

UNIVERSITE MONTESQUIEU-BORDEAUX IV

DROIT, SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES,
SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

DIFFUSION ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU RURAL SENEGALAIS

Cas de la zone d'étude de Niakhar

Thèse pour le Doctorat en Démographie

présentée par

Cheikh Amadou Tidiane N'DIAYE

et soutenue publiquement

le 29 mars 2004

MEMBRES DU JURY

Mme Chantal BLAYO,

Professeur, Université Montesquieu-Bordeaux IV, **Directrice de thèse**

M. Pierre CANTRELLE

Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), **Rapporteur**

Mme Valérie DELAUNAY,

Chargée de recherche, Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

M. Patrick FESTY,

Directeur de Recherche, Institut National d'Etudes Démographiques (INED), **Président**

M. Michel GARENNE

Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

M. Daniel PIEROTTI

Docteur d'Etat, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **Rapporteur**

Tables des matières

Tables des matières	2
Remerciements	7
Résumé	8
Summary	8
Introduction générale	9
Problématique générale	9
La problématique actuelle de la santé reproductive au Sénégal	10
Les objectifs de recherche	13
Le cadre conceptuel	14
Le choix du terrain d'étude	16
Un modèle conceptuel de diffusion de la contraception	17
Présentation générale de la thèse	23
PREMIERE PARTIE : Mutations sociales et dynamique de La planification familiale en Afrique	27
Chapitre I. – Changements socio-économiques et enjeux des politiques démographiques en Afrique noire	28
I. - La grande famille en question	28
A. Les comportements reproductifs des sociétés africaines	28
1 Les déterminants traditionnels de la fécondité	28
2 Les comportements traditionnels de contraception	31
B. Dimensions et composantes des mutations sociales et familiales actuelles	32
1 Vers une prise de conscience des difficultés liées à l'entretien d'une famille nombreuse	32
2 Les comportements socio-économiques et démographiques induits de la crise	34
II. - Les enjeux de la planification familiale en Afrique	37
A. Les enjeux sociaux	38
B. Les enjeux économiques	39
C. Les enjeux politiques	40
III. - Les grandes questions d'aujourd'hui	42
A. Position de la femme et de l'homme dans la société	42
1 La place de la femme dans la société	42
2 La place de l'homme dans la société	43
B. Interaction entre individu et environnement socioculturel	45
C. Les problèmes d'accès à la contraception dans la littérature	46
1 Prise de décisions et gestion de la reproduction	46
2 Jeunes, sexualité et accès à la contraception	48
Vue d'ensemble	51
Chapitre II. - Diffusion actuelle de la contraception en Afrique et au Sénégal	53
I. - La pratique de la contraception en Afrique : des disparités notables	53
A. L'utilisation de la contraception en Afrique	54
1 Niveaux et tendances de la pratique de la contraception	54

2	Relation entre pratique contraceptive et fécondité	57
3	Inégalités rurales-urbaines	59
B.	Les facteurs de la pratique de la limitation des naissances	61
1.	Caractéristiques des pays à fort taux de prévalence	61
2.	Obstacles de la diffusion de la planification familiale en milieu rural	61
II.	- La planification familiale au Sénégal	63
A.	Contexte démographique et socio-économique du pays	63
1	Une pression démographique encore pesante...	63
2	Dans un contexte socio-économique relativement difficile.	63
B.	Le programme national de planification familiale au Sénégal	64
1.	Bref rappel historique	64
2.	Organisation et fonctionnement du système	66
C.	Diffusion et pratique de la contraception	67
1.	La vulgarisation de l'information	67
2.	Une pratique encore faible malgré une progression globale rapide	70
3.	Facteurs différentiels de la pratique contraceptive moderne	74
3.1	<i>Les différences inter-ethniques</i>	74
3.3	les aspects socio-démographiques	77
4.	Facteurs de la non-utilisation de la contraception	78
5	Tendances de la demande de contraception au Sénégal	81
	Vue d'ensemble	83
Chapitre III. - Présentation de la zone d'étude, aspects théoriques et éléments de méthodologie		86
I.	- La zone de Niakhar : contexte socio-économique général	86
A.	Situation géographique et suivi de la population	86
B.	La population	87
1	Les ethnies	88
2	Les religions	88
3	L'éducation	88
C.	L'environnement socio-économique	89
1	Organisation sociale	89
2	Les activités économiques de base	91
3	Contexte économique actuel	92
D.	Contexte démographique	95
1	Croissance et structure de la population	95
1.1	Structure de la population par âge et sexe	95
1.2	Facteurs d'accroissement de la population	97
2	Mortalité et évolution récente de la fécondité	98
2.1	<i>Mortalité des enfants</i>	98
2.2	<i>Evolution récente de la fécondité</i>	99
3	La nuptialité	102
3.1	<i>Un mariage relativement précoce des filles</i>	102
3.2	<i>les premiers signes d'un recul de la polygamie ?</i>	102
4	La migration	104
4.1	<i>L'enregistrement des migrations</i>	104
4.2	<i>Le phénomène migratoire dans la zone</i>	104
II.	- Présentation de l'enquête quantitative ICOFEC	106
A.	Echantillonnage	107
B.	Le questionnaire et les objets d'étude	107
1	Histoire migratoire	108
2	Histoire matrimoniale	109
3	Grossesses, naissances et contraception	109
4	La saisie et l'exploitation des données	110

III. - Présentation des enquêtes complémentaires	111
A. Le cadre socio-institutionnel : deux démarches explicatives de la diffusion	112
1. La prise en compte du contexte de l'offre	112
2. La prise en compte des rapports d'influences	113
B. L'enquête sur l'offre de planification familiale dans la zone	116
1 Le recours aux données de registre	116
2 Les données recueillies	117
C. L'enquête qualitative d'approfondissement	118
1 Justifications de l'étude	118
2 Objectifs	118
3 Le choix de l'entretien semi-directif	119
4 Méthodologie et description générale de l'enquête	120
D. Traitement et analyse des données	122

Deuxième partie : Analyse et tentatives d'explication du niveau de diffusion de la contraception dans la zone de Niakhar **123**

Chapitre IV. - L'analyse des comportements reproductifs dans la zone d'étude **124**

I. – Une zone rurale caractéristique de la faible diffusion de la contraception	124
A. – Caractéristiques de l'échantillon et outils d'analyse	124
B. Sensibilisation à la contraception	128
1. Niveau général et types de méthodes connues	128
1.1 Avoir entendu parler et connaître : une nuance importante	128
1.2 Bonne diffusion du « bruit » sur la contraception et une faible connaissance des méthodes	129
2. L'analyse des facteurs d'accès à la connaissance de la contraception	131
2.1 Les caractéristiques individuelles de la connaissance	131
2.2 Rôle de la migration	139
Vue d'ensemble	152
C. L'utilisation de la contraception	154
1. Niveau général et méthodes utilisées	154
1.1 L'utilisation passée de la contraception	154
1.2 L'utilisation actuelle de la contraception	156
2 Recours à la contraception et facteurs socio-démographiques	157
2.1 Age et méthode spécifique déjà utilisé	157
2.2 Méthode déjà utilisée : différenciation socio-démographique selon le niveau d'instruction	161
2.3 Utilisation actuelle: différenciation socio-démographique selon le niveau d'instruction	170
3 Méthodes utilisées : différences entre migrants et non migrants	173
Vue d'ensemble	174
II - Fécondité, demande et pratique de la contraception dans l'union	175
A. Un mariage précoce et stable	176
1 Age au premier mariage et devenir des unions	177
2 Nombre d'union et durée vécue en union	179
B. Une fécondité et une mortalité intra-utérine importante	181
1 Issue des différentes grossesses	181
2 Issue des grossesses et fréquence de la mortalité intra-utérine	183
3 Fécondité et pratique actuelle de l'espacement des naissances	185
C. Une préférence d'une forte fécondité encore réelle	191
1. Notions de désir supplémentaire d'enfants et de fécondité idéale	192
2. Pertinence des données sur les préférences de fécondité	193
3. Fécondité actuelle et descendance souhaitée	195
4. Préférences selon quelques caractéristiques socio-démographiques	196
D. Demande et pratique de la contraception	201
1. Une demande différente selon le sexe	201

2. L'analyse du recours à la contraception des femmes mariées	205
2.1 Une pratique liée aux étapes de vie maritale	205
2.2 Placement des enfants et pratique de la contraception	207
2.3 Désir de fécondité et pratique de la contraception moderne	210
III. - Stratégies reproductives au sein des couples	212
A. Préférences de fécondité des conjoints : convergence ou divergence ?	213
1 Fécondité actuelle et désir supplémentaire d'enfants dans le couple	213
2 Souhaits des conjoints en matière de fécondité : comparaison des réponses	215
2.1 Notion d'indicateur d'accord	215
2.2 L'accord sur la descendance supplémentaire	216
B. Connaissance et pratique contraceptive au sein des couples	218
1 Connaissance et pratique antérieure de la contraception au sein du couple	218
2 Pratique actuelle au sein du couple	221
Vue d'ensemble	223
Chapitre V. - Appréhender les difficultés d'accès à la contraception dans la zone	225
I. - L'analyse de l'offre de planification familiale dans la zone	225
A. Les activités de planification familiale dans la zone d'étude de Niakhar	225
1. Le dispositif d'offre de services	225
1.1 L'infrastructure médicale et les moyens humains	225
1.2 Les méthodes contraceptives	228
2 La sensibilisation dans les centres de santé	228
3 L'approvisionnement et l'accès aux produits contraceptifs	230
B. Etudes de l'offre de PF : résultats	231
1. La fréquentation des centres de PF	231
2. Attraction géographique des postes de PF	243
3. Fréquentation des centres et régularité	244
4. Méthodes utilisées par les clientes	246
Vue d'ensemble	250
II. - Contexte normatif et accès à la contraception : résultats qualitatifs	252
A. L'accès à la contraception par l'expérience urbaine	254
1 Réseaux urbains et accès à la contraception	254
2 Jeunes, sexualité et approche du recours à la contraception au village	255
B. La perception actuelle de la fécondité : quelles justifications ?	256
1 L'intérêt de saisir les perceptions actuelles	256
2 Difficultés socio-économiques et santé maternelle : deux facteurs régulateurs	257
C. Contraception : attitudes, optique de pratique contraceptive	259
1 Des motivations différentes de pratique selon le sexe	259
2 Contraception dans le couple : qui décide ?	262
2.1 Des décisions fortement influencées par l'attitude du mari	262
2.2 La pression de l'entourage est aussi importante	264
Vue d'ensemble	265
Chapitre VI. - Limites des données et discussion	268
I. - Qualité des données	268
A. Qualité et limites des données de l'enquête quantitative	268
B. Qualité et limites des données des enquêtes complémentaires	270
II. - Analyse des principaux résultats	272
A. Synthèse des résultats	272
B. Discussion	279
1 L'analyse du niveau de la pratique de la contraception	279
1.1 Accès à la contraception et expérience urbaine	279

1.2 Faible pratique contraceptive et histoires génésiques _____	280
1.3 Imprécision de l'information et faible prévalence _____	282
1.4 Rareté du counseling PF et discontinuité de la pratique contraceptive _____	282
2 Les facteurs liés à la faible diffusion de la contraception _____	283
2.1 Les problèmes d'accès des jeunes à la contraception _____	283
2.2 Fort désir d'enfants et discordances des souhaits entre conjoints _____	285
2.3 L'absence d'autonomie de décision de la femme _____	287
III. - Principales recommandations _____	288
A. Améliorer l'accès aux méthodes et aux services _____	288
1 Renforcement des structures sanitaires en moyens humains et matériels _____	288
2 Faciliter l'accès aux méthodes des jeunes/adolescent(e)s _____	289
B. Stratégies à adopter envers les populations rurales _____	290
1 Impliquer davantage les hommes _____	290
2 S'appuyer sur les réseaux locaux _____	291
Vue d'ensemble _____	292
Conclusion Générale _____	295
Annexes _____	305
Annexes A : Projet Niakhar, échantillonnage et questionnaires ICOFEC _____	306
Annexes B : Enquêtes offre de PF et OFEC _____	328
Annexes C : Tableaux compléments d'analyse des résultats ICOFEC _____	334
Annexes D : Annexes statistiques _____	344
Références bibliographiques _____	346
Index des tableaux et graphiques _____	355
Liste des abréviations _____	358

Remerciements

Que soient remerciés ici :

*Mme Chantal **BLAYO**, Professeur à l'Université Montesquieu-Bordeaux IV, pour avoir accepté de diriger cette thèse mais également pour m'avoir donné les moyens théoriques et techniques d'aboutir et le goût de la recherche depuis quatre ans maintenant.*

*Mme Valérie **DELAUNAY**, Chargée de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, pour toute l'aide qu'elle m'a apportée au cours de nos quatre années de collaboration. Son aide, sa disponibilité et sa compréhension ont fortement contribué à l'accomplissement de ce travail. Je lui témoigne ici toute ma reconnaissance. Mais aussi Messieurs Pierre **CANTRELLE**, Patrick **FESTY**, Michel **GARENNE** et Daniel **PIEROTTI**. A tous pour avoir accepté d'évaluer en experts les apports et les limites de ce travail.*

*La famille **Bourreau**, notamment à Marie Françoise Mortier, pour son soutien moral.*

*Mes **parents**, en particulier mon père Latyr Ndiaye dont la rigueur dans l'éducation me permet de faire face aux impondérables de ce monde.*

*Tous les habitants de **Niakhar**, aux agents de saisie (Emilie Ndiaye, Antoine Ndour et Prosper Ndiaye), aux informaticiens (Ousmane Ndiaye et Adama Marra), aux chauffeurs (Etienne Ndong et Cori Ndour) et aux chefs de station (Ernest Faye et Emile Ndiaye) de la zone d'étude de Niakhar qui ont collaboré à ce travail.*

Le Docteur Aldiouma Diallo, pour les précisions qu'il m'a apportées sur le système de santé.

Maïmouna Faye pour son aide si précieuse dans la collecte des données qualitatives.

*Monsieur le responsable du district sanitaire de Fatick, à tous les **infirmiers** et **matrones** des postes de santé de Niakhar, Toucar, Ngayokhème et Diohine.*

***L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)** pour le financement de cette thèse et pour tous les efforts qu'il engage en matière de soutien et de formation en direction des pays du Sud.*

Sylvain Faye, mes collègues de l'Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV (IEDUB) et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse, ne serait ce pour m'avoir consacré une seconde de leur temps si précieux.

Résumé

Diffusion et pratique de la contraception en milieu rural sénégalais, Cas de la zone d'étude de Niakhar

Notre étude a porté sur une zone rurale sénégalaise, dotée d'un système d'observation démographique de très grande qualité : la zone d'étude de Niakhar. Avec la crise agricole, les familles rurales ont développé de nouvelles stratégies de survie parmi lesquelles la migration saisonnière. En prenant comme vecteur principal de cette diffusion la migration, notre intérêt s'est porté sur l'analyse des interactions socio-institutionnelles, à l'extérieur et au niveau local, dans la diffusion de la contraception.

