

# Pratique contraceptive en Afrique subsaharienne

## Niveaux, tendances et déterminants

Ferdinand Ngueyap

Le niveau de la pratique contraceptive en Afrique est globalement de mieux en mieux connu, mais avec un état des connaissances par pays qui reste très variable selon les données disponibles. On sait que ces niveaux sont liés aux différentes phases de la transition démographique et au degré de développement des pays ; ils demeurent faibles en Afrique subsaharienne (Ayad *et al.*, 1985).

Les deux vastes programmes internationaux d'enquêtes démographiques représentatives au niveau national, d'abord celui de « l'Enquête mondiale fécondité » (EMF/WFS) dans les années 1970 et ensuite celui des « Enquêtes démographiques et de santé » (EDS/DHS) dans les années 1980-1990, permettent d'améliorer sensiblement la connaissance sur la pratique contraceptive en Afrique ; avec le second programme, un grand nombre de pays africains ont été couverts (dix-neuf l'ont été au terme des deux premières phases, réalisées sur les périodes 1984-88 et 1988-93). L'existence d'un questionnaire de base commun à tous les pays offre de précieuses possibilités d'analyses comparatives.

La présente étude entend présenter une synthèse des différents résultats publiés à partir de ces enquêtes, et particulièrement des EDS, pour lesquelles les pays suivants ont été retenus : Botswana, Burundi, Cameroun, Ghana, Kenya, Niger, Nigéria, Libéria, Sénégal, Soudan, Togo et Zimbabwe. Ces pays se répartissent entre les quatre régions Ouest, Est, Centrale et Australe de l'Afrique au Sud du Sahara. Ils sont différents tant du point de vue de leur taille qu'en regard des

divers indices socio-économiques (PNB/hab., proportion d'analphabètes, etc.).

Après une présentation critique des sources de données, suivie d'une analyse comparative des niveaux et tendances de la pratique contraceptive dans ces différents pays, nous nous attacherons à mettre en lumière les principaux déterminants qui affectent celle-ci.

## Les données utilisées

Grâce à l'expérience acquise lors du programme de l'EMF, les Enquêtes démographiques et de santé fournissent des données de qualité souvent bien supérieure à celle de n'importe quelle autre source démographique nationale. Selon les pays, les échantillons sont composés de 3 500 à 8 000 femmes âgées de 15-49 ans. Un questionnaire de base comprend des informations générales relatives au statut matrimonial, économique et socioculturel, une histoire génésique et des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception.

Les enquêtes rétrospectives, telles que les EMF et les EDS, souffrent de biais désormais bien connus qu'il convient d'identifier et de quantifier afin de les redresser avant d'entamer toute étude de niveau. Les deux types d'erreurs classiques, fréquents et lourds de conséquences sont relatifs à l'omission et à la datation. Une analyse générale de la qualité des données des EDS réalisée à l'issue de la première phase du programme (DHS, 1990) a montré que plus un événement remonte loin dans le passé, plus la personne interrogée tend à le passer sous silence et, lorsqu'elle le mentionne, plus le risque d'erreur sur sa datation est élevé. Ce problème est particulièrement réel en Afrique subsaharienne, mais dans la mesure où un tel effet de mémoire se produit dans tous les pays, ses conséquences sur les conclusions de notre étude sont marginales puisque l'objectif est la comparaison des niveaux de pratique contraceptive dans l'espace et dans le temps, et non leur détermination avec une parfaite exactitude. D'ailleurs, ce type d'erreurs ne peut influencer que la pratique de la contraception à un moment donné, qui fait appel à la mémoire, mais nous verrons que nos résultats sont valables avec une relative certitude quant aux tendances observées.

