	(4.4)	(0.0)	(0.0)	100.0	35
Injection	(34.4)	(1.8)	(0.0)	(61.6)	(0.0)	(1.1)	(1.1)	(0.0)	(0.0)	100.0	85
Condom	68.0	8.9	2.9	7.7	5.1	0.0	4.9	0.0	2.5	100.0	79
Female sterilisation	15.3	3.5	2.0	0.0	0.0	76.3	1.9	0.0	1.0	100.0	69
Rhythm	79.6	4.5	1.5	1.8	1.0	0.5	8.3	1.5	1.2	100.0	261
Withdrawal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	7
Other	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	22

* Based on less than 25 cases.

6.5 Couples who Reported the Same Current Method

Table 12 shows that the degree of correspondence in method use among couples residing in urban areas (64 percent) is higher than that among couples residing in rural areas. There is an inverse relationship between the degree of correspondence on current method use and level of education. Degree of correspondence is highest among couples with no education (69 percent) and least among couples with secondary or higher education. Younger couples agree on use more often than older couples. Couples with no children, those with only one child, and those with 8 or more children are more likely to report use of the same current method than couples with between 2 and 7 children. Agreement seems to be highest in the subgroups that have the lowest level of use, which probably reflects the fact that couples are most likely to agree that they are not using any method.

6.6 Unmet Need For Contraception

Assessment of unmet need for family planning is of particular importance to family planning managers and policymakers. It provides programmes with information concerning the magnitude and characteristics of the additional market for contraception and enables policymakers to estimate the impact on

fertility that would result if the additional need were met (Westoff and Bankole, 1995). Due to the complexity of developing unmet need estimates, a wide range of questions are necessary.

This study investigated unmet need for family planning services among Kenyan men using a simple method. The men who said they either do not want any more children, or want to wait for two or more years before having another child and are not using contraception, are considered to have unmet need in this case. The results of the investigation are presented in Table 13.

About one in three men have unmet need for family planning in Kenya. Combining this estimate of unmet need with the estimate of met need (51 percent) gives a total demand for family planning of 82 percent. If all unmet need were met, contraceptive prevalence among men in Kenya would increase from 51 percent to 82 percent. The total demand for family planning services calculated here assumes that the condom is used as a family planning method rather than for protection from sexually transmitted diseases including HIV/AIDS. Excluding condom use from the estimated total demand for family planning services gives a total demand of 70 percent, which corresponds to total demand for family planning services among women.

Table 12 Proportion of couples who reported current use of the same method of contraception by selected social and demographic characteristics of the husband, Kenya 1993

Characteristic	Same method (%)	Number of couples
Residence		
Urban	63.8	186
Rural	59.0	1,079
Education		
No education	69.4	141
Primary	60.6	689
Secondary+	55.0	435
Age		
20-24	69.9	62
25-29	61.0	199
30-34	61.7	274
35-39	54.5	244
40-44	59.3	212
45-49	54.4	170
50-54	67.2	105
Living children¹		
0	75.0	65
1	68.6	122
2-4	57.5	480
5-7	57.6	363
8	59.5	231
Type of union²		
Monogamy	59.2	1,093
Polygamy	62.9	168
Total	59.7	1,265

¹ Four cases missing

² Five cases missing

Unmet need for family planning services is higher among rural men than urban men (32 against 25 percent). Young men in age group 20-24 years and those age 45 years and above, have higher unmet need than other men. It is significantly higher among men with no education (39 percent) than among either men with primary (35 percent) or with secondary or higher education (22 percent). Married men in a polygamous union have higher unmet need than monogamous married men.

An analysis of unmet need by province shows that unmet need for family planning services among men in Nyanza is 45 percent, in Western Province it is 47 percent, and in Coast Province it is 33 percent. Men in these provinces have proportionally higher unmet need for services than men in other provinces. Eastern Province has the lowest proportion of men with unmet need, which reflects the high level of use reported in the province.

6.7 Reason for Nonuse

Respondents who are not practicing family planning and do not intend to use in the future were asked to say why they were not using. The reasons given are summarized in Table 14. Approximately one in five gave a fertility-related reason (including infrequent sex and infecundity); one in four want more children, one in ten cite lack of knowledge of either a method or a source of a method; another one in ten are opposed to contraception. About 6 percent say their religion prohibits use, and a similar proportion cite health concerns. One in twenty reported difficulty getting pregnant. Accessibility is not a major issue, as only one in one hundred cited lack of access. Men who reported they were not using a method because of lack of knowledge and health concerns are of particular interest to programme planners and managers. Their needs should be addressed since they have general information but lack method-specific details.