Ainsi, la prise en compte de ces effets d'interactions, permet de mieux identifier les facteurs de la faible utilisation de la contraception. L'étude dans le milieu de socialisation, et notamment l'approche en terme de genre, nous renseigne quant aux mécanismes de prises de décision en la matière. L'analyse est aussi effectuée du point de vue de l'offre et de la demande de contraception. Cette recherche s'appuie, d'une part, sur l'exploitation d'enquêtes quantitatives sur la connaissance et l'utilisation de la contraception et le recours aux services de planification familiale, et d'autre part, sur une enquête qualitative relative aux opinions sur les comportements reproductifs.

MOTS CLES :

Sénégal, Contraception, Zone rurale, Diffusion, Migration, Interaction sociale, Genre

Summary

Diffusion and use of contraception in rural Senegal, A case study of the Niakhar area

This study is focused on Niakhar, a rural zone in Senegal, characterised by a remarkable observable demographic trend. Over the years, families in Niakhar community have had to develop new strategies of adaption in the form of seasonal migration as a way to cope with the crisis resulting from poor agricultural harvests. Taking migration as a principal vector in the diffusion process, the focus is to analyse the socio-institutional interactions, both outside the Niakhar community and also at the local level, in the diffusion of contraception.

Thus, the taking into account the effects of these interactions, makes it possible to better identify the factors of the low use of contraception. The social context, particular, the issue of gender relations, provide useful insight into understanding of decision-makings regarding the use of contraception. The analysis is also carried out from the point of view of the supply and demand of contraception. This research is based on the use of quantitative methods relating to knowledge and use of contraception, the recourse to family planning services, on the one hand, on the other, a qualitative investigation relating to the opinions in reproductive behaviours.

KEY WORDS :

Senegal, Contraception, Rural area, diffusion, Migration, Social Interaction, Gender relations

Introduction générale

Problématique générale

La connaissance de l'évolution démographique et de ses déterminants sont essentiels à la compréhension de la dynamique d'une population. Dans la vision transitionnelle, il existe une relation inverse entre l'industrialisation et la fécondité (Chenais, 1986). Depuis quelques années, ces théories sont remises en cause par l'impact de la crise sur les comportements reproductifs des populations des pays en développement (Vimard, 1997 ; Cosio-Zavala, 1997). Ainsi, ce n'est plus le développement économique, l'urbanisation et l'élévation du niveau général d'instruction, mais la crise qui suscite de nouveaux comportements en matière de reproduction. Les logiques reproductives de ces sociétés se trouvent bouleversées du fait des crises économique et écologique conduisant à une maîtrise de plus en plus remarquable de leur fécondité. Mais si cette tendance à la baisse de la fécondité est réelle en Asie, en Amérique Latine et dans certains pays de l'Afrique australe, elle reste faible en Afrique subsaharienne.

La lenteur observée dans la baisse de la fécondité dans cette partie du continent africain est liée aux progrès différents enregistrés dans ce domaine entre zones urbaine et rurale. Si le recul de la fécondité est assez significatif en milieu urbain, il demeure relativement modeste en milieu rural (Caldwell et Caldwell, 1993 ; Cleland et al., 1994 ; Locoh et Makdessi, 1996 ; Locoh et Vallin, 1998 ; Fall et Ngom, 2001). Les femmes urbaines seraient-elles plus disposées à contrôler leur fécondité que leurs homologues rurales ? De même, on peut se demander si la demande de contraception est plus importante en ville qu'en campagne ? Quels sont les facteurs qui expliqueraient ces divergences de comportement à l'égard de la planification des naissances ?

Globalement, l'évolution actuelle de la fécondité en Afrique subsaharienne ne peut être liée à l'utilisation accrue de la contraception (Locoh, 2002). Les niveaux de prévalence contraceptive y restent relativement faibles. Il existe toutefois de profondes différences selon ces mêmes zones de résidence et groupes sociaux des pays. En milieu urbain tout comme en milieu rural, le recul de l'âge au mariage intervient dans la baisse de la fécondité. L'écart entre les deux zones s'explique donc par l'impact de la pratique contraceptive qui est plus réel

en ville. La demande de contraception semble donc être plus importante en milieu urbain. Le faible attrait à la pratique contraceptive a poussé certains auteurs à se demander si la planification familiale avait un sens en Afrique rurale (Pictet et al, 1999). Une étude récente a montré qu'elle s'accroît dans l'ensemble des pays en développement, mais reste peu satisfaite en Afrique subsaharienne (Westoff et Bankole, 2000).

Comment alors expliquer cette apparente contradiction ? Relève-t-elle d'une défaillance de l'offre ou des stratégies de développement de la planification familiale du fait des obstacles sociaux ? En milieu rural, la demande d'une famille moins nombreuse existe, mais en raison de la pression sociale encore vivace et l'utilisation des méthodes traditionnelles, le recours à la contraception moderne reste faible en Afrique subsaharienne. Pourtant, d'importants efforts ont été engagés en matière d'offre de services, et il paraît important de s'interroger sur les facteurs de la pratique contraceptive et notamment sur le contexte culturel qui détermine fortement les attitudes reproductives. La perception de la sexualité en général, et les prises de décision en matière de reproduction seront particulièrement intéressantes d'analyser. A ce sujet, le statut de la femme, le rôle dévolu aux hommes, le rôle crucial du mariage dans l'organisation et le fonctionnement de la société mériteront une grande attention.

Pour répondre à ces questions, il est important d'évoquer les conséquences de la crise sur les facteurs socio-démographiques, le vécu de cette récession dans les sociétés agricoles mais aussi les différentes stratégies adoptées et leur influence sur les tendances comportementales en matière de fécondité et de contraception. L'analyse de la diffusion actuelle de la contraception en milieu rural ne peut se faire en dehors de ce contexte. Au Sénégal, les villages sont longtemps restés en marge des progrès socio-économiques enregistrés en milieu urbain, ce qui rend plus difficile la mise en place d'une politique de planification familiale.

La problématique actuelle de la santé reproductive au Sénégal

En se référant aux perspectives optimistes dans la fourniture des services de PF, le programme national de planification familiale (PNPF) s'était fixé en 1988 d'atteindre une prévalence contraceptive d'environ 15% chez les femmes de 15-49 ans en 1996. Au vu des résultats de l'enquête démographique et de santé (Ndiaye et al, 1997), cet objectif reste loin

d'être atteint. Les résultats de cette enquête font état d'une prévalence contraceptive moderne de 7%. Dans l'union, ce taux s'élève à 19,3% en milieu urbain contre seulement 2,1% en milieu rural. Le Programme de Développement Intégré de la Santé et de l'Action Sociale (PDSAS) se proposait de porter le taux de 7% en 1997 à 22,6% en l'an 2000. L'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Fécondité (ESIS) montre que ce taux s'établit à 8,2% en 1999, soit une augmentation de 0,01% en 2 ans¹. A ce rythme, il sera difficile d'envisager la réalisation de l'objectif fixé pour l'année 2000. Les prévisions pour 2001 s'élevaient à 39% de prévalence de la contraception moderne. Même s'il n'existe pas d'enquête permettant de connaître la prévalence à cette échéance, on peut penser que ce résultat risque de ne pas être concrétisé.

Cette utilisation relativement faible de la contraception nous renseigne sur le manque de maîtrise des naissances des femmes. Ces comportements procréateurs s'avèrent, comme l'ont souligné Ndiaye et Ayad (EDS, 1997), être en corrélation avec les chances de survie des enfants. La multiplication des grossesses peut aussi influencer sur la santé de la mère. Les niveaux atteints par les indices de mortalité (infantile et maternelle notamment), généralement associés au comportement reproductif des femmes, semblent confirmer ces risques.

Dans le cadre du PDSAS les objectifs étaient de ramener le taux de mortalité infantile de 1997 de 68‰ à 50‰ en 2001, et celui de mortalité maternelle de 600 à 400 pour 100 000 naissances vivantes en 2000. D'après la dernière enquête disponible dans le pays, la tendance du premier indicateur est à la hausse et celle du second à la baisse. Ils s'établissent respectivement à 70‰ en 1999 et à 560 pour 100 000 naissances vivantes sur la période 1990-1998 (Sow et al., ESIS 1999). Dans les deux cas, les objectifs ne sont pas atteints. Les risques médicaux liés à la grossesse sont encore plus importants en milieu rural. Les taux enregistrés dans les sites de Mlomp et Niakhar (respectivement 436 et 516 pour 100000 naissances vivantes) mais surtout de Bandafassi (826 pour 100 000 naissances vivantes) témoignent de l'ampleur du phénomène (Pison et al, 2000)².

Plusieurs facteurs, notamment sociaux, sont à la base de ces problèmes. D'abord, la faible emprise des femmes sur leur fécondité semble peser sur leur santé génésique. En effet,

¹ La prévalence contraceptive moderne de l'ensemble des femmes mariées s'établissait à 8,1% en 1997.

² Signalons que ce taux est dans les pays développés de 9 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (FNUAP, 1997).

la plupart d'entre elles ne décident ni de leur mariage ni de la constitution de leur descendance. Elles rentrent en union assez tôt (généralement entre 15 et 19 ans), et se retrouvent très tôt confrontées aux dangers liés à la précocité de la grossesse. Cela les mène dans une longue vie reproductive avec comme conséquence une multiplication des grossesses qui ne sont pas sans risques pour leur santé. Le risque lié à ces grossesses est que les accouchements, notamment des femmes rurales, se déroulent rarement en maternité. Si dans l'ensemble du pays près d'une femme sur deux accouche en maternité, seulement un tiers des femmes des campagnes bénéficient de cette assistance médicale (Ndiaye et al., 1994 et 1997). Les niveaux atteints dans les zones rurales de Niakhar et de Bandafassi sont largement inférieures à la moyenne rurale du pays (Pison et al, 2000). Ces résultats traduisent le faible recours des femmes aux consultations prénatales et post-natales.

Surtout, il ne faut pas écarter de ces risques l'absence de contraception qui, elle-même, reste liée au faible pouvoir de décision de la femme en matière de fécondité. Cette position sociale défavorable constitue généralement un véritable obstacle dans leur accès aux services de santé de la reproduction.

Par ailleurs, on ne peut évoquer la problématique de la santé de la reproduction au Sénégal sans parler de la situation des jeunes. Puisque les rapports sexuels ne sont socialement envisageables que dans le mariage, la question de la sexualité des jeunes reste un tabou. Ainsi, rares sont les jeunes/adolescents qui recourent à la contraception. En effet, moins de 2% des femmes de 15-19 ans déclarent utiliser la contraception moderne même s'il s'avère qu'elles souvent leurs premiers rapports sexuels avant d'entrer en union (Ndiaye et al, 1997). Les grossesses prénuptiales, socialement désapprouvées, obligent parfois les jeunes mères célibataires, parfois sous la pression des familles, à prendre des décisions inconsidérées (infanticides) ou à recourir à l'avortement dans des conditions sanitaires généralement très précaires.

Ces problèmes rencontrés en matière d'accès à la santé de la reproduction ne sont pas uniquement liés aux obstacles socioculturels. Ils tiennent aussi du dispositif sanitaire et des stratégies des politiques mis en place. Les facteurs les plus importants sont la faible formation des prestataires, les problèmes de disponibilité, de stockage et d'approvisionnement des produits contraceptifs, l'absence d'un système de commande unifié, les problèmes relationnels entre prestataires et clients, le sous-équipement des postes de santé et le coût

relativement élevé des prestations médicales. Nous reviendrons sur ces différents points dans l'analyse du PNPF.

Les objectifs de recherche

Objectif général

L'objectif principal de ce travail est de montrer que la diffusion de la contraception dans un milieu traditionnellement favorable à une forte fécondité passe par de profonds changements en matière de perception de la fécondité et de rapports de pouvoir dans les décisions.

Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif que nous nous fixons, nous chercherons à dégager les facteurs déterminants la connaissance et le recours à la pratique contraceptive, et notamment le rôle joué par les changements sociaux et la permanence de certaines pratiques traditionnelles. A partir d'études antérieures faites en Afrique, sur la population de Niakhar, des activités de planification familiale dans la région et d'enquêtes complémentaires, nous essayerons :

- d'examiner les caractéristiques de la population Sereer et mesurer la diffusion de l'information sur la contraception dans les différentes couches de la population.
- d'explorer les voies possibles de diffusion de la connaissance et de la pratique de la contraception, et d'étudier ses déterminants en milieu rural. Nous porterons une attention particulière à la migration et au processus de décisions dans les familles.
- et enfin, d'apporter notre contribution dans les tentatives d'explication du recours à la pratique de la contraception dans les milieux ruraux africains à travers les relations sociales.

En somme, ce travail devrait nous permettre de saisir les mécanismes actuels de diffusion de la contraception ainsi que des prises de décision en matière de fécondité et de comportement contraceptif dans une société rurale.

Le cadre conceptuel

L'étude des phénomènes de diffusion a beaucoup orienté les approches théoriques sur la transition démographique en Europe et dans les pays en développement (Watkins, 1990 ; Watkins 2000 ; Casterline 2001). Ces travaux se sont appuyés sur l'effet des infrastructures de communications et des médias ainsi que l'influence des communications interpersonnelles dans le cadre des échanges sociaux, associatifs, et de groupe d'appartenance pour expliquer la propagation d'attitudes et de comportements démographiques nouveaux. Ces études montrent que les comportements novateurs se répandent dans une société dans la mesure où ils sont évalués et acceptés par les différents membres d'un groupe social. La qualité de l'information³ détenue par les acteurs sur cette innovation (en termes d'avantages et d'inconvénients) est déterminante dans son processus d'intégration.

Autrement dit, en l'absence de force endogène de changement, seules les influences extérieures pourraient remettre en cause les modèles comportementaux traditionnels, influences contre lesquelles la société pourrait s'opposer pour sauvegarder ses valeurs. Cette approche correspond à l'observation que nous faisons de la diffusion de la pratique contraceptive dans le cadre du changement social qui est, à notre avis, importante dans la compréhension de l'état actuel de la planification familiale dans les sociétés rurales de l'Afrique subsaharienne. L'accès à l'information par l'interaction sociale peut être une composante essentielle du processus décisionnel en matière de fécondité de ces sociétés.