Quant à la datation des événements, les femmes interrogées devaient fournir à l'enquêteur leur âge (année de naissance, âge). Cette information est particulièrement importante pour l'analyse de la structure par âge de la pratique contraceptive. En dehors du Zimbabwe et du Botswana, pays où les âges sont assez bien déclarés (Barbieri, 1993), les rapports nationaux d'enquête signalent, soit en général pour tous les autres pays l'attraction des âges ronds 0 et 5, soit et en plus, l'attraction des multiples de 2 (Ghana, Kenya) ou celle des âges immédiatement inférieurs aux multiples de 5 (Niger). Face à cette seconde limitation, un compromis nous a conduit à regrouper les femmes en groupes d'âges quinquennaux qui donnent une structure par âge plus régulière.

Dans cette étude, on entend par *pratique contraceptive*, l'utilisation de la contraception qui peut être actuelle, passée ou à un moment quelconque. *La prévalence contraceptive* est la proportion des femmes qui utilisent (ou qui ont utilisé) la contraception parmi celles âgées de 15 à 49 ans globalement, ou selon d'autres critères spécifiques (méthode, âge, état matrimonial et autre statut). *La contraception quelconque* regroupe la *contraception moderne*, qui est l'utilisation des préservatifs, du DIU, de la stérilisation, des gelées spermicides et la pilule; et la *contraception traditionnelle*, qui concerne l'abstinence, la continence périodique, le retrait et les plantes médicinales. Lors de l'Enquête mondiale fécondité, en lieu et place de contraception moderne et traditionnelle étaient respectivement utilisées les expressions « méthodes efficaces » et « méthodes inefficaces ».

## Les niveaux et tendances de la prévalence contraceptive : un continent à plusieurs visages

À l'exception du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe, les niveaux sont extrêmement faibles quel que soit le type de pratique; beaucoup plus faibles que sur n'importe quel autre continent (Sadik, 1991). La moyenne des taux de prévalence contraceptive moderne actuelle se

situé en dessous de 5 % (tableau 1). Les méthodes traditionnelles sont particulièrement utilisées au Togo où la prévalence atteint 30,7 % et, dans une moindre mesure, au Cameroun (11,8 %) ; pour les autres pays, les proportions n'atteignent pas le seuil des 10 %.

Une autre particularité réside dans la disparité entre les pays et les régions d'Afrique au Sud du Sahara, avec des variations allant du simple au septuple. L'Afrique subsaharienne est ainsi éclatée entre quatre groupes de pays :

- ceux dont la prévalence contraceptive moderne actuelle est supérieure à 30 % des femmes en union : Botswana (31,7 %), Zimbabwe (36,1 %) ;
- les pays dont le taux de prévalence est compris entre 12 et 20 % ; il s'agit uniquement du Kenya (17,9 %). Ces deux premiers groupes se distinguent des autres par leur niveau de prévalence contraceptive susceptible d'influencer la fécondité<sup>1</sup> ;
- les pays dont les taux sont proches de 5 % : Ghana (5,2 %), Libéria (5,5 %), Soudan (5 %) et dans une moindre mesure le Cameroun (4,2 %).
- les pays où la prévalence contraceptive moderne actuelle est proche ou inférieure à 3 % : Sénégal (2,4 %), Togo (3,1 %) et Burundi (1,2 %).

Selon le niveau de « transition de la contraception », on peut distinguer trois grandes régions en Afrique subsaharienne :

- l'Afrique australe, où la prévalence de la contraception moderne est relativement élevée et supérieure à 30 % ; ce sont des pays à transition avancée ;
- l'Afrique de l'Est, avec un pays à transition intermédiaire dans lequel le taux est de 17,9 % ;
- enfin, les pays pré-transitionnels de l'Ouest et du Centre, où les taux de prévalence contraceptive moderne sont inférieurs à 6 %.

Globalement, les femmes en union utilisent davantage la contraception que les autres femmes. Les pays de l'Afrique de l'Ouest font cependant exception, avec des femmes en union utilisant moins la

<sup>1</sup> Selon les spécialistes, pour que le niveau de fécondité soit influencé par l'utilisation de la contraception, il faut que la prévalence de la pratique des méthodes modernes moderne soit au moins égale à 12 %.