Table 13 Unmet need for contraception among married men age 20-54 by selected socioeconomic and demographic characteristics, Kenya 1993

Characteristic	Percentage of married men with unmet need for contraception	Number of men
Residence		
Urban	24.9	393
Rural	32.8	1,271
Education		
No education	39.0	170
Primary	35.4	900
Secondary+	21.8	595
Age		
20-24	31.9	101
25-29	24.6	257
30-34	28.7	359
35-39	30.8	299
40-44	29.2	285
45-49	35.7	211
50-54	42.6	153
Type of union¹		
Monogamy	30.6	1,470
Polygamy	33.7	192
Province		
Nairobi	31.1	179
Central	26.8	226
Coast	33.8	160
Eastern	12.0	283
Nyanza	45.2	208
Rift Valley	29.2	397
Western	47.2	212
Total	30.9	1,664

¹ Two cases missing

Table 14 Distribution of men who are not using contraception and do not intend to use, by reason for nonuse, Kenya 1993

Reason for nonuse	Percent
Fertility related ¹	22.6
Wants more children	24.3
Difficult to get children	4.8
Respondent opposed	9.2
Relatives opposed	3.5
Religion	5.8
Lack of knowledge	11.2
Health concerns	5.8
Lack of access	1.1
Others	10.1
Total	100.0
Number of men	344

¹ Includes infrequent sex, difficult to get pregnant, menopause/hysterectomy

7. Discussion

The findings of this study, which is based on the results of the 1993 Kenya Demographic and Health Survey, show that knowledge of family planning is universal among Kenyan men. However, knowledge of specific methods varies widely. The pill and the condom are the best-known methods and a higher proportion of men know of female sterilization than male sterilization.

The high level of knowledge of contraception among men has not, however, translated into high levels of use in most areas of Kenya. Seventy percent of men have used a contraceptive method at some time, and 50 percent have used a modern method. Of the 51 percent of the men currently using a method with their partners, 20 percent are using a traditional method. Rhythm (periodic abstinence) is the method most widely reported by men (18 percent). On the other hand, only 4 percent of women report using rhythm. This large discrepancy between men and women suggests different perceptions of rhythm.

Use of condoms is high among sexually active single men. Many sexually active married men also report use of condoms, but less than 1 percent of women report use of this method. Two possible explanations for the discrepancy between men and women are that wives do not report condom use, or that condoms are used by men outside of marriage. Two percent of men are using female sterilization but usage of male sterilization is extremely low. None of the men who responded to the survey mentioned use of this method. (This method is not shown in the tables.)

Contrary to popular belief, religion is not a major barrier to male contraception in Kenya. Current use of any contraceptive method is only slightly higher among Protestants than among Catholics, although Catholics are more likely to be using a traditional method. However, Muslim men are less likely to use family planning than either Protestants or Catholics.

In Kenya, use of family planning varies widely by province. It is highest in Eastern Province, followed by Nairobi, Central, and Rift Valley provinces, and lowest in Nyanza, Western, and Coast provinces. This pattern of use is similar to that reported by women. One exception is that the majority (37 percent) of men in Eastern Province reported using rhythm (periodic abstinence) while only 7 percent women in the province reported using this method. Here again, men and women are probably not reporting the same thing. Further evidence for this comes from the fact that agreement between spouses on use of rhythm was found to be very low.

On average, spouses agree on current use of family planning, which reflects discussions between wives and husbands. However, as mentioned, there is considerable disagreement regarding use of the condom and rhythm.

Twenty-four percent of men who were not using family planning and do not intend to use in the near future cited desire for more children as the reason for not using family planning. However, this does not imply a lack of demand for family planning in Kenya. Analysis of unmet need indicates there is substantial demand for family planning. Eleven percent of men said they were not using family planning and did not intend to because of lack of knowledge, which suggests that despite wide general knowledge of contraception there is insufficient knowledge of specific methods.

8. Conclusion

Kenya has made substantial progress in disseminating family planning information. However, low utilization of family planning methods in some provinces suppresses the national contraceptive prevalence

rate. The main reason for not using family planning is desire to have more children and insufficient knowledge of methods. These barriers to use will need to be addressed. Programmes and projects aimed at increasing men's knowledge and interest in family planning will be necessary. Equally important are programmes that will influence men's desire for a small family norm.