En pratique, les essais empiriques de ces théories sont rares. Ces dernières années, les effets de diffusion ont été définis au moyen des processus d'apprentissage social et d'influence sociale (Mita et Simmons, 1995 ; Montgomery et Casterline 1993, 1996, 1998 cités par Montgomery et al., 2001). Il s'agit des effets de la connaissance, des attitudes et des comportements d'autres personnes sur la probabilité d'un individu d'effectuer certains choix. C'est d'abord sur la notion d'apprentissage social que se porte notre intérêt en ce sens qu'elle découle d'une expérience sociale avec comme conséquence l'accès à de nouvelles valeurs. Le

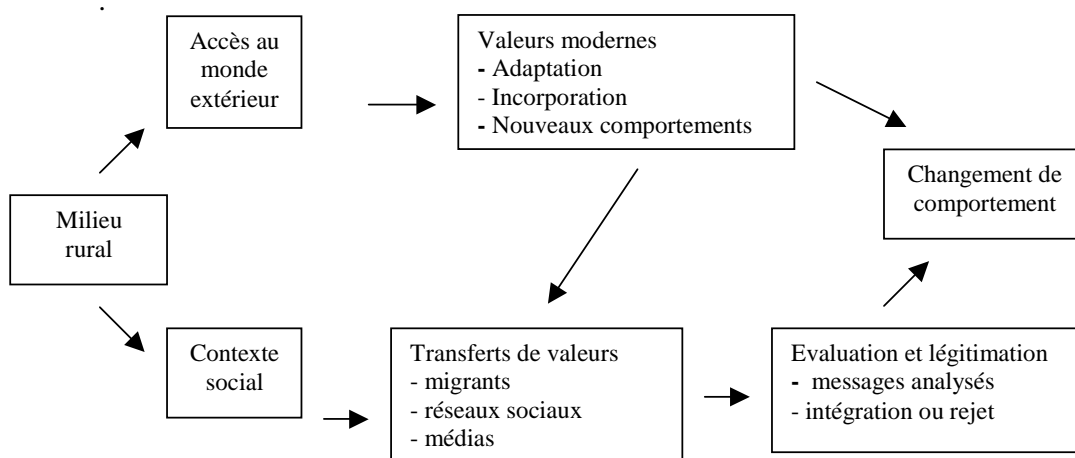
³ L'impact négatif de l'imprécision de l'information sur la contraception moderne dans des pays en voie de développement est réel (pour le Sénégal, Ngom 1995; pour le Kenya, Rutenberg et Watkins 1997).

phénomène de crise qui rapproche la campagne de la ville engendre un brassage culturel qui ne peut que faciliter la mobilité sociale et les changements de comportements.

Le mode de vie urbain, propice à l'accès à l'information sanitaire, favorise l'accès à la contraception. C'est d'ailleurs dans cette optique que l'idée de l'influence de la population rurale migrante dans l'accroissement des utilisateurs de la contraception a été explorée par certains auteurs (Brockhoff, 1995 ; Foote, Hill, 1996). La prise de contact avec le secteur moderne de la santé peut donc entraîner des modifications de valeurs en matière de fécondité.

Au Sénégal, l'intensité de l'exode rural et le conservatisme social des populations convient à cette structure conceptuelle d'étude de la diffusion de la contraception. Nous présentons à la [figure 1](#) le schéma de base de l'impact des interactions entre zones urbaine et rurale dans le processus d'adoption de nouveaux comportements.

Figure 1 : Schéma conceptuel de la diffusion de nouvelles valeurs



De cette approche, l'ouverture au monde extérieur d'une population rurale peut favoriser l'accès à des valeurs modernes. Ce modèle prend en compte les valeurs sociales de base des acteurs qui interviennent dans l'adoption de nouveaux comportements. Après une première phase d'adaptation et d'assimilation du mode de vie d'un milieu, l'individu acquiert de nouvelles valeurs et développe de nouveaux comportements. Au niveau global, ces comportements novateurs peuvent être diffusés dans les milieux d'origine, mais le contexte local génère parfois un phénomène de résistance notamment lorsque les éléments transmis

remettent en cause des valeurs fondamentales du milieu. Entre l'acquisition de valeurs nouvelles, leur adoption et leur diffusion, il apparaît donc nécessaire de considérer la phase d'évaluation qui nous paraît essentielle.

On ne peut mener une étude sur la diffusion de la contraception sans tenir compte de la seconde notion du processus de diffusion, l'influence sociale. Elle se caractérise par les contraintes de décisions qui proviennent des structures d'autorités et de la déférence socialement conditionnée. L'attitude de la communauté à l'égard de la contraception et les rapports de pouvoir entre les sexes peuvent constituer des freins à la diffusion du phénomène.

En somme, à défaut de l'appropriation de l'individu ou du couple des décisions relatives à la fécondité pour accéder à son contrôle, le recours à la contraception doit être moralement et socialement accepté (Hertrich, 1996). Ainsi, pour illustrer ce propos nous proposons de prolonger cette analyse en nous intéressant aux conséquences des attitudes des individus en général, des rapports de pouvoir dans les prises de décision en particulier, en matière de fécondité et de contraception.

Le choix du terrain d'étude

Le choix du terrain d'étude s'est porté sur le site de Niakhar, situé à 150 km à l'Est de Dakar. Ce terrain présente tout d'abord l'avantage de fournir des données démographiques à la fois d'une grande précision et de qualité.

Les enquêtes qui permettent de collecter ces données sont effectuées par des enquêteurs professionnels spécialisés qui interrogent les habitants chaque trimestre. Elles sont ensuite gérées dans une base de données dans laquelle des informations supplémentaires sont enregistrées en continu. C'est cette collecte continue de données qui permet d'apprécier la dynamique migratoire dans cette zone au fil des années.

Le second intérêt est directement lié à notre stratégie de recherche. Comme on l'a souligné plus haut, la relation avec le monde extérieur peut être d'un apport important dans la diffusion de la régulation des naissances. En effet, les rapports qu'entretient la population du site avec le milieu urbain peuvent être vecteurs de diffusion de connaissance, d'attitudes et de comportements innovants dans un milieu rural assez conservateur. En particulier, la forte

relation des villages avec Dakar par l'intermédiaire de ses migrants constitue un cadre idéal pour mener cette étude.

Le troisième niveau d'intérêt est l'importance de la littérature concernant les études qui ont été effectuées sur cette population. Des travaux dans des domaines aussi divers que l'économie, la sociologie, la géographie, l'anthropologie, et l'histoire permettent de mieux connaître cette population dans sa situation passée et présente.

Un modèle conceptuel de diffusion de la contraception

Les réponses généralement apportées pour expliquer la faible pratique contraceptive portent toutes sur des éléments comme la faiblesse du niveau d'éducation, le statut de la femme rurale, mais aussi certaines valeurs traditionnelles qui vont à l'encontre de telles pratiques. Or, on sait que depuis plusieurs années les sociétés rurales vivent de profondes transformations, dans le domaine même de la conception traditionnelle de la famille. Du fait de cette sous scolarisation qui ralentit les changements tant attendus, l'adoption de nouvelles valeurs peut emprunter d'autres voies dont celle de la migration. Le modèle s'appuie sur le concept d'ouverture au monde extérieur (Lapham⁴, 1971) et les processus de diffusion (Watkins, 1995 ; Eggericks, 1995). Nous pensons que les rapports directs (des migrants) ou indirects (par migrants interposés) d'une population avec le monde extérieur peuvent favoriser l'accès à de nouvelles valeurs, et constituer de puissants facteurs propagateurs de comportements innovants.

La situation du migrant implique un « degré de liberté » que la situation sociale permet à un individu vis-à-vis des contraintes de la tradition, ainsi qu'une ouverture d'esprit qu'elle permet face aux différents choix de la vie. Cette situation convient à la configuration de la migration saisonnière, en raison surtout de la plus grande opportunité d'accéder à la contraception en milieu urbain. Dès lors nous examinerons une première hypothèse, matérialisée sur la [figure 2](#), qui est la suivante :

⁴ Ce concept a d'abord été utilisé par D. GOLBERG et G. LITTON « Family Planning : Some observations and an Interpretative Scheme », *Turkish Demography*, Proceedings of a conference, Hacettepe University Publications n° 7, Turquie, 1969, p. 219-240. Il a ensuite été repris par R. LAPHAM dans « Modernisation et contraception au Maroc central. Illustration de l'analyse des données d'une enquête C.A.P. », *Population*, numéro spécial, p. 84.

Hypothèse 1 : Au niveau individuel, l'absence de contrainte d'ordre social, l'accès à l'information et à l'offre de planification familiale favorise le recours à la contraception. Ceci peut être illustré par la migration qui constitue un cadre favorable à ces conditions.

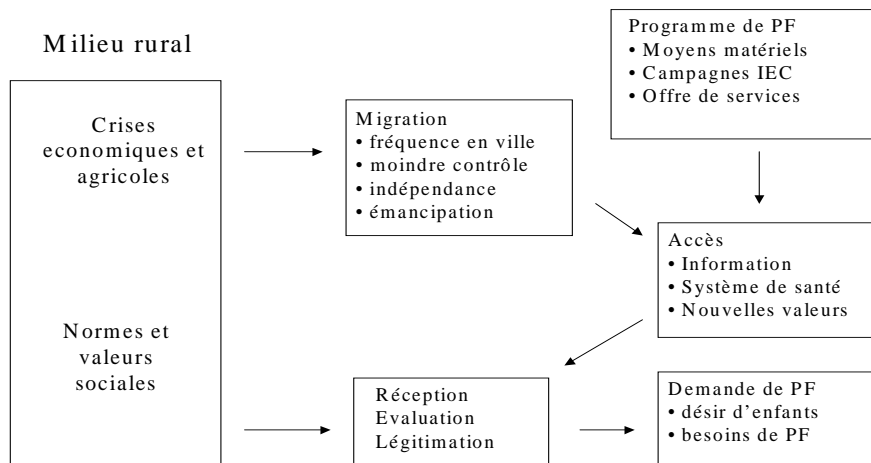
Dans cette hypothèse, quatre éléments principaux sont mis en relation : nous partons du cadre rural en mettant en avant les normes et les valeurs sociales, les difficultés socio-économiques actuelles qui engendrent des stratégies de survie (migration saisonnière) et des solutions politiques (programme de planification familiale).

La migration qui réduit la contrainte d'ordre social, facilite l'accès à la contraception. Au niveau local, le mécanisme de diffusion peut partir des migrants, de l'information obtenue des médias ou du personnel des programmes (agents de santé) dans le cadre des campagnes IEC en matière de planification familiale.

Plus précisément, nous pouvons adapter le modèle précédant à notre étude. On peut considérer dans ce processus que le niveau local est le village et les innovateurs les personnes ayant une expérience migratoire. Ainsi, les migrations de retour peuvent être le théâtre d'influences réciproques entre les deux cultures et favoriser des effets sur ceux qui restent. En conséquence, les hommes et les femmes migrants peuvent être amenés à observer des comportements acquis en ville dans leur milieu d'origine. De la même façon, leurs camarades du village peuvent, par mimétisme ou par décision rationnelle, recourir grâce à eux à la contraception.

Des caractéristiques du milieu (normes et valeurs sociales traditionnelles), de la situation démo-économique actuelle (crises économiques et migration qui conduisent au contact de nouvelles valeurs) et de la mise en place du programme de planification familiale du modèle ci-dessous, nous essayons de montrer le mécanisme et les influences qui peuvent agir dans la diffusion de la contraception moderne.

Figure 2 : Schéma d'analyse de la diffusion de la contraception en milieu rural



Cette affirmation ne va pas de soi : le contexte social d'origine n'assimile pas nécessairement des pratiques en contradiction avec ses valeurs, or la planification familiale est la négation de l'idéal rural de fécondité. Il est alors nécessaire de connaître dans quelle mesure cette nouvelle valeur s'assimile dans la communauté. L'intervention de la communauté s'inscrit dans un modèle dans lequel celle-ci opère à une évaluation de ce qu'elle reçoit (les messages), et procède à sa légitimation en tenant compte à la fois du facteur culturel (accessibilité culturelle) de ses besoins (espacement ou limitation des naissances), des opportunités présentes (services de planification familiale) et en procédant à une analyse en terme de coûts et avantages. Il est par conséquent important de ne pas isoler l'offre, la connaissance de son existence et la disposition à s'en servir

Généralement, ce sont les normes et les croyances véhiculées dans une société qui déterminent le comportement procréateur. La ville est par essence le lieu où émergent de nouveaux comportements. L'homme et la femme qui émigrent ensemble ou séparément, dans les grandes agglomérations, se trouvent face à des réseaux sociaux différents de leurs milieux d'origine (Udvardy, 1988). Ce cadre urbain qui est généralement moins rétif à la pratique de la contraception, accorde une place limitée à l'hétérogénéité des comportements reproducteurs. De plus, les contraintes d'ordre moral et éthique y sont moins pressantes. Dans un tel contexte, les migrants s'éloignent de l'autorité des anciens, et le contrôle de la communauté villageoise de leurs activités s'en trouve amoindri. Ainsi, le migrant peut s'adapter à son milieu d'accueil, et adopter progressivement de nouvelles valeurs.

Par ailleurs, par rapport au milieu rural, le migrant dispose en milieu urbain d'infrastructures sanitaires qui sont susceptibles de lui apporter toutes les informations en matière de santé de la reproduction. La migration le met dans un environnement social où l'accès à l'information est facilité par les médias (radio, télé, journal), qui sont les supports privilégiés des programmes d'Information, d'Education et de Communication (IEC) dans le cadre de la vulgarisation de l'information sur la pratique contraceptive. Toutes les enquêtes EDS ont montré la très faible proportion de ruraux ayant reçu les messages diffusés sur la planification familiale à la radio ou à la télévision. Il en est de même en ce qui concerne l'accessibilité des produits contraceptifs. Contrairement au milieu rural, l'importance des secteurs de santé publique (hôpital, dispensaire, polyclinique...) et privée (Cabinet médical, pharmacie...) et leur contribution dans la diffusion et l'approvisionnement en produits contraceptifs, favorise aussi l'accès à la contraception. Le migrant peut donc être amené à recourir à la contraception d'autant plus qu'il dispose de moyens financiers, ce qui n'est pas le cas pour ceux qui sont restés dans le village.

Dans le cadre des migrations de retour, leur attitude peut favoriser la transmission de l'information et la diffusion de ce comportement novateur vers les campagnes auprès d'autres individus. Nous avons aussi souligné que cette diffusion peut aussi s'effectuer par l'action des programmes de planification familiale dans les villages. Mais l'une des étapes nécessaires à la diffusion du phénomène reste son acceptation. Ainsi, on doit tenir compte dans cette logique de diffusion les obstacles socioculturels à l'adoption de la contraception. Ces contraintes peuvent tenir de la permanence des désirs de grande descendance et de la perception de la sexualité (des jeunes en particulier). L'évaluation et l'acceptation des procédés contraceptifs par la communauté sont aussi importantes que la transmission de l'information (Knodel et Van De Walle, 1986 ; Watkins, 1995). Ces deux facteurs expriment l'influence d'éléments qui interviennent dans les prises de décision de planification familiale. Ce qui nous amène à envisager notre seconde hypothèse, illustrée par la [figure 3](#) et définie en ces termes :

Hypothèse 2 : Au niveau global, le recours à la contraception dépend des rapports de pouvoir qui orientent la prise de décision, fixent les choix de fécondité et déterminent les comportements reproductifs.