Pays	Date de l'enquête	Pratique contraceptive			Pas d'utilisation
		Méthode moderne	Méthode traditionnelle	Méthode quelconque	
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Ghana	1988	5,2	7,7	12,9	87,1
Libéria	1986	5,5	0,9	6,4	93,6
Sénégal	1986	2,4	2,0	4,4	95,6
Nigéria	1990	3,5	2,5	6,0	94
Niger	1992	2,3	2,2	4,4	95,6
Togo	1988	3,1	30,7	33,9	95,6
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroun	1991	4,3	11,8	16,1	83,9
<i>Afrique de l'Est</i>					
Burundi	1987	1,2	7,5	8,7	91,3
Kenya	1989	17,9	9,0	26,9	73,1
Soudan	1989	5,5	3,1	8,7	91,3
<i>Afrique australe</i>					
Botswana	1988	31,7	1,3	43,1	67
Zimbabwe	1988	36,1	7,0	33	56,9

**Tableau 1**  
Taux de prévalence contraceptive actuelle  
pour cent femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.

contraception que les autres. Les différences varient entre 50 et 70 % dans ce groupe de pays, tandis qu'elles sont faibles à très faibles pour les pays d'Afrique de l'Est, Centrale et Australe.

Si, pour les pays concernés, il n'existe pas de corrélation positive clairement établie entre le niveau de développement socio-économique et la pratique contraceptive, le niveau de fécondité et la prévalence contraceptive entretiennent une relation négative : plus la prévalence contraceptive est forte, plus le niveau de fécondité est faible.

Le tableau 2 présente l'évolution de la pratique contraceptive pour les pays qui ont connu successivement une enquête fécondité (EMF) puis une enquête démographique et de santé (EDS). Sous l'hypothèse d'une linéarité de l'évolution, des taux d'accroissement moyen annuel de la prévalence contraceptive ont été calculés pour chaque pays.

Pays	Date des enquêtes		Prévalence contraceptive								
	EMF	EDS	Méthodes quelconques			Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles		
			EMF*	EDS	AA	EMF*	EDS	AA	EMF*	EDS	AA
Botswana	1984	1988	27,8	33,0	+ 4	18,6	31,7	+ 1,4	9,2	1,3	-38
Cameroun	1978	1991	3,1	16,1	+14	0,4	4,3	+20	2,7	11,8	+12
Ghana	1979	1988	12,2	12,9	+ 0,6	5,2	5,2	0	7,3	7,7	+ 0,5
Kenya	1978	1989	9	26,9	+10	6	17,9	+10	3	9,0	+11
Nigéria	1981	1990	-	6,0	-	-	3,5	-	-	2,5	-
Sénégal	1978	1986	3,9	4,4	+ 1,5	0,6	2,4	+19	3,3	2,0	- 6,0
Soudan	1979	1989	4,6	8,7	+ 7	3,9	5,5	+ 3,0	0,7	3,1	+16
Zimbabwe	1984	1989	38,4	43,1	+ 5,1	26,6	36,1	+ 8,0	11,8	7	-12

EDS première phase pour Botswana et Zimbabwe.

AA = Accroissement annuel du taux de prévalence contraceptive (EMF\* = base 100).

Tableau 2  
Prévalence contraceptive actuelle suivant les années  
pour cent femmes en union.