It may be necessary to popularise male sterilisation, which is currently being used by very few Kenyan men. In order to address provincial differentials it may be useful to intensify programmes and adopt multisectorial approaches in provinces where family planning utilization is low. The study clearly demonstrates, as do many others, that urbanisation and the enhancement of men's educational status are important factors affecting fertility regulation.

Research is necessary to explain the discrepancy between wives and husbands on the use of the condom and rhythm.

References

- Adamchak, D.J. and M.T. Mbizvo. 1991. Family planning information sources and media exposure among Zimbabwean men. *Studies in Family Planning* 22(5): 326-31.
- Adetunji, J. Men's knowledge and use, and agreement between spouses on use of contraception in Zimbabwe. Unpublished.
- Barasa, J. and S. Kanani. 1991. *An inventory study of CBD family planning services*. Nairobi: UNFPA/NCPD.
- Belcher, D.W, A.K. Newmann, and S. Ofoso Amaah. 1978. Attitudes towards family size and family planning in rural Ghana-Danfa Project. 1972 Survey Findings. *Journal of Biosocial Science* 10:59-77.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Economic Planning and Development [Kenya]. 1980. *Kenya Fertility Survey 1977-1978*. Vol 1. *First report*. Nairobi: Government Printer.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Planning and National Development [Kenya]. 1984. *Kenya Contraceptive Prevalence Survey, 1984. First report*. Nairobi: Government Printer.
- Edwards, S.R. 1994. The role of men in contraceptive decision-making: Current knowledge and future implications. *Family Planning Perspectives* 26:77-82.
- Egero, B. and E. Mburugu. 1993. *Kenya reproductive change under strain, understanding reproductive change*. Lund Publishers. 30-64.
- Ezeh, Alex C., M. Seroussi, and H. Raggars. 1996. *Men's fertility, contraceptive use and reproductive preferences*. DHS Comparative Studies No 18. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Ezeh, A.C. 1993. The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. *Studies in Family Planning* 24:163-174.
- Freedman, R. and A.K. Blanc. 1991. Fertility transition: An update. In *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, DC., 1991*, Vol. 1. Columbia, Maryland: IRD/Macro International Inc. 5-24.
- Gallen, M.E., L. Liskin, and N. Kak. 1986. *New focus for family planning programs*. Population Reports Series J. No. 33.
- Government of Kenya. 1995. *The National Implementation Plan, Kenya Family Planning Program, 1995-2000*. Nairobi: Government Printer.
- Khalifa, Mona A. 1988, Attitudes of urban Sudanese men toward family planning. *Studies in Family Planning* 19.
- McGinn, T. M., Bamba, and M. Balma. 1989. Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 15:4-87.

- Mbizvo, M.T. and D.J. Adamchak. 1991. Family planning knowledge, attitudes and practices of men in Zimbabwe. *Studies in Family Planning* 22:31-38.
- Mundigo, Alex I. 1995. Men's roles, sexuality and reproductive health. International Lecture Services on Population Issues. The John D. And Catherine T. Mac Arthur Foundation.
- National Council for Population and Development (NCPD) [Kenya] and Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (IRD/Macro). 1989. *Kenya Demographic and Health Survey, 1989*. Columbia, Maryland: NCPD and IRD/Macro.
- National Council for Population and Development (NCPD) [Kenya]. 1984. *Sessional Paper No. 4 of 1984 on Population Policy Guidelines*. Nairobi: Government Printer.
- National Council for Population and Development (NCPD) [Kenya], Central Bureau of Statistics (CBS), and Macro International Inc. (MI). 1994. *Kenya Demographic and Health Survey, 1993*. Calverton, Maryland: NCPD, CBS, and MI.
- Republic of Kenya. 1994. *Population Census 1989*. Vol 1. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya. 1996. National Population Policy for Sustainable Development. Draft.
- Republic of Kenya. 1995. National Population Policy for Sustainable Development. Draft. Nairobi: Government Printer.
- Ringheim, K. 1993. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Studies in Family Planning* 24:87-89.
- Salway, S. 1994. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 20:44-74.
- Terefe, A. and C.P. Larson. 1993. Modern contraception use in Ethiopia: Does involving husbands make a difference? *American Journal of Public Health* 83(11): 1567-71.
- Touré, L. 1996. *Male involvement in family planning: A review of the literature and selected program initiatives in Africa*. Support for Analysis and Research in Africa. Washington, D.C.
- Westoff, C.F. and A. Bankole. 1995. *Unmet need: 1990-1994*. DHS Comparative Studies No. 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