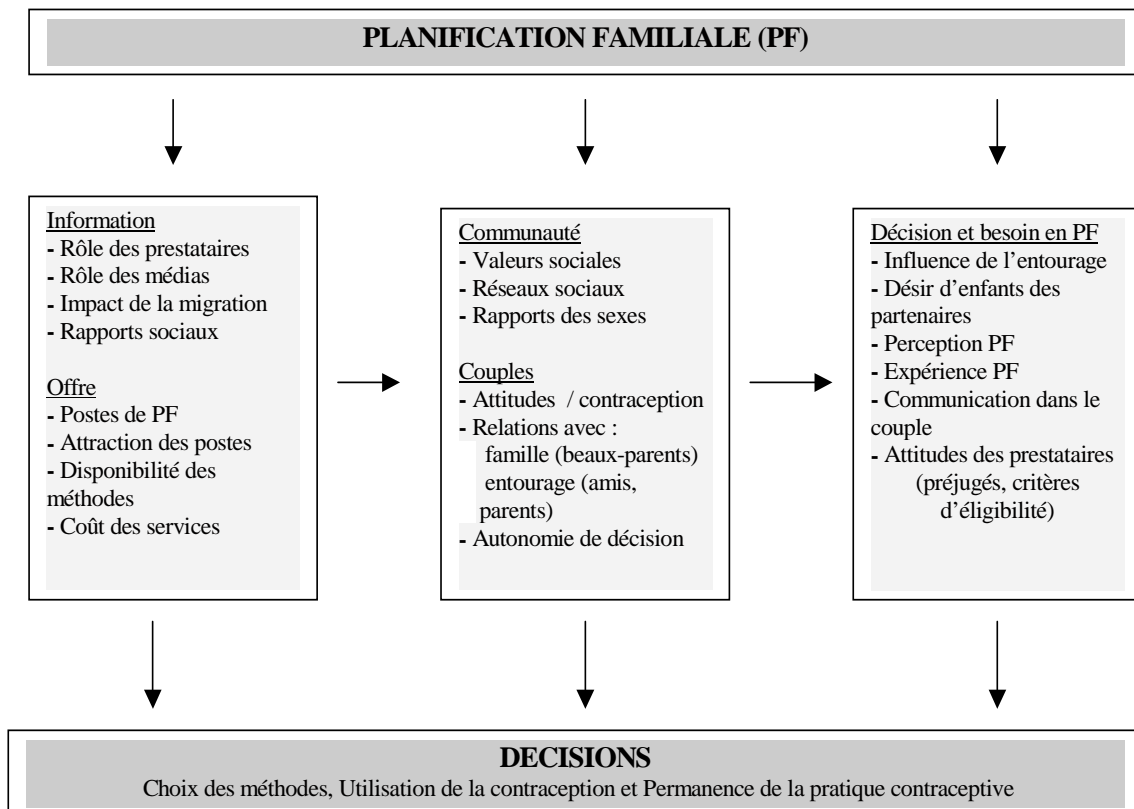
La compréhension du comportement des populations rurales vis à vis de la contraception passe aussi par la connaissance du processus de décision. Connaître le tissu d'influences sur ces décisions est aussi déterminant pour rendre compte de la logique de comportement contraceptif des femmes rurales. Dans le cadre des activités de planification familiale, les médias et les acteurs des programmes (agents de santé) exercent une influence par la diffusion d'informations. Des informations dans ce domaine sont aussi véhiculées par les migrants et diffusées dans le cadre des rapports sociaux d'échanges. Le recours aux méthodes va être conditionné par un dispositif d'offre efficace (nombre de postes de PF, disponibilité des méthodes, accessibilité (temps et coût), mais aussi et surtout par le poids des structures d'influences sociales. La perception de la sexualité, la position sociale (pouvoir décisionnel), la communication dans le couple, les relations couple-entourage, les réseaux sociaux (associations, groupements...) peuvent affecter les attitudes et les comportements à l'égard de la contraception.

Cette hypothèse suscite donc plusieurs interrogations : Comment est perçue la prise en charge de la santé de la reproduction des jeunes, notamment célibataires, dans le contexte rural ? Quelles stratégies développent-ils pour recourir à la contraception ? Comment sont prises les décisions de recours à la contraception ? Quelles influences pouvons-nous accorder aux différents niveaux de décisions (mari, beaux-parents...) dans le recours à la contraception ?

Cette hypothèse tient sa justification dans le contexte culturel particulier des sociétés africaines qui encadre, organise le rôle de chaque individu. D'abord, se demander comment les jeunes vivent leur sexualité revient à étudier la perception de la sexualité avant le mariage. La perception de la sexualité pré-nuptiale s'exprime autour de deux réalités : l'exigence de la virginité avant le mariage et la valeur sociale accordée aux enfants nés dans le mariage. En d'autres termes, aucune pratique sexuelle n'est tolérée en dehors du mariage. Cette réalité témoigne de toute l'étendue des problèmes que peuvent rencontrer les jeunes dans l'accès aux méthodes. Les changements sociaux culturels intervenus ces dernières années ont entraîné une certaine remise en cause de ces normes socioculturelles. Ces transformations ne sont pas, pour

les jeunes de Niakhar, étrangères à leur expérience migratoire. La migration permet aussi à ces derniers d'échapper au contrôle social. Des jeunes affirment que les relations intimes sont plus facilement réalisables en ville où le contrôle social est moindre (Adjamagbo et Delaunay, 1999). Beaucoup de jeunes affirment aussi recourir à la contraception qu'ils trouvent plus facilement sur les marchés à Dakar. De même la crainte d'une réprimande parentale ou le besoin de se prémunir contre une naissance prénuptiale peut les inciter à développer des stratégies propres de recours à la contraception. Il faut aussi tenir compte du rôle des prestataires de services qui peuvent intervenir dans l'accès des jeunes aux méthodes. C'est le cas lorsqu'ils se fondent sur des critères d'âge, de parité, de situation matrimoniale pour refuser des services de planification familiale. Ces comportements peuvent amener certaines individus, notamment les jeunes, à se sentir mal à l'aise s'ils exprimaient le besoin de recourir à ces services. Il faut donc tenir compte de cette possibilité dans l'analyse des décisions de contraception.

Figure 3 : Eléments intervenant dans la prise de décision en matière de planification familiale



Dans le couple, la situation se présente autrement. La plupart des sociétés africaines occidentales se caractérise par un système fortement patriarcal. Ce type de modèle social

implique que la plupart des décisions relatives à la fécondité soient prises par l'homme (Caldwell, 1993).

Ainsi, la connaissance des rôles des deux sexes et la communication dans le couple ont fait l'objet d'une attention particulière dans la compréhension des relations complexes entre hommes et femmes qui affectent leur comportement en matière de reproduction (Bankole, 1995 ; Doodoo, 1998). Les préférences des hommes en matière de fécondité semblent avoir une importance notable dans les décisions de planification familiale des couples. Mais plus indirectement, les normes communautaires et l'entourage interviennent sur les décisions de planification familiale. Dans l'organisation sociale sereer, les rapports sociaux de sexe ne favorisent pas le rapprochement conjugal. De plus, du fait du pouvoir social octroyé à l'homme mais aussi à la famille (au sens large), le couple n'apparaît pas comme une unité de décision. Dans ce cas, les rapports conjugaux et les relations du couple avec la famille vont beaucoup peser sur les décisions de recourir ou non à la contraception. L'arbitrage entre tous ces facteurs va influencer sur les attitudes à l'égard de la pratique contraceptive du couple. La prise de décision peut être résumée en trois niveaux principaux non indépendants : le couple, les parents proches (beaux-parents en particulier) et le milieu social.

C'est dans ce cadre que nous proposons d'analyser l'état actuel de la diffusion de la contraception afin de mieux en comprendre les facteurs explicatifs. En nous intéressant au processus de prise de décision en général, nous essayons de comprendre si le recours à la contraception est l'expression d'une décision conjugale, familiale ou individuelle. La compréhension de ce mécanisme est déterminante dans l'appréciation de l'état actuel de la diffusion de la contraception dans ce milieu rural. Cette recherche s'appuie à la fois sur des travaux existants et des données déjà recueillies, mais aussi sur un travail de terrain mené en collaboration avec une équipe de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

Présentation générale de la thèse

Pour comprendre les mécanismes de la maîtrise de la fécondité dans un continent, un pays ou une région il est important de connaître les logiques sociales actuelles et passées des populations. Cette connaissance est nécessaire dans ce contexte actuel de mutations profondes sur tout le continent africain. C'est la raison pour laquelle, dans une première partie, nous

tentons de rendre compte des changements sociaux en Afrique, afin de mieux apprécier le contexte actuel de la planification familiale (**Première partie**). Il ne sera pas question ici d'une analyse très détaillée de la situation, mais plutôt d'une étude succincte qui nous permettra d'avoir un aperçu global. Ainsi, nous tenterons d'apprécier les mutations socio-économiques en rapport avec les enjeux affichés des politiques de population (*Chapitre I*) avant d'étudier la diffusion actuelle de la contraception, plus particulièrement en Afrique subsaharienne et au Sénégal (*Chapitre II*). Plus spécifiquement, nous nous attarderons sur l'analyse des évolutions sociales et les nouvelles attitudes en matière de fécondité et de relations familiales. Puis, il sera question d'analyser les comportements contraceptifs en essayant de montrer les facteurs de différenciation géographique et socio-démographique. L'objectif sera donc de situer les niveaux et les tendances de la pratique de la contraception, et d'analyser ces facteurs pour mieux comprendre les différences de comportement. Cette partie consacrera une grande place à l'étude de la situation socio-économique du Sénégal ainsi qu'à l'analyse de la diffusion de la connaissance et de la pratique de la contraception. Cette étape aura pour intérêt de mieux situer l'étude du phénomène dans la population sur laquelle nous allons mettre le projecteur pour rendre compte de l'état de diffusion de la contraception en zone rurale sénégalaise.

De ce fait, nous présenterons auparavant la population qui est notre objet d'étude et avant de nous procéder à la présentation des différentes enquêtes utilisées pour mener cette recherche (*Chapitre III*). Cette partie nous permettra de connaître et de comprendre les réalités économiques, sociales et culturelles de cette population. C'est aussi l'occasion de prendre connaissance de certaines évolutions sociales qui s'y sont produites ces dernières années. Puisque nous procédons à une étude démographique, il est alors normal de prendre la mesure des différents phénomènes démographiques afin de situer les comportements passés et présents en matière de fécondité, de nuptialité, de mortalité et aussi de migration qui constitue un élément important de notre travail. Nous préciserons ensuite les démarches utilisées pour les enquêtes quantitative et complémentaire. Après avoir exposé une revue de la littérature sur le phénomène, nous poserons le cadre théorique de nos approches explicatives complémentaires. Elles seront de deux ordres : institutionnel (stratégies d'offre de contraception) et socioculturel (contexte social de l'offre).

La seconde partie se concentrera sur l'exposition des résultats et d'éléments de leurs compréhensions. Nous y proposerons nos tentatives d'explication de l'état de diffusion

constaté de la pratique de la contraception dans la zone d'étude (**Deuxième partie**). Dans un premier chapitre, nous procéderons à une analyse des comportements reproductifs dans la population (*chapitre IV*).

L'analyse de la diffusion et de la pratique de la contraception, qui est notre centre d'intérêt, sera abordée sous deux angles. Dans un premier temps, nous mènerons une étude détaillée de la connaissance et de la pratique de la connaissance dans la population enquêtée. Cette étape nous permettra de présenter les niveaux actuels de connaissance et de pratique de la contraception de la zone. Dans un second temps, il s'agira de mettre en exergue, à partir d'une analyse différentielle, les facteurs prépondérants dans l'accès à la connaissance et à la pratique de la contraception. Un intérêt particulier sera porté sur l'étude de l'influence du passé migratoire. Cette démarche s'intègre dans la recherche des éventuelles spécificités présentées par le groupe des migrants, par qui partent souvent les innovations dans les sociétés rurales. La thèse de la diffusion de la contraception par migrants interposés en milieu rural est souvent évoquée dans des études.

La mesure de l'échelle des valeurs associées à la fécondité et la connaissance des opinions des hommes et des femmes sur la planification sont importantes dans la compréhension du comportement contraceptif de cette population. Cette présente analyse s'appuiera sur l'analyse des attitudes des conjoints grâce à l'approche couple du phénomène. Puisque les rapports intimes ne sont généralement concevables que dans le mariage, on mettra l'accent sur l'analyse des comportements reproductifs dans le mariage. La connaissance des préférences de fécondité et de la demande de limitation des naissances sont importantes dans la compréhension des attitudes reproductives. L'explication du recours ou non à la pratique de la contraception se fera à travers les caractéristiques individuelles les plus pertinentes (âge, type matrimonial, niveau de fécondité, fécondité désirée et placement des enfants). Les stratégies reproductives du couple sont analysées au regard de la convergence des besoins d'enfants des conjoints. Cette étape de l'étude peut contribuer à l'explication des attitudes observées.

Fort de ces analyses, nous proposerons d'appréhender les principales difficultés liées à l'accès à la contraception (*chapitre V*). Dans l'étude de l'offre de planification familiale, nous évoquerons les stratégies publiques de diffusion de la contraception. L'objectif sera de connaître les infrastructures sanitaires d'offre de PF disponibles, d'évaluer les performances en termes d'activités de sensibilisation et de fréquentation de clientes, mais aussi de relever

les problèmes rencontrés dans l'accès aux méthodes. Quant à l'analyse qualitative, elle devrait permettre de mettre à jour les facteurs de blocages socioculturels.

Après avoir apprécié la qualité des données, une synthèse globale des principaux résultats nous permettra d'identifier et d'analyser les obstacles majeurs liés à la diffusion de la contraception dans cette zone rurale. Cette étude est envisagée dans un chapitre consacré à l'appréciation des données d'enquêtes et aux commentaires des résultats (*Chapitre VI*). Trois sections nous permettront de rendre compte successivement de la qualité des données et de leurs limites, des facteurs favorisant l'accès à la contraception, des difficultés liés à l'expansion de la pratique de la contraception. Enfin, un dernier paragraphe sera consacré à l'évocation des enseignements à tirer de cette étude et des propositions de stratégies qui pourront être intentées en vue d'une meilleure politique de planification familiale en milieu rural.

**PREMIERE PARTIE : Mutations sociales et dynamique de La
planification familiale en Afrique**

Chapitre I. – Changements socio-économiques et enjeux des politiques démographiques en Afrique noire

I. - La grande famille en question

A. Les comportements reproductifs des sociétés africaines

1 Les déterminants traditionnels de la fécondité

Dans toutes les études qui ont été conduites jusque là, l'explication du fort niveau de fécondité se trouve dans une organisation sociale orientée vers la reproduction. Deux thèses vues comme opposées que nous considérons plutôt complémentaires semblent expliquer le phénomène. La première traduit la fécondité comme une manifestation du sous-développement africain (Boserup, 1985) et la seconde, elle, base toute son explication sur le contexte culturel, en particulier sur le système de responsabilité des familles (famille élargie). La première hypothèse a été contestée par Caldwell et Caldwell (1988) grâce à une étude comparative des situations africaines et asiatiques. Et les conclusions de ces travaux vont dans le sens de la seconde affirmation. *"Les croyances traditionnelles africaines, le mode d'organisation familiale, l'attribution des responsabilités quant à la prise de décision en matière de procréation et le système de répartition des terres...l'exercice de l'autorité en matière de politique, de religion et de moralité"* expliqueraient le maintien de la forte fécondité africaine. Nous pouvons aussi dire que c'est la manifestation du sous développement qui détermine le contexte socio-culturel. Dans ce cas, la seconde hypothèse complète la première.