Il s'en dégage une hausse globale de la pratique contraceptive, effective dans tous les pays ; l'avenir semble prometteur. Les progrès les plus significatifs l'ont été pour la contraception moderne. Trois groupes de pays peuvent être distingués en regard de leur profil d'évolution :

- les pays dont la croissance de la prévalence contraceptive est rapide et au-dessus de 10% l'an : Cameroun (+ 13,5%), Kenya (+ 10%);
- les pays dont le rythme de croissance annuel est compris entre 4 et 10 % : Soudan (+ 7%), Zimbabwe (+ 5,1%) et Botswana (+ 4%);
- enfin, les pays à croissance lente ou stagnante de la prévalence contraceptive, avec des taux d'accroissement annuel inférieur à 2 % : Sénégal (+ 1,5%), Ghana (+ 0,6%).

Les disparités sont plus accentuées si l'on considère uniquement l'évolution de l'utilisation des méthodes modernes. Ainsi, selon le niveau et le rythme de croissance de la pratique contraceptive moderne,

on peut distinguer le Zimbabwe, le Botswana et le Kenya, pays où la croissance et les niveaux sont élevés ; le Cameroun et le Sénégal, pays où les niveaux sont faibles mais les rythmes de croissance rapides (environ 20 % l'an) et prometteurs. Le Ghana, en revanche, montre une stagnation de la pratique contraceptive moderne et traditionnelle ; depuis plusieurs années, la pratique contraceptive moderne se maintient difficilement à son niveau antérieur.

Trois profils d'évolution de la pratique contraceptive traditionnelle peuvent être mis en relief : le premier concerne les pays où le niveau et le rythme de la contraception traditionnelle sont relativement élevés : Cameroun (+ 12,0 %) et du Kenya (+ 16 %) ; le deuxième distingue ceux où le déclin de la pratique contraceptive traditionnelle est amorcée et évolue lentement : Ghana (- 0,5 %), Sénégal (- 6 %) ; enfin, le troisième regroupe les pays où la contraception traditionnelle n'est presque plus utilisée, au terme d'une baisse rapide : Botswana (- 38 %), Zimbabwe (- 12 %).

L'évolution de la prévalence contraceptive moderne entre les générations est également intéressante. Les exemples du Botswana et du Zimbabwe montrent que, dans l'ensemble, les niveaux par groupe d'âges sont plus élevés pour les dates récentes. Que l'on considère les jeunes générations ou les plus anciennes, les niveaux de pratique contraceptive moderne actuelle sont supérieurs à ceux de 1984. La perturbation observée par ailleurs entre 20 et 40 ans au Zimbabwe en 1984 disparaît complètement en 1988.

L'évolution de la prévalence de chaque méthode moderne au Botswana présente deux visages contrastés : la pilule et le stérilet se détachent nettement, et leur prévalence déjà élevée croît à un rythme annuel de plus de 20 % : pilule (+ 20 %), DIU (+ 23,0 %).

La prévalence des injections (+30,6 %) et de la stérilisation (+ 16,3 %) croît aussi rapidement, tandis que les condoms (+ 6,8 %) semblent moins demandés. Au total, dans l'avenir, tout en mettant à la disposition des utilisatrices potentielles les autres méthodes modernes, l'accent devra être mis sur l'offre de la pilule et du dispositif intra utérin (DIU), méthodes qui, de part leur prévalence et leur rythme d'évolution, se détachent des autres.

En définitive, la pratique contraceptive a beaucoup progressé en Afrique subsaharienne, surtout l'utilisation des méthodes modernes.

La pratique de la contraception est en voie d'entrer dans les mœurs, mais ces acquis demandent une consolidation. L'énigme ghanéenne est toujours là, présente et appelant des études plus fines sur les causes de cette stagnation et donc sur les moyens de promouvoir la planification familiale dans ce pays. L'évolution a aussi été marquée par le recul de la contraception traditionnelle dans certains pays.

## ■ Les déterminants de la pratique contraceptive en Afrique

Généralement, les niveaux de pratique contraceptive, moderne et/ou traditionnelle, sont associés au niveau de développement des pays. Pourtant, dans le cas des pays étudiés, et en dehors du Botswana, les niveaux observés ne sont pas corrélés avec le niveau de vie des pays si nous considérons l'indice du revenu par tête, qui est fortement contesté. La remarque fondamentale en Afrique, ce n'est pas nouveau, est que la pratique contraceptive est très faible et disparate. Ces disparités existent aussi à l'intérieur des pays. Nous chercherons ici à voir si les inégalités qui existent face à la pratique contraceptive subsistent à travers les phases de la transition de la contraception ; on prendra comme pays prétransitionnels le Cameroun et le Ghana, le Kenya comme exemple de pays en début de transition, et enfin les pays en transition avancée que sont le Botswana et le Zimbabwe.

La structure de la pratique contraceptive par pays montre bien qu'à chaque niveau de transition de la contraception est associée une utilisation contraceptive particulière. Dans les pays prétransitionnels, les femmes utilisent plus les méthodes traditionnelles au contraire des pays intermédiaires ou de transition avancée, où les femmes utilisent davantage la contraception moderne.

Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et l'abstinence se détachent nettement des autres par leurs niveaux. On ne peut passer sous silence l'importance du retrait au Zimbabwe qui est le pays d'Afrique subsaharienne où cette pratique est très répandue.



Pays	Date d'enquête	Pratique contraceptive						Total
		Pilule	Stérilet	Injection	Crème, gelée	Condom	Stérilis. féminine	
Ghana	1988	2,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,9	5,2
Libéria	1986	3,3	0,6	0,3	0,2	0,0	1,1	5,6
Sénégal	1986	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4
Nigéria	1990	1,2	0,8	0,7	0,1	0,4	0,3	3,5
Niger	1992	1,5	0,2	0,5	0,0	0,0	0,1	2,3
Togo	1988	0,4	0,8	0,2	0,6	0,4	0,6	3,1
Cameroun	1991	1,2	0,3	0,4	0,3	0,9	1,2	4,3
Burundi	1987	0,2	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	1,2
Kenya	1989	5,2	3,7	3,3	0,4	0,5	4,7	17,9
Soudan	1989	3,9	0,7	0,1	0,0	0,1	0,3	5,5
Botswana	1988	14,8	5,6	5,4	0,0	1,3	4,3	31,7
Zimbabwe	1988	31,0	1,1	0,3	0,0	1,2	2,3	36,1

Tableau 3  
Structure par pays de la prévalence contraceptive moderne actuelle pour cent femmes en union.

Parmi les méthodes modernes, et dans tous les pays en fonction des niveaux, la pilule et le stérilet sont très utilisés (tableau 3). Au Kenya, toutes les méthodes modernes, à l'exception des condoms et des gelées, ont la même importance; leurs niveaux de prévalence sont peu variables. En bref, la pilule et le stérilet sont les méthodes largement utilisées sans distinction de pays pour les méthodes modernes, tandis que la continence périodique et l'abstinence sont les premières méthodes traditionnelles employées en Afrique subsaharienne.

La prise en compte des facteurs démographiques, socio-économiques et culturels permet de mieux comprendre ces disparités observées entre pays.

Globalement, l'utilisation de la contraception et la descendance atteinte présentent une liaison positive. Il faut cependant noter qu'au Cameroun, que l'on considère les méthodes modernes ou traditionnelles, les niveaux de prévalence ne varient pas en fonction de la descendance. Les pays en transition contraceptive avancée présen-