En effet, le culte des ancêtres demande à ce que les lignages soient perpétués. Ainsi, en même temps qu'on condamne la stérilité, on donne la possibilité à l'individu d'avoir autant de femmes qu'il le désire. L'organisation sociale encourage la pratique de la polygamie ce qui favorise la recherche d'une descendance nombreuse. C'est une pratique assez courante dans cette société (Caldwell, 1993 ; Lesthaeghe, Kaufmann et Meekers, 1989). Aussi, la pratique du remariage des veuves (par un parent du mari défunt)⁵ qui évite à celles-ci de rester sans

⁵ Pratique appelée lévirat.

mari et la précocité des mariages permettent-ils d'assurer le remplacement des générations ? Contrairement à la plupart des pays du monde où les mariages sont plus tardifs⁶, le mariage en Afrique intervient dans la plupart des cas au début de l'âge pubère de la femme (McCauley et Salter, 1995). La durée d'exposition aux risques de grossesses des femmes africaines est donc plus importante.

Comme partout ailleurs, l'institution du mariage est la base du processus reproducteur. Cependant, elle revêt en Afrique un caractère spécifique. Elle est le support d'un modèle social basé sur un système économique-familial dont tous les éléments œuvrent pour une fécondité maximale. Aujourd'hui, le terme famille revêt une signification encore plus traditionnelle que celle adoptée dans les pays occidentaux. La définition de la famille africaine fait référence au système de famille élargie. D'après Vignikin (1997), il s'agit "*d'une structure qui transcende le strict cadre linéaire et qui rassemble dans une même concession ou sous une même tutelle, de multiples cellules conjugales apparentées, réparties sur plusieurs générations et selon plusieurs lignes collatérales par rapport à un ancêtre commun*". Toutes les relations sociales sont gérées à l'intérieur de cette organisation sociale. Il intervient alors dans cette configuration un système d'échanges et de solidarités entre les différents membres de la structure familiale dans la gestion des affaires familiales. Ainsi, on y assiste à une mise en commun des terres (exploitation agricole), une gestion collective de tout ce qui concerne le mariage, la fécondité et la transmission de normes et de valeurs de comportement. Cette définition de la famille est la caractéristique principale des sociétés rurales agricoles qui pratiquent l'exploitation extensive et non mécanisée des terres.

En outre, on parle du mariage en Afrique traditionnelle comme un investissement qui, grâce à une descendance nombreuse, peut procurer de la richesse du fait des bras supplémentaires qu'elle engendre pour cultiver la terre, du prestige social grâce aux possibilités de renforcement des alliances entre familles. Plus on en a, plus le prestige est grand. De plus, l'enfant apparaît comme une assurance vieillesse en ce sens qu'il n'existe pas de système de sécurité sociale dans cette société. Les coûts immédiats (nourriture, éducation, santé) liés à l'enfant sont supportés par la famille biologique mais en cas de survenance de difficultés exceptionnelles, c'est l'ensemble de la structure familiale qui est sollicité. Les

⁶ Dans les pays développés, au Moyen-Orient, en Asie orientale et dans quelques pays d'Amérique latine, les femmes ont tendance à se marier peu après 20 ans. Au moins les deux-tiers des jeunes femmes de ces régions attendent d'avoir 20 ans pour se marier. Par contre, jusqu'aux deux-tiers des jeunes femmes de certains pays de l'Afrique subsaharienne se marient avant 20 ans.

relations de solidarités sont tellement importantes que certains enfants d'une famille d'un lignage puissent se trouver dans d'autres familles du même lignage soit pour apporter une aide supplémentaire (travaux champêtres ou autres), soit pour alléger les parents biologiques. La littérature anthropologique et sociologique, combinée aux études quantitatives, contribue fortement à la compréhension du phénomène (Goody, 1982 ; Lallemand, 1993 et 1994 ; Savané, 1994 et Jonckers, 1997). Cette pratique de la circulation des enfants dans la famille lignagère est dans l'esprit même de la conception traditionnelle de la famille "*un enfant ne dépend pas seulement de ses parents biologiques mais de l'ensemble du segment du lignage*" (Locoh, 1988). Ce contexte de prise en charge globale des responsabilités familiales représente un terrain favorable à une fécondité non contrôlée.

Cette cohésion dans la prise en charge de l'enfant se justifie bien sûr par une solidarité intrinsèque à la société, mais aussi au "retour sur investissement" espéré chez ce dernier. Les parents et les membres du lignage comptent sur les transferts ascendants que pourrait effectuer l'enfant en termes de flux nets de richesse. Dans certains pays notamment le Ghana, la prise en charge d'un enfant par la famille élargie est conçue comme une dette que l'enfant remboursera progressivement lorsqu'il travaillera. Ainsworth (1990) considère à cet effet qu'il s'agit d'un prêt consenti à ses parents de façon à alléger leurs contraintes de liquidité à court terme. Dans cette société, il est admis que l'enfant rapporte plus qu'il ne coûte (Cain, 1984 et Caldwell, 1993), ce qui n'est pas de l'avis de tous les théoriciens en la matière (Stecklov, 1999). Les uns s'appuient sur l'ampleur des transferts qui seront opérés par l'enfant et les autres, sur la lourdeur des charges éducatives.

Mais ce qu'il faut surtout préciser, c'est que la valeur de l'enfant en Afrique ne se résume pas en terme de flux monétaires ascendants ou descendants, elle ne peut se caractériser que dans le cadre culturel spécifique de l'Afrique traditionnelle. A cet effet, Caldwell (1965 : 194-195) a montré que les décisions en matière de procréation n'ont pas de lien direct avec le poids économique des familles biologiques. Quand on parle de famille en Afrique, on fait en général référence à un ménage avec plusieurs noyaux familiaux avec une solidarité partagée en matière d'aide, de nourriture et d'éducation par l'ensemble de cette entité sociale. Tout d'abord, analysons les comportements traditionnels de contraception.

2 Les comportements traditionnels de contraception

La spécificité démographique du continent africain reste sa forte fécondité. On peut penser que c'est la résultante d'absence de toute pratique de contraception dans cette partie du monde. Le développement récent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) a permis de constater qu'il existe des méthodes de contraception traditionnelles ou populaires longtemps utilisées dans le cadre de la régulation des naissances. En Afrique subsaharienne, la principale attitude relative à la régulation de la fécondité est l'espacement des naissances. Cet espacement correspond à une durée qui varie selon les coutumes locales, la parité atteinte et l'âge (2 à 5 ans en général). En Afrique de l'Ouest, l'intervalle entre naissances est généralement supérieur à 30 mois. Sa durée médiane est de 23 mois en Côte d'Ivoire et au Sénégal (Vimard et al., 2001). La régulation de la fécondité par l'espacement des naissances est réalisée par l'abstinence sexuelle et, surtout, par de longues périodes d'aménorrhée post-partum dues à un allaitement prolongé des enfants. (Van De Walle, 1988). D'après les enquêtes EDS, la durée moyenne de l'allaitement varie entre 18 et 26 mois et celle de l'aménorrhée de 11 à 19 mois. En 1997, au Sénégal, la durée d'abstinence *post partum* médiane s'établit à 2,9 mois et celle de l'aménorrhée à 13,2 mois. Contrairement au Ghana (8,5 mois en 1998), au Botswana (12,7 mois en 1988) et à la Côte d'Ivoire (14,5 mois en 1998-99), la durée de l'abstinence se révèle assez courte au Sénégal. Pourtant, l'abstinence sexuelle et l'allaitement ne sont pas véritablement considérés comme des moyens de limitation des naissances. Ils ne sont observés que dans le sens d'un respect d'une certaine durée entre les naissances afin d'assurer le bien-être et la survie de l'enfant. C'est d'ailleurs une des justifications avancées dans les programmes pour favoriser le recours à la planification familiale moderne. Les comportements traditionnels d'espacement des naissances ont donc surtout pour vocation de favoriser la survie de la descendance. L'abstinence est aussi considérée comme une règle édictée par le groupe social afin d'éviter qu'une relation trop intime entre époux ne les amène à privilégier les objectifs de couple au détriment des objectifs du groupe (Caldwell et Caldwell, 1977, cités par Locoh, 1988). Les périodes d'infécondité observée étant de l'ordre d'un à deux ans après chaque naissance, il n'est donc pas étonnant que la taille des descendance des couples africains soit aussi importante.

Les pratiques matrimoniales contribuent aussi au maintien de la forte fécondité. En effet, le célibat définitif y est rare et le premier mariage y est généralement très précoce (Charbit, 2000). L'âge médian au mariage est de 20 ans en moyenne et les femmes qui deviennent mères avant 18 ans sont nombreuses (Locoh, 1994). Cette situation est assez répandue en Afrique subsaharienne. En 1992 au Niger, parmi les femmes de 20-24 ans mariées avant 18 ans (83 %), 53 % ont donné une première naissance avant 18 ans. En cette même année, au Sénégal, cette proportion est de 40 %. En 1997, l'âge médian au mariage y est de 17,4 ans et celui des femmes de 25-49 ans à l'arrivée de leur première enfant est de 19,8 ans.

Ce que nous nous demandons aujourd'hui, c'est comment ces comportements traditionnels se manifestent dans ce contexte de baisse généralisée des revenus et de croissance de la population. Est-il toujours plausible d'affirmer que la société africaine fonctionne encore dans cette logique de groupes qui se traduit par une solidarité sans limite ? On est donc amené à observer les différentes mutations comportementales qui se sont produites dans ces sociétés ces dernières années.

B. Dimensions et composantes des mutations sociales et familiales actuelles

1 Vers une prise de conscience des difficultés liées à l'entretien d'une famille nombreuse

La solidarité familiale est l'une des caractéristiques sociales de la société africaine qui entretient la forte fécondité des populations. C'est elle qui empêche le rétrécissement de la famille élargie au profit de la famille restreinte. Mais pour des impératifs de survie, les solidarités familiales et les idéaux de fécondité subissent les contrecoups de la crise. Partout en Afrique sub-saharienne, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, on observe un phénomène de changement social et culturel. Les structures sociales (lignages et familles élargies), fondement des systèmes de solidarités, connaissent des mutations notables dans certains pays. Mais, l'évolution de ce système communautaire d'entraide est difficile à cerner vue la diversité des situations et la variabilité de la teneur de ce concept selon les sociétés.

Les avis divergent sur l'ébranlement des solidarités. Selon Marie (1997), la crise économique a bouleversé les logiques familiales à tel point qu'on assiste à un recentrage de la

famille autour des seuls parents biologiques⁷. La tendance à un comportement individualiste s'est traduite par la mise en avant des intérêts personnels et de la famille immédiate.

On est cependant loin d'une révolution qui remettrait en cause cet élan de solidarité. Si l'individu se trouve gêné par des investissements sociaux qui ajournent toute expansion économique personnelle et familiale, il garde toujours des liens étroits avec les membres de son réseau lignager. La conception traditionnelle de ces pratiques est difficilement applicable en ces périodes de crise, et c'est la raison pour laquelle nous assistons à des ajustements comportementaux. Il s'agit bien d'une adaptation à une réalité nouvelle, et donc d'une autre configuration des relations sociales. Le poids des valeurs est si important dans ces sociétés qu'on ne peut envisager une suppression totale de cet élément fondateur de la société africaine.

Cet ajustement se traduit parfois par l'introduction d'une sélectivité et d'un choix des bénéficiaires des aides (Adjamagbo, 1997). Ne sont aidés que ceux qui doivent l'être nécessairement. Si aujourd'hui tout le monde s'accorde à dire que le système communautaire de soutien subit les foudres de la crise, ce qui est vrai à bien des égards, on ne peut évoquer sa complète disparition. Quelle que soit l'ampleur de la crise actuelle, les individus se sentent toujours investis d'une obligation d'appui envers les membres de leur famille proche ou lointaine. Une étude menée dans trois grandes métropoles africaines⁸ (Wakam et al., 1998) montre qu'il y a certes une baisse des transferts des familles pauvres vers les membres de leur lignage mais aussi, une continuité dans la poursuite des solidarités familiales des familles aisées vers leur entité familiale élargie. Un phénomène qui a déjà été mis en évidence par Antoine et Herry (1994).

Au total, on note dans les attitudes une reconnaissance des difficultés économiques dans la gestion des affaires familiales. La prise en charge des enfants ainsi que le renforcement des solidarités entre conjoints étaient, jadis, considérées comme nuisibles aux intérêts collectifs (Locoh, 1993).

Ce nouveau contexte des solidarités traduit une situation assez paradoxale lorsque nous nous intéressons aux structures familiales actuelles. A partir de l'étude du devenir des

⁷ Cette observation a été faite dans la capitale ivoirienne (Abidjan)

⁸ Abidjan, Yaoundé et Dakar

principes de solidarités, beaucoup de chercheurs se sont prononcés sur les composantes conjoncturelles des modèles familiaux (Antoine et al., 1995 ; Pilon et Vignikin, 1996 ; Thibon, 1997 ; Wakam, 1997 ; Wakam et al., 1998). Ces recherches se sont soldées par des conclusions allant dans le sens de leur diversification. On est donc loin de la conception évolutionniste de la famille qui met l'accent sur l'avènement d'une économie de marché, d'une industrialisation, d'une modernisation des structures politiques pour soutenir une tendance certaine de la famille africaine vers la nucléarisation. Les mutations sociales dans les structures familiales prennent aussi d'autres aspects, notamment en matière de rapports conjugaux. Ces rapports se traduisent soit par un renforcement, soit par un affaiblissement de la cohésion dans le couple.

Au-delà d'une prise de conscience des difficultés liées à l'entretien d'une famille nombreuse, les conséquences de ces nouvelles situations sociales sont parfois la mise en place de stratégies de survie.

2 Les comportements socio-économiques et démographiques induits de la crise

En milieu rural, ce sont les solutions migratoires qui ont été privilégiées. Le départ de ruraux en ville est la stratégie la plus fréquemment adoptée dans les stratégies de survie de la population rurale. Les stratégies de survie reposent sur la satisfaction des besoins alimentaires et monétaires essentiels dans ce contexte de précarité. Les causes de départ à la ville sont donc avant tout économiques.

La crise dans la paysannerie africaine est liée à une agriculture de faible productivité qui manque de compétitivité par rapport aux autres pays producteurs dont les exportations sont souvent subventionnées. Le niveau de vie des sociétés agricoles ne s'est guère amélioré avec la conjugaison de plusieurs années de sécheresse. Les terres latéritiques et fragiles s'épuisent du fait d'une exploitation intensive. Du coup, elles ne donnent plus de récoltes suffisantes pour couvrir les besoins d'une population de plus en plus grandissante. Les familles les plus pauvres se mobilisent pour envoyer un ou plusieurs membres de leur famille en ville. Cela suppose en général des relations entre ces deux lieux et des incitations pour ce type de déplacement. La migration rurale-urbaine a toujours existé en Afrique. Son intensité s'est accrue depuis quelques années. La préexistence de ce phénomène a fait naître et renforcer les relations entre les sociétés rurales et les sociétés urbaines. Depuis, des réseaux se

sont formés pour accueillir les villageois au départ pour la ville. Le déplacement des villageois vers la ville est facilité par l'amélioration du réseau routier. Les moyens de transport ont réduit la distance qui séparait le monde rural du monde urbain. Cette mobilité accrue permet aux familles de se prémunir du fragile équilibre économique du monde rural.

Ces mouvements de population vers les grandes villes ont été observés chez les Peul du Sahel burkinabais (Hampshire et Randall, 1998), chez des ménages ruraux togolais (Vignikin, 1998) ou encore dans les populations rurales du Sénégal (Delaunay, 1994). Le milieu urbain est le seul lieu dans les pays d'Afrique sub-saharienne où l'on peut se procurer un emploi salarié durant la saison sèche. L'objectif des familles est d'avoir d'autres sources de revenu en numéraires pour l'amélioration de leur budget. Ainsi, les migrants envoient à leur famille restée au village tantôt de l'argent, tantôt des denrées alimentaires. Même si ces aides restent modestes, elles permettent aux familles de se défaire de certaines dépenses. L'absence d'un membre de la famille diminue le nombre de personnes à nourrir.

Cette mobilité est aussi l'occasion pour les hommes de faire quelques économies pour contracter plus tard un mariage. Les maigres revenus tirés aujourd'hui de l'agriculture en milieu rural retardent l'entrée des jeunes hommes au mariage, puisqu'ils ont plus de mal à rassembler la compensation matrimoniale (la dot). L'exode peut les aider à éviter le célibat. Cette quête de ressources monétaires additionnelles se dessine aussi dans les campagnes africaines par la mise en place d'activités nouvelles, en particulier des activités extra-agricoles.

On peut ajouter à ces nécessités d'ordre économique, la fascination et non sans raison qu'exerce la ville sur les jeunes ruraux. La ville dispose de meilleures écoles, offre des soins médicaux adéquats, et permet à l'individu d'accéder à une certaine liberté. De plus, elle peut faciliter leur ascension sociale.

Cette nouvelle donne de la situation économique soulève quelques remises en cause dans l'organisation familiale traditionnelle, en particulier l'entretien et l'éducation des enfants dans les grandes familles. La question est de savoir comment s'exerce aujourd'hui le système de responsabilité des enfants dans les familles. Est-elle toujours de l'œuvre de la famille élargie ou des parents biologiques ?

La crise, tout en déstructurant la famille, favorise une prise de conscience des coûts d'entretien de la famille (notamment la prise en charge de l'alimentation, de l'éducation des enfants) et une incertitude des transferts intrafamiliaux liés aux difficultés sociales, économiques et à la précarité généralisée. Elle va être le déclencheur d'un état d'esprit rationnel aussi bien individuel que social. Elle va aussi, de l'avis de Locoh (1996), "*permettre une libération des initiatives, de la créativité des individus, de leur capacité à décider de leur vie de façon plus autonome*". Les dépenses qu'engendre une grande famille, en ces périodes de crise, sont ressenties par toutes les familles. Le problème est de savoir quelle est la consistance actuelle des rapports de la famille au sens strict et ses relations avec les membres de la famille étendue ?

Plusieurs études ont montré une volonté des familles de recentrer tous leurs efforts autour de leur famille proche. Mais d'un autre côté, on s'est aperçu que l'allègement de la charge familiale se réalise grâce au soutien de membres du lignage familial moins frappé par la crise. Que ce soit en ville ou en campagne, les familles se sollicitent mutuellement. La pratique de la circulation des enfants en est la parfaite illustration. Les familles rurales envoient des enfants pour leur scolarisation dans les capitales régionales où elles ont des attaches familiales. Autrefois, ces pratiques s'effectuaient en milieu rural, et consistaient à confier un enfant à une famille constitutive du groupe familial qui, soit n'avait pas encore d'enfants, soit en possédait moins que les autres. Le but était d'apporter un bras supplémentaire pour les travaux agricoles. C'était aussi un moyen pour la famille qui le confiait, d'alléger une partie de sa charge familiale. Aujourd'hui ces pratiques rejoignent la ville et s'inscrivent dans le cadre du développement des stratégies de survie.

En ville comme en campagne, les contraintes liées à la crise économique peuvent favoriser la prise de conscience du fardeau que constitue une famille nombreuse, ce qui peut conduire des familles à réviser à la baisse leur projet familial (Locoh et Vallin, 1998), notamment par la limitation des naissances. C'est la raison pour laquelle nous assistons, depuis quelques années, à une baisse réelle et continue de la fécondité en Afrique. Cette baisse traduit un changement de comportement.

Une telle baisse est cependant moins marquée dans certains milieux ruraux à tel point qu'on est tenté de croire à une certaine persistance du régime ancien de fécondité. Le seul facteur qui fait baisser (modérément) la fécondité en Afrique est le retard enregistré dans

l'entrée en union du fait de la migration. Ce qui ne correspond pas au phénomène de report de l'adoption de comportements restrictifs de la fécondité (Friedlander, 1983 ; Goldscheider, 1989 ; United Nations, 1990b). Il s'agit pour la plupart du temps d'un allongement du calendrier d'entrée en union à cause des difficultés de constitution de la compensation matrimoniale (Delaunay, 1994).

Les conclusions des débats sur la nécessité d'ajuster les ressources aux besoins, de freiner la fécondité ou de stimuler la production, engagés par les malthusiens vont pousser les instances internationales (ONU et Banque mondiale) à militer pour une politique de maîtrise des naissances dans les pays économiquement moins avancés. L'opportunité d'une telle politique va longtemps opposer pays développés et pays en développement. Les enjeux pour le développement vont finalement prendre le dessus.

II. - Les enjeux de la planification familiale en Afrique

Plusieurs interrogations se posent sur l'intérêt des pays en développement (PED) de mettre en place des politiques de population. La principale question est de savoir si les PED sont pauvres parce qu'ils sont nombreux ou nombreux parce qu'ils sont pauvres. Les réponses apportées à cette question ont fait l'objet de plusieurs controverses opposant ainsi les partisans du malthusianisme, les théoriciens et les PED. Le malthusianisme considère la maîtrise de la fécondité comme un préalable au développement. Après la seconde guerre mondiale, les institutions internationales vont s'appuyer sur les conclusions des néo-malthusiens pour lancer des politiques nationales de planification familiale dans les PED. Les démographes vont réagir très rapidement en remettant en cause cette idée. D'abord, E. Boserup (1965) va opposer le concept de la trappe malthusienne à celui de faible densité de la population qui explique la stagnation économique de nombreux pays africains. A cet effet, elle considère que l'innovation ou la propension à produire davantage, est une fonction directe de l'effectif de la population. Plus récemment, Chesnais (1997) va observer qu'il n'existe pas d'incompatibilités entre dynamisme démographique et croissance économique. Aujourd'hui, même si la relation entre croissance de la population et sous-développement est plus que nuancée, des divergences persistent entre pays occidentaux et PED.

L'organisation décennale de conférences internationales (Budapest, 1974 ; Mexico, 1984 et Le Caire, 1994) a permis aux experts du Nord de susciter des inquiétudes au Sud, et

donc de faire avancer dans ces pays l'idée de la nécessité d'une planification des naissances. Cela dit, il n'est pas dans notre propos de dire que le poids démographique de ces pays est la seule cause des maux dont ils souffrent. Cela ne doit pas non plus nous empêcher de reconnaître qu'une trop grande population pourrait fragiliser l'équilibre économique d'un pays. Dans tous les cas, les politiques démographiques qui vont être mises en place en Afrique vont avoir des implications sociales, économiques et politiques.

A. Les enjeux sociaux

L'objectif annoncé dans le plan d'action mondial lors de la conférence du Caire est de favoriser le développement économique et social par la maîtrise de la croissance démographique. Pour ce faire, il est nécessaire que les pays africains parviennent à réduire leur mortalité, tant infantile que maternelle, leur fécondité très élevée pour, au final, favoriser une certaine stabilisation de la population mondiale. La planification familiale est perçue par les autorités internationales comme le moyen qui est le plus à même d'améliorer la qualité de la vie tout en favorisant la santé de la mère et de l'enfant. Par cette même occasion, elle permet aux gouvernements d'alléger les pressions qui s'exercent sur eux quant aux besoins sociaux et économiques auxquels ils auront à répondre.

La mise en place de telles politiques n'est pas sans problèmes. D'une part, il existe des facteurs qui facilitent les changements de comportements et d'autre part, des facteurs qui nécessitent l'intervention des gouvernements par des mesures institutionnelles d'envergure. Le développement croissant des capitales africaines fait de l'urbanisation un élément précurseur du changement, et constitue la base de la diffusion de nouvelles idées et de nouveaux comportements en matière démographique. L'acceptation de la planification des naissances est plus facile en ville car l'émancipation des croyances et des influences anciennes y est plus facile (Tabutin, 2000). Elle offre aussi des opportunités de changements aux populations migrantes des campagnes. Les jeunes ruraux qui quittent de plus en plus les villages et s'installent en ville pour trouver un emploi, bénéficient d'un accès plus facile à l'éducation et accèdent à un flux intense d'informations.

Mais l'accélération de la croissance démographique des villes provoque des modes de développement non viables : pauvreté, chômage, insalubrité etc. La crise a amplifié cette situation en réduisant brutalement les ressources des Etats qui n'arrivent plus à faire face à

leurs obligations sociales et économiques à l'égard de leurs administrés. Cette situation a entraîné une régression du secteur économique moderne qui, elle-même, a provoqué une certaine prise de conscience. Les charges économiques d'une famille nombreuse se font de plus en plus ressentir. Il est toutefois difficile de croire à cette occasion à une poussée de la pensée individualiste. La notion de famille garde toujours en Afrique sa connotation élargie et, nous l'avons vu, les relations de solidarité sont loin d'être ébranlées. Les obligations sociales sont revues et existent dans un sens plus contractuel.

Pour accompagner les populations, les Etats s'engagent à mettre à leur disposition de nouveaux cadres législatif et physique plus propices. Ils se proposent de faciliter l'accès de tous à l'emploi, à l'éducation, et aux services sanitaires de base. Les soins de santé génésiques sont mis au premier plan. Les enjeux de ces programmes sont avant tout économiques.

B. Les enjeux économiques

Pourquoi les Etats africains ont-ils intérêt à maîtriser la croissance de leur population ? Quels sont les enjeux en matière d'emploi, de santé, d'éducation ? Quel rôle la planification familiale peut-elle jouer dans leur développement économique ? La plupart des pays en développement ont finalement considéré la croissance rapide de la population et ses conséquences comme un grand défi. Le principal problème posé par cette croissance est l'aggravation de la paupérisation. La peur de son exacerbation existe notamment dans les capitales africaines à forte croissance urbaine. En même temps qu'elle augmente dans les villes en raison de la croissance démographique, la pauvreté humaine diminue dans les pays asiatiques et d'Amérique Latine. L'absence de développement réel sur le continent africain isole cette partie du monde de la scène économique internationale (Tabah, 1994 ; Sandron, 2002). Les résultats positifs observés dans ces pays en développement cités montrent que la situation africaine n'est pas insurmontable. Plus globalement, les pays africains ont besoin d'agir pour pouvoir contenir l'évolution de leur population.

En matière d'emploi, à défaut d'une croissance économique viable aucun Etat africain ne peut faire face à l'augmentation importante des jeunes dans la population. Dans l'ensemble des pays en développement, plus du tiers de la population est âgé de moins de 15 ans, contre moins d'un cinquième dans les pays industrialisés (Fnuap, 2001). L'arrivée des générations nouvelles à l'âge des responsabilités risque de réduire les possibilités d'entrée dans le marché

du travail. La croissance démographique agit aussi sur le système éducatif. Il y'aura de plus en plus d'enfants à scolariser alors que les infrastructures scolaires sont parfois en nombre assez limité dans ces pays. Or, on sait que, l'éducation, notamment des femmes et des filles, est un pilier important du développement économique et social. Il va de soi de dire que c'est un des moyens pour combattre efficacement la pauvreté. En même temps qu'elle favorise l'amélioration de la condition de la femme, elle permet à celle-ci d'accéder plus facilement à l'information en matière de santé en général, et en matière de santé génésique en particulier. De plus, l'éducation conduit les femmes à se marier plus tard et, par conséquent, elles deviennent mères plus tard.

Entre autres moyens de faire face à cette poussée démographique, la planification familiale apparaît comme un outil efficace de lutte contre la pauvreté. Elle agit à la fois sur la santé des femmes et des enfants, la fécondité, l'éducation et, par ricochet, l'emploi. Les retombées des investissements sur les programmes de population sont généralement importantes. Si les économies engrangées du fait de la maîtrise de la fécondité réduisent les coûts liés aux soins de santé maternelle et infantile, elles diminueraient les charges des pouvoirs publics sur ce domaine. La planification va aussi réduire les naissances et donc, les besoins en matière d'éducation. En réduisant le nombre de personnes à charge, elle élargit les possibilités d'emploi, de logement, d'approvisionnement en eau et d'assainissement des populations. La planification des naissances pourrait donc jouer un rôle important dans la diminution de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations africaines.

Pourtant, l'argument selon lequel le développement économique est consubstantiel de la planification familiale n'a pas tout de suite suscité l'intérêt de tous les pays en développement. D'ailleurs plusieurs Etats ont ouvertement affiché leur opposition à cette vision. La volonté des instances internationales d'intégrer dans les programmes de développement des politiques de population a été telle qu'on a assisté à une évolution rapide des positions en faveur d'une maîtrise de la fécondité.

C. Les enjeux politiques

Après un discours fortement teinté de nataliste, les pays en développement cherchent aujourd'hui de plus en plus de moyens d'actions efficaces en vue de maîtriser l'évolution de

leur population. L'idée selon laquelle il existe une relation négative entre croissance démographique et progrès économique a longtemps divisé pays pauvres et pays riches. Pour des raisons diverses (peurs de l'instabilité politique⁹, des vagues d'immigration future, redistribution à terme des équilibres mondiaux etc. des pays occidentaux), cette liaison est apparue suspicieuse aux yeux de plusieurs pays en développement (Louat, 1999 ; Sandron, 2002). Après le « premier choc pétrolier » et sur l'initiative de la Division de la population du FNUAP, la première conférence sur la population va être lancée à Bucarest en 1974. Sous la houlette de l'Algérie et de l'Argentine, les premières réactions négatives des PED se font entendre. Ces pays jugeaient le projet de plan d'action malthusien en soutenant qu'il ne se posait pas de problèmes de population chez eux. Les représentants africains vont persister dans cette position et la conférence de Bucarest fut un échec. Tous leurs espoirs de développement étaient basés sur la croissance économique.