Caractéristiques	Pays en transition contraceptive avancée						Pays en début de transition			Pays prétransitionnels					
	Botswana			Zimbabwe			Kenya			Ghana			Cameroun		
	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T
<i>Nombre d'enfants vivants</i>															
0	14,2	13,6	0,6	3,2	1,6	1,6	4,7	0,8	3,8	3,8	1,9	1,9	15,3	2,0	13,3
1	30,6	30,4	0,2	43,5	40,2	3,3	16,9	8,6	8,3	10,1	3,5	6,6	13,8	2,7	11,2
2	38,9	37,2	1,7	46,2	42,1	4,1	24,2	16,0	8,2	11,7	3,0	8,7	14,9	2,7	12,2
3	41,7	41,2	0,5	49,7	42,9	6,9	28,5	18,5	9,9	14,3	5,1	9,1	15,7	3,6	12,1
4 et +	33,0	32,1	0,9	49,9	36,0	9,9	31,4	21,7	9,7	15,8	7,5	8,3	17,8	6,6	11,2
<i>Milieu d'habitat</i>															
Urbain	38,8	38,2	0,6	51,7	48,8	3,0	30,5	25,5	5,0	19,6	8,1	11,0	29,9	7,1	17,9
Rural	25,8	24,9	0,9	39,5	30,8	8,6	26,2	16,4	9,8	9,9	3,9	6,1	10,5	2,5	8,0
<i>Niveau d'instruction</i>															
Aucun	18,4	17,4	1,0	32,5	24,9	7,6	18,3	9,7	8,6	8,5	3,2	5,3	5,0	1,2	3,8
Primaire	29,1	28,5	0,6	42,0	34,0	8,1	27,8	19,2	8,6	12,1	6,1	6,1	16,9	4,5	12,4
Secondaire et plus	41,3	40,3	1,0	55,5	52,3	3,3	40,4	29,3	11,1	18,6	7,2	11,0	42,8	12,0	31,0
<i>Religion</i>															
Protestante	33,6	33,1	0,5	50,3	44,0	6,3	29,3	20,9	8,4	10,1	3,8	6,3	15,8	3,1	11,7
Catholique	42,0	40,0	2,0	51,0	43,9	7,1	25,8	14,4	11,4	14,6	5,6	9,0	25,2	5,9	17,4
Musulman	-	-	-	28,3	17,2	11,0	16,7	13,9	2,8	8,3	3,2	5,0	5,5	0,9	4,6
Autres	38,1	32,8	5,3	41,7	31,2	10,0	20,8	15,9	4,9	-	-	-	-	-	-
Sans religion	25,6	25,2	0,4	-	-	-	9,8	6,3	3,5	-	-	-	-	-	-

Type de méthode : Q (quelconque), M (moderne), T (traditionnelle).

**Tableau 4**  
Prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques dans quelques pays d'Afrique sub-saharienne.

tent une autre spécificité. Au Botswana et au Zimbabwe, les femmes ayant deux et trois enfants utilisent beaucoup plus la contraception.

Le milieu de résidence (urbain ou rural) constitue généralement un facteur discriminant de la pratique contraceptive, qui reflète à la fois des disparités dans l'accessibilité et la disponibilité des services et des méthodes contraceptives, ainsi que les diverses influences culturelles. Dans tous les pays, le fait de vivre en ville favorise avant tout la pratique contraceptive moderne, quel que soit le degré de développement de la contraception dans le pays (tableau 4). Des nuances apparaissent en revanche en matière de contraception traditionnelle.

Ainsi, si au Botswana, au Zimbabwe et au Kenya, la ville joue en défaveur des méthodes traditionnelles, il en est tout autrement dans les pays prétransitionnels (Ghana et Cameroun) où ces méthodes sont nettement plus utilisées en ville qu'en milieu rural.

La scolarisation, par l'introduction des connaissances nouvelles ou par le degré d'acculturation qu'elle crée, constitue un facteur important, et bien connu, favorisant le recours à la planification familiale. L'effet est particulièrement net pour la contraception moderne, et touche tous les pays considérés (tableau 4). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, les situations varient selon les pays. Dans ceux en transition contraceptive avancée, si au Botswana l'instruction semble peu influencer sur le recours à ces méthodes, au Zimbabwe, en revanche, elle contribue à leur désaffection à partir du niveau secondaire. Dans les autres pays, surtout au Ghana et au Cameroun, le niveau d'instruction influe positivement sur les pratiques traditionnelles ; mais sans doute les méthodes utilisées sont-elles différentes de celles ayant cours en milieu rural. Quoi qu'il en soit, cet effet de l'instruction traduit l'existence d'une volonté plus grande de planifier sa descendance chez les femmes les plus instruites.