Cette stratégie s'est révélée improductive et le continent semblait dans la paupérisation. La conférence, en 1994, des chefs d'Etat africains de Tunis fera un constat alarmant de la situation « *les Africains sont [...] enfermés dans un cercle vicieux d'ignorance, de pauvreté, de chômage et de sous-emploi, de malnutrition, de faim, de maladies, de mauvaise santé et de pénurie de logement [...]* » (OUA/CEA, 1994, p.4). Les enquêtes¹⁰ des Nations Unies vont faire état de l'évolution des positions. L'écart entre partisans de la réduction et ceux du « laisser faire » n'a cessé de se creuser. Un plus grand consensus sera d'ailleurs obtenu à la conférence africaine de population à Arusha (Tanzanie), en 1984, avec l'adoption du « Programme d'action de Kilimandjaro ». Entre la Conférence de Bucarest et la veille de la seconde conférence, celle de Mexico, on passe de 38 % à 49 % de pays favorables à une intervention à la baisse. Cette proportion s'établira à 61 % deux ans après la conférence de Mexico. Entre temps, il y a eu une détérioration des cours des principaux groupes de produits de base (pétrole, minerais et métaux, boissons, etc.), de la production agricole (pêche, élevage, ressources forestières) et un alourdissement de la dette extérieure. Parallèlement, le poids démographique allait crescendo (3 % de hausse de la population par an). L'après conférence de Mexico est marquée par un changement important des gouvernements dans leurs attitudes à l'égard des programmes de planification familiale. Les premières actions

⁹ Si les jeunes, devenus trop nombreux et sans emploi, manifestent leur insatisfaction.

¹⁰ Les Nations Unies ont mené une première enquête (1976) à l'issue de laquelle 37 % des gouvernements africains considéraient que leur fécondité nationale était trop élevée.

concrètes vont consister à l'appui officiel des autorités publiques à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

La conférence du Caire (1994) va mettre l'accent sur le développement économique et social par la maîtrise de la croissance démographique. Dès lors, la composante démographique devient un volet à part entière dans les politiques de développement. Les approches planification familiale et développement ne s'opposent plus, elles vont même fonder les bases d'une politique intégrée dont les axes principaux seront la santé, l'éducation et l'amélioration du statut de la femme. En matière de planification familiale, aux intentions politiques vont s'opposer les réalités culturelles.

III. - Les grandes questions d'aujourd'hui

A. Position de la femme et de l'homme dans la société

L'amélioration du statut de la femme dans les pays en développement est aujourd'hui d'actualité. Certes des progrès importants ont été réalisés au cours des deux dernières décennies, mais le chemin à faire reste long. Au Sénégal, on a pu constater que les zones rurales n'ont pas tiré grand profit de ces avancées, notamment en matière de santé, d'éducation et de participation à la vie économique. Leur rôle par rapport à celui des hommes montre qu'elles sont encore plus marginalisées car confinées dans des domaines traditionnellement féminins. Et comme dans la plupart des sociétés rurales africaines, l'essentiel du pouvoir et du contrôle des biens est détenu par les hommes (Locoh et al., 1996). Il suffit d'apprécier sa place dans la sphère sociale pour s'en convaincre.

1 La place de la femme dans la société

Les femmes rurales continuent d'assurer leur rôle d'antan : la reproduction sociale. Elles se cantonnent dans la sphère domestique qui regroupe la reproduction biologique et les activités assurant la reproduction physique (Ouédraogo, 1997). C'est en quelque sorte des rôles qui les confinent à une certaine subordination car il s'agit des rôles maternel, conjugal et parental qu'elles assurent (Oppong, 1981).

Le statut social de la femme sénégalaise découle de ces réalités socioculturelles africaines qui fondent les conditions d'existence dans la société. La femme y est prise comme

gardienne de son foyer. Elle ne participe aux activités extérieures qu'avec l'autorisation de son « tuteur » si ce n'est son mari. Elle n'intervient presque jamais dans le processus d'organisation sociale, rôle attribué à l'homme. Cet ensemble d'éléments fait qu'on compare celle-ci à une mineure qui est sous la responsabilité de son mari ou d'un autre membre de la famille de sexe masculin. C'est seulement avec l'avènement d'un mariage qu'elle acquiert un certain pouvoir qui n'en est pas vraiment un car elle reste sous l'autorité de l'homme.

En effet, la femme mariée va occuper une place qui lui octroie des privilèges selon plusieurs critères. Ces critères vont de la taille de la famille dans laquelle elle est, de la position de son mari dans la famille élargie et de son âge (Ouédraogo, 1997). Cette position déterminera sa capacité d'agir en matière de santé, d'éducation et de travail. La première épouse d'un mariage polygame occupe une place de choix par rapport à ses coépouses. Le privilège lié à l'âge n'intervient qu'un peu plus tard. Seules les femmes ménopausées ou aïeules interviennent dans les affaires familiales.

Bien que dépourvue de pouvoir décisionnel véritable, la femme apparaît à tous les niveaux de l'univers économique rural. Opong (1986 et 1991) en apprécie la teneur « Des épouses, des mères et des travailleuses ». Dans l'agriculture c'est elle qui se charge de l'essentiel des travaux non mécanisés (semis, sarclage, repiquage, désherbage, vannage...) en marge de leurs occupations domestiques (entretiens des enfants, préparations des repas...). Cette forte présence dans la production agricole ne lui confère pourtant pas un droit de regard dans l'affectation des produits. Dans le domaine de l'élevage, elle possède en pays Sereer un cheptel de petits ruminants et de volailles. Mais ce bétail est généralement constitué en majorité de son accumulation lignagère.

Les femmes rurales continuent donc d'être confinées dans des cultures vivrières qui ne leur offrent que de faibles revenus. Elles sont considérées comme procréatrices et ensuite, ouvrières agricoles. La crise économique qui bouleverse les structures sociales traditionnelles, les conduit dans les villes où on enregistre des résultats très favorables à la promotion de la femme.

2 La place de l'homme dans la société

La place de l'homme dans l'organisation sociale révèle l'ampleur des pouvoirs dont il est investi. Les moyens d'exercice de ce pouvoir sont le résultat d'une formation sociale qui démarre très tôt. De la petite enfance à l'âge adulte, il suit une formation qui lui permettra de bien tenir sa place dans sa société. Pour ce faire, dès l'adolescence le garçon commence, avec ses camarades de classe, une initiation à la vie sociale. La première règle est le respect de l'aîné. Chacun doit respect et égard à ses parents, ses aînés et à n'importe quelle personne plus âgée. Les normes et les valeurs de la société inculquées par l'enfant portent souvent sur l'honneur, la pudeur, le respect de soi-même et des personnes adultes (Rwenge, 1999).

La transmission de ces valeurs nécessite l'observation de rites traditionnels, en particulier la circoncision. En pays Sereer cette formation était aussi faite au travers de jeux, de tâches dont l'objet était de tisser des liens entre camarades (Pélissier, 1966, p.212). Cette formation ludique éducationnelle revêt les mêmes caractères que dans la plupart des campagnes africaines. L'apprentissage de l'enfant se fait à l'aide de maximes, de sentences, de chansons, de contes, de proverbes utilisés pour justifier telle manière de procéder, ou telle intervention et au travers desquels on devine l'existence d'une véritable philosophie de l'éducation (Mbarga, 1991).

La traduction concrète de cette initiation se fait chez les Sereer dans le rite de la circoncision. Cette étape est d'ailleurs communément appelé « l'entrée dans la case des hommes ». A l'issue de cette formation, le garçon assure sa part de responsabilité dans les tâches agricoles (défrichage, abattage, les labours ou la préparation de la terre). Le plus âgé des circoncis peut même accéder au rang de gérant de son unité d'accumulation dans sa cuisine familiale, et décider de l'utilisation du produit agricole grâce aux conseils de son père et de ses aînés de matrilignage (Delaunay, 1992). Il aura une indépendance plus affirmée après contraction d'un mariage.

Contrairement aux femmes, les hommes gardent la gestion de l'exploitation. Ils décident de la priorité des cultures à effectuer et de l'affectation qui sera faite des produits des récoltes. Le partage des responsabilités se fait au détriment des femmes. Ce constat reste valable dans la plupart des sociétés rurales africaines (Harisson, 1991)

Si aujourd'hui la solution migratoire est la solution à la dégradation des conditions de vie, elle semble avoir des effets dans les mentalités des hommes et des femmes. Le contrôle

social opéré par l'aîné des migrants n'est pas sans faille. La réflexion pouvant résulter de la confrontation des modes de vie rural et urbain peut conduire à la remise en cause du modèle traditionnel. Les changements des situations de vie des jeunes tendent à induire de nouveaux comportements dont il est nécessaire de comprendre le sens et les mécanismes.

Et puisque la plupart des jeunes Sereer, plus particulièrement des jeunes femmes, rentre au village après un mariage, on peut s'interroger sur la nouvelle conduite qu'elles pourraient avoir et la façon dont elle sera perçue dans le contexte traditionnel. Se pose alors la question de l'intégration de nouvelles valeurs en milieu traditionnel.

B. Interaction entre individu et environnement socioculturel

L'étude des relations entre individu et environnement social est d'une importance capitale pour la compréhension des modes de diffusion de nouvelles valeurs dans une société rurale. Plus particulièrement pour le thème qui nous intéresse, fécondité et contraception, plusieurs études effectuées en Afrique (Donadje, 1992 ; Mokina, 1992 ; Caldwell, 1993 et Amégée, 1999) notent l'impact de l'entourage familial dans la prise de décision des couples.

Au terme de ces recherches, les choix parentaux en matière de fécondité, de santé et d'éducation des enfants sont individuels et collectifs. L'individu se trouve dans un milieu organisé et structuré dont il subit l'influence. Sa façon d'être dans cet environnement est encadrée par des lois, des coutumes qui prennent source dans des traditions familiales. Ce mode de vie offre un droit de regard et d'avis de la famille proche élargie sur toutes les décisions relatives à la fécondité. Le système patriarcal qui y prévaut est à la base même de cet idéal social. L'homme dispose de tous les droits relatifs à la constitution de sa descendance. Et puisqu'une forte progéniture y est magnifiée, il fera en sorte qu'elle soit maximisée. La communauté veille à ce que cette optimisation soit effective. La femme n'existe dans cette société que par le respect strict des règles. Or, comme nous venons de le souligner plus haut, une descendance nombreuse est un gage de reconnaissance sociale du mari, mais aussi de la femme. Par conséquent, la conception biologique reproductive de la sphère communautaire se traduit nécessairement dans les décisions en matière de procréation. La pratique du lévirat, du sororat et de la polygamie sont autant d'exemples confirmant l'optique de fécondité de ces populations.

Dans les milieux Serer la femme vit aussi cet état de subordination. Des pressions de la famille élargie peuvent contrecarrer les stratégies reproductives des couples. Le concept de famille élargie prime sur celui de famille nucléaire. C'est la raison pour laquelle, dans ces communautés, les décisions parentales en matière de fécondité expriment plus une relation du couple avec le lignage qu'une relation entre eux-mêmes.

Dans ce qui va suivre, nous faisons le point sur l'état des connaissances en matière d'obstacles liés à la pratique de la contraception dans le monde en développement.

C. Les problèmes d'accès à la contraception dans la littérature

1 Prise de décisions et gestion de la reproduction

Dans l'ensemble des pays en développement la majorité des femmes souhaite maîtriser leur fécondité. Mais espacer ou limiter la fécondité dans le cadre particulier de ces pays nécessite d'avoir à la base des choix propres de reproduction (en matière de mariage, de sexualité, de procréation et de contraception). Or dans ces pays, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne, le choix concerté d'un projet de fécondité fait souvent défaut dans le couple.

Les études menées jusque-là ont montré la primauté des hommes dans la prise de décisions quant à la taille de la famille, et donc quant à la décision de recourir ou non à la contraception. D'ailleurs, les travaux en la matière ont été longtemps négligés par les chercheurs et les programmes de planification familiale. Ces derniers avaient comme centre d'intérêt la connaissance du comportement des femmes en matière de reproduction alors que cette compréhension aurait été plus précise si elle était envisagée dans le couple. Lorsque l'on parle de couple on fait référence à un ensemble constitué de deux époux, mais aussi implicitement d'un cadre d'échange et de réciprocité. Or, dans les sociétés traditionnelles de l'Afrique noire, on considère que la mise en commun de pensées, des préoccupations et des sentiments n'a pas de valeur fonctionnelle au sein du couple, car celui-ci n'est pas fait pour cela et n'en a pas besoin pour se perpétuer (Erny, 1988). Cet échange est même considéré comme dangereux dans le sens où il risquerait de conduire à une prise de conscience au niveau de la famille, ce qui serait préjudiciable au bon fonctionnement du système lignager. Ainsi, la connaissance de la perception de la fécondité de la femme ne nous donne qu'un avis

isolé qui ne nous renseigne pas fondamentalement sur les comportements reproductifs dans cette société.

Depuis les années 90 des études portant sur la prise de décision en matière de fécondité et de contraception dans les pays en développement, montrent combien l'avis de l'homme est décisif dans le recours ou non à la contraception (Bankolé et Singh, 1998). La combinaison des intentions des conjoints est un déterminant significatif de la pratique de la contraception dans 9 des 14 pays pour lesquels les données sont disponibles. Autrement dit, le seul facteur qui peut être favorable à une réflexion sur un projet de fécondité, voire le recours à la contraception dans le couple, réside dans l'existence d'un dialogue conjugal. Son absence est souvent révélée par la méconnaissance réciproque du nombre d'enfants que chacun souhaite, par le caractère délicat à aborder le sujet et par la culture et les normes relatives aux rôles respectifs de l'homme et de la femme. Lorsqu'il a lieu, le recours à la contraception est facilité. Mais, en cas de mésentente, c'est généralement l'avis du mari qui prime sur celui de son épouse (Ezeh, 1993 ; Lloyd, 1992 ; Biddlecom et Casterline, 1997 ; Mahmood, 1997 ; Prodhista, 1998). Cela revient à dire que c'est l'attitude du mari qui définit et oriente le comportement reproductif du couple.

Il arrive que des femmes décident d'elles-mêmes de recourir à la contraception. Il s'agit pour la plupart de femmes mieux éduquées et ayant un pouvoir d'influence dans leur ménage ou tout simplement, de femmes recourant à la contraception à l'insu de leur mari. Le premier cas de figure est plus fréquent en milieu urbain et semi-urbain où les femmes sont généralement plus instruites et plus au courant des réalités de la procréation et de la planification familiale. Ceci leur facilite d'autant la discussion avec leur conjoint.

Le second cas bien que pouvant exister dans les deux lieux précédemment cités, reste plus fréquent en zone rurale. Cette attitude découle en général d'une difficulté de communication entre conjoints. La désapprobation du conjoint influence indirectement la contraception cachée par le biais de la communication entre conjoints (Renne, 1993 ; Biddlecom et Fapohunda, 1998 ; Andro, 2000). Tous ces résultats tiennent à la position de la femme et aux rapports des conjoints dans cet environnement culturel.

Aujourd'hui, les intérêts économiques, les conceptions traditionnelles relatives aux rôles des hommes et des femmes et à la famille se modifient et se traduisent dans la prise de

décision en matière de fécondité. Ainsi, certains jeunes adultes optent pour un mode de vie plus axé sur l'épanouissement affectif des époux et la solidarité dans la prise en charge de l'éducation des enfants (Locoh, 2002). Ces nouvelles attitudes s'observent pour l'essentiel chez les jeunes couples instruits des villes qui adoptent des objectifs précis à l'égard de leurs enfants, en terme de santé, d'éducation et de réussite professionnelle, qui les portent à limiter leur descendance, dans le contexte de forte crise économique. La communication entre conjoints se développe donc de plus en plus, ce qui permet à la femme d'être un acteur important dans le domaine de la procréation. Les préjugés sur la réticence des hommes à l'égard de la contraception semblent s'estomper (Dodoo, 1997 ; Djimba, 1995). Ils souhaitent être mieux informés sur la contraception. Par conséquent, les responsables de la planification familiale sont amenés à reconnaître l'importance du pouvoir de décision des hommes et les impliquer dans leurs programmes d'action car la structure du rapport homme-femme est décisive en cette période de transition et de changement des aspirations familiales (Andro et Hertrich, 2001).