La religion véhicule des valeurs et normes qui régissent la vie des pratiquants, notamment leur vie reproductive. La religion chrétienne apparaît très nettement la plus favorable à la planification familiale ; et ce, dans tous les pays et quelle que soit la méthode considérée. Sauf au Kenya et, dans une moindre mesure au Zimbabwe pour les méthodes modernes, les femmes catholiques sont celles qui recourent le plus à la contraception, davantage que les femmes protestantes. Ces résultats semblent contradictoires avec le discours officiel de l'Église qui demeure très restrictif quant à l'utilisation des méthodes contraceptives. La position défendue par le Vatican lors de la dernière conférence mondiale sur la population, qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, l'a rappelé avec force. Cette apparente contradiction ne fait que traduire le décalage pouvant exister entre un discours institutionnel normatif et les représentations et pratiques individuelles ; il est vrai par ailleurs que, de manière globale, les religions catholique et protestante contribuent en Afrique à favoriser l'émancipation féminine.

Si dans les pays du Maghreb, la religion musulmane ne n'est pas opposée à la planification familiale, et y a même été associée, en

Afrique subsaharienne en revanche, pratique de l'islam et faible recours à la contraception (surtout moderne) sont généralement associés (tableau 4).

## Conclusion

À la veille des années quatre-vingt-dix, les niveaux de pratique contraceptive en Afrique subsaharienne sont globalement faibles et hétérogènes. On distingue des pays ou des régions en transition contraceptive avancée au Sud et à l'Est du continent. Les pays d'Afrique centrale et occidentale ont des taux de prévalence contraceptive moderne faibles, voire très faibles. La progression de la pratique contraceptive a été régulière durant la dernière décennie et, à cause d'évolutions disparates, les différences s'accroissent entre pays. Le milieu urbain, l'instruction et les religions chrétiennes figurent parmi les facteurs favorisant le plus la pratique contraceptive. L'avenir est en quelque sorte prometteur, mais les exceptions ne sont pas rares. Le cas du Ghana, pays où les taux de pratique contraceptive sont stabilisés, voire en régression depuis une quinzaine d'années, est révélateur des efforts qui restent à fournir, et ce d'autant plus dans un contexte de crise économique.

## Bibliographie

- Burundi, ministère de l'Intérieur, 1988 —  
*Enquête démographique et de santé du Burundi 1987*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 178 p.
- Botswana, Central Statistical Office, 1989 —  
*Family Health Survey II 1988*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 165 p.
- Cameroun, Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat, 1992 —  
*Enquête démographique et de santé Cameroun 1991*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 287 p.
- DHS, 1990 —  
*An Assessment of DHS-1 data quality*. Columbia, Maryland, Institute for Resource Development, DHS Methodological Reports n° 1, 143 p.
- Ghana, Ghana Statistical Service, 1989 —  
*Demographic and Health Survey 1988*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 190 p.
- Niger, Direction de la Statistique et des Comptes nationaux, 1993 —  
*Enquête Démographique et de Santé 1992*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 296 p.
- Nigeria, Federal Office of Statistics, 1992 —  
*Nigeria Demographic and Health Survey 1990*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 243 p.
- Sudan, Departement of Statistics, 1991 —  
*Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 180 p.
- Togo, Unité de recherche démographique, 1989 —  
*Enquête démographique et de santé 1988*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 169 p.
- Zimbabwe, Central Statistical Office, 1989 —  
*Demographic and Health Survey 1988*. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 170 p.
- SADIK N. (ed), 1991 —  
*Population policies and programs: lessons learned from two decades of experience*. New-York, FNUAP, 464 p.