Les jeunes célibataires paraissent aussi être mis à l'écart des stratégies d'intégration de la contraception dans les pays en développement.

2 Jeunes, sexualité et accès à la contraception

La question de l'éducation sexuelle des jeunes reste un sujet sensible dans les sociétés de l'Afrique traditionnelle. Les adultes ne discutent presque jamais de sexualité avec les jeunes. C'est en Afrique orientale et centrale que ces questions sont plus abordées. Afin de former les jeunes à des responsabilités relatives à la sexualité, des rites d'initiation les préparant au mariage et à l'éducation des enfants sont organisés (Rivers et Aggleton, 1999). Ces communautés définissent des codes de conduites définissant les modalités du comportement sexuel. En Tanzanie et au Kenya l'éducation sexuelle faisait partie des rituels de transition de l'enfance à l'âge adulte (Fuglesang, 1997 ; Balmer et al., 1997). Ailleurs, c'est notamment la crainte d'encourager l'activité sexuelle des jeunes qui incitent à retarder ce type d'information. C'est le cas au Nigeria et en Egypte (Petchesky et Judd, 1998 : 305). En Afrique subsaharienne l'information qui y est relative, reçue par les jeunes, est généralement maigre. Elle intervient pour la plupart du temps à l'âge adulte. Aujourd'hui, les jeunes accèdent à ce type d'information à travers les médias et les relations interpersonnelles (amis, frères, sœurs...). Cette absence d'éducation sexuelle des jeunes n'est pas sans inconvénients. En évitant de leur donner une éducation sexuelle assez tôt, on les prive de protection pour leur

santé sexuelle (protection contre les MST et Sida). Même si l'activité sexuelle des jeunes (des adolescentes en particulier) est gérée par la pratique des mariages précoces, nul doute que la plupart d'entre eux sont sexuellement actifs assez souvent bien avant le mariage. Ils courent donc à la fois un risque sanitaire et social. L'arrivée d'une naissance prénuptiale est aussi réprouvée que la perte de la virginité. La plupart des religions observées en Afrique de l'Ouest proscrivent la procréation extra-maritale.

Les conséquences sociales de la fécondité des jeunes sont souvent lourdes de conséquences. Les sanctions sociales peuvent aller du rejet de la famille à l'exclusion scolaire pour les adolescentes. Des grossesses non désirées peuvent conduire au recours à un avortement souvent fait de façon clandestine avec tous les risques encourus.

Les attitudes sexuelles des jeunes procèdent de l'évolution actuelle des sociétés. Pourtant, les jeunes se confrontent encore à d'énormes difficultés pour accéder à la contraception. Pendant que les taux de nuptialité diminuent, le contrôle des familles et des adultes sur le comportement sexuel des jeunes semble se relâcher. Cela ne traduit pas une volonté d'accepter l'activité sexuelle des jeunes générations. En effet, les difficultés de communication sur un sujet aussi sensible que la santé de la reproduction persistent. L'attitude actuelle des jeunes correspond donc à une manifestation des modifications de leurs comportements. Une étude menée par Singh et al. (2000) révèle un contexte d'expérience sexuelle précoce souvent mais très différent entre les jeunes hommes et les jeunes femmes de 15-19 ans, surtout dans les régions en voie de développement. La précocité de ces rapports sexuels et le contexte marquant le début de l'activité sexuelle sont des indicateurs clés du risque potentiel de grossesse non planifiée, d'avortement et de contraction de maladies sexuellement transmissibles parmi les adolescents. L'activité sexuelle des jeunes et notamment des célibataires est réprouvée, mais aucun moyen n'est déployé en leur faveur pour éviter ces grossesses. Cette fécondité avant le mariage a déjà été considérée comme un facteur de sous-utilisation des services de planification familiale (Gage, 1998 ; Gage-Brandon, 1998). Ceci est dû au fait que les activités de planification familiale s'intéressent généralement aux personnes mariées plutôt qu'aux célibataires. La pratique contraceptive apparaît relativement faible dans cette population en Afrique subsaharienne. Ainsi, comme nous l'avons souligné plus haut, le recours à l'avortement apparaît parfois comme la seule échappatoire aux sanctions sociales.

Des études plus récentes ont fait état de la prise en charge progressive de la sexualité des jeunes célibataires dans les pays en développement (Blanc et Way, 1998 ; Gørgen et al., 1998). En Afrique subsaharienne, l'utilisation de la contraception est plus répandue parmi les adolescentes célibataires qui ont une vie sexuelle active que parmi les adolescentes mariées. En Amérique Latine et aux Caraïbes se sont les jeunes mariées qui recourent le plus à la contraception. Si ce constat est globalement vérifié dans cette partie de l'Afrique, il y existe aussi des pays où la pratique contraceptive des jeunes reste très marginale. En Guinée, la pratique contraceptive des jeunes célibataires est rare. La désapprobation de la sexualité des jeunes, et donc de leur recours contraceptif, reste encore d'actualité. Une étude récente faite à Lomé montre l'attitude défavorable des adultes à l'égard de la pratique contraceptive des adolescents (Speizer, 2001).

Cette évolution sociale qui semble se dessiner et l'incomplétude dans les stratégies de recherche et des actions programmatiques nous pousse à orienter notre travail vers la compréhension de l'état de diffusion actuel de la contraception au sein de la population. Au Sénégal, les hommes et les femmes sont sexuellement actifs bien avant le mariage et les conceptions pré-nuptiales sont plus fréquentes que ne le laisseraient supposer les normes culturelles (Diouf, 1995). Certes, la sexualité avant le mariage et les conceptions pré-nuptiales sont beaucoup moins importantes en milieu traditionnel qu'en milieu urbain, mais il faut savoir que le phénomène atteint progressivement cette zone. Il n'est pas dans notre démarche d'avoir une approche simple selon laquelle les changements en matière de socialisation et de comportement sexuel résulteraient de l'exode rural. Mais, il est probable que des comportements sexuels, des attitudes à l'égard de la contraception et même des comportements contraceptifs seraient une adaptation de comportements observés dans un autre environnement.

Les jeunes de Niakhar sont sujets aux mouvements migratoires, et sont donc exposés au changement de comportement. La connaissance des stratégies contraceptives des célibataires permet d'en prendre la mesure. Leurs décisions vont, dans ce cas, se référer encore à des valeurs traditionnelles, mais aussi à des idées nouvelles et à des innovations comportementales. Elles peuvent même conduire à l'abandon des coutumes traditionnelles.

Vue d'ensemble

Il est évident qu'il est difficile dans ce chapitre de saisir l'ensemble des éléments qui constituent le contexte socio-économique dans lequel s'inscrit la planification familiale en Afrique. Cette partie, dont l'objectif était avant tout de montrer l'évolution socio-économique et les enjeux de la planification familiale, s'est aussi intéressée à l'appréciation des obstacles socioculturels qui pourrait bloquer son développement.

Tout d'abord, nous avons montré que l'ensemble de l'organisation sociale de ces sociétés était axé sur des stratégies de perpétuation de la lignée. Elle se traduisait par le mariage précoce des filles, la polygamie et les pratiques du lévirat et du sororat. Les systèmes de solidarités en place permettent aux familles d'alléger les charges liées à l'éducation des enfants. Ensuite, en matière de contraception, les pratiques traditionnelles existantes sont : l'abstinence sexuelle, l'aménorrhée post-partum et l'allaitement. Ces pratiques sont généralement destinées qu'à assurer le bien-être et la survie de l'enfant. Et enfin, avec l'arrivée de la crise apparaissent quelques ajustements qui tantôt porte atteinte aux habitudes traditionnelles tantôt les renforcent. Les difficultés économiques sont certes reconnues de tous, mais les individus ne se défassent pas complètement de leur devoir de solidarité. Par contre, les structures familiales traditionnelles se trouvent remises en cause. L'unité familiale restreinte prend de plus en plus d'importance, et le poids d'une famille nombreuse se ressent davantage. Le développement de stratégies de survie apparaît comme l'une des principales réponses à cette crise. En milieu rural, la recherche de revenus additionnels par la migration vers les grandes villes sera privilégiée. Le changement d'environnement à constituer pour beaucoup de migrants une occasion d'accès à de nouvelles valeurs. Mais c'est surtout la crise qui semble pousser à la baisse les prétentions de fécondité.

Face à l'évolution rapide de la population dans ce contexte de crise, politiquement, la planification des naissances apparaît inéluctable. Le développement économique du continent semble dépendre de la maîtrise de la croissance démographique. Si le débat reste encore non tranché, planifier les naissances présente des avantages certains. Dans un contexte de forte mortalité, morbidité maternelle et infantile, elle apparaît comme la plus à même d'améliorer la

qualité de vie tout en favorisant la santé de la mère et de l'enfant. Les méthodes de planification familiale ne sont pas uniquement destinées à espacer ou à limiter les naissances dans le mariage. Elles sont aussi très utiles pour la préservation de la santé sexuelle des célibataires sexuellement actifs. Généralement, ces derniers rencontrent d'énormes difficultés pour y accéder car l'abstinence pré-nuptiale des célibataires est prônée dans ces sociétés. L'analyse de la diffusion actuelle de la contraception en Afrique et au Sénégal permet de se rendre compte de ces réalités.

Chapitre II. - Diffusion actuelle de la contraception en Afrique et au Sénégal

Le facteur contraception apparaît de plus en plus nécessaire dans le suivi de la baisse de la fécondité en Afrique. On ne peut aujourd'hui parler de baisse de la fécondité dans certains pays d'Afrique sans faire allusion à une poussée des pratiques contraceptives. L'amorce d'une baisse de la fécondité, bien que fortement débitable au recul de l'âge au mariage, ne puisse être évoquée sans que l'on ne fasse référence à la contraception qui s'introduit progressivement dans les mœurs africaines.

Les enquêtes rétrospectives menées dans le cadre de programmes internationaux permettent de suivre, en Afrique, l'évolution de la connaissance et de la pratique de la contraception.

I. - La pratique de la contraception en Afrique : des disparités notables

La pratique de la contraception est très limitée en Afrique à l'exception de quelques rares pays d'Afrique de l'Est, en l'occurrence, le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe qui ont bénéficié très tôt de l'implantation d'un réseau de Cliniques dans leur territoire. Ces pays ont été les premiers à reconnaître leur niveau de fécondité élevé. Partout ailleurs, cette prise de position va avoir lieu, mais les actions entreprises en faveur de la planification familiale n'ont pas eu partout la même vigueur. Il y a cependant des pays qui ont accusé un retard non négligeable dans la mise en pratique de leur politique (Locoh, 1994).

Après les enquêtes Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP), sont apparues les enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui nous permettent de prendre, aujourd'hui, la mesure des résultats de ces politiques. Ces statistiques révèlent de fortes disparités entre les pays. Il faut le reconnaître, d'énormes efforts ont été déployés en ce sens, mais l'efficacité n'a pas toujours été vérifiée, surtout en milieu rural.

Nous nous attacherons dans un premier temps à rendre compte de l'état de la pratique actuelle de la contraception, et à partir de ces résultats, nous essayerons grâce aux stratégies mises en place d'expliquer les raisons des différences notables observées entre le milieu rural

et le milieu urbain. Dans un second temps, nous ferons une synthèse des différentes leçons tirées des échecs issus d'études concrètes qui ont été menées dans quelques localités en Afrique.

A. L'utilisation de la contraception en Afrique

1 Niveaux et tendances de la pratique de la contraception

Le recours à une maternité choisie et sans risque nécessite au préalable une connaissance et une pratique efficace des possibilités existantes. En Afrique noire, rares sont les femmes pratiquent la contraception. C'est dans cette partie du monde que l'on trouve seize des 20 pays où la fécondité est plus élevée au monde (plus de 6 enfants par femme), mais aussi les taux d'utilisateurs de la contraception moderne les plus faibles (entre 1% et 10% des femmes mariées de 15-49 ans).

TABLEAU 2. 1: L'utilisation en 1998 de la contraception dans le monde

Pays	Niveau de la pratique contraceptive des femmes mariées en 1998 (en %)							
	Total	Stérilisation		Pilule	DIU	Condom	Autres méthodes modernes	Méthodes traditionnelles
Femme	Homme							
Monde	58	19	4	8	13	4	3	8
Pays en développement	55	21	4	6	14	2	2	5
Afrique	20	2	0,1	7	4	1	2	4
Asie	60	24	5	5	17	3	2	4
Amérique Latine et Caraïbe	66	28	1	14	7	4	2	9
Océanie	29	9	0,2	5	1	1	6	7
Pays développés	70	9	5	17	6	14	2	19
Japon	59	3	1	0,4	2	46	1	6
Europe	72	3	2	20	8	10	2	26
Amérique du Nord	71	24	14	15	1	10	4	3
Australie et Nouvelle Zélande	76	26	12	23	5	6	1	4

Source : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.

D'après les données les plus récentes publiées en 1998 par les Nations Unies¹¹, le niveau de la pratique contraceptive en général atteint 58 % des femmes mariées de 15-49 ans dans le monde (tableau 2.1). Cette proportion moyenne englobe des situations fort différentes à travers les continents, mais aussi à l'intérieur des continents. Si l'utilisation de la contraception est importante dans les pays développés (70 % en moyenne), elle reste encore marginale dans les pays les moins avancés économiquement (55 % en moyenne). Le niveau

¹¹ Division de la population des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (1998).

enregistré en Afrique (20 % des femmes de 15-49 pratiquent la contraception) reflète le retard accusé par ce continent.

Comme dans la répartition des niveaux de pratique contraceptive dans le monde, le continent africain présente aussi des disparités notables entre pays. Les résultats des différentes enquêtes EDS nous permettent de saisir ces différences de niveaux dans la pratique en général, et dans la pratique de la contraception moderne en particulier.

En 1995, les pays d'Afrique du Nord, en particulier la Tunisie (60%), se situent à un niveau supérieur à la moyenne mondiale. D'autres s'en rapprochent de plus en plus. C'est le cas de l'Algérie (52 %) et de l'Égypte (47 %). C'est en Afrique australe, plus précisément dans les îles que l'on trouve les niveaux de prévalence les plus élevés. Des pays comme l'île Maurice et l'île de la Réunion sont au niveau des pays les plus avancés économiquement. Ils sont géographiquement rattachés au continent africain, mais ce sont des sociétés dont le mode et le niveau de vie s'apparentent à celui des pays occidentaux. Les pays d'Afrique noire qui, déjà, avaient atteint un niveau relativement important, connaissent une intensité accrue de la pratique contraceptive dans leur pays. Les situations du Kenya (39 % en 1998) et du Zimbabwe (54 % en 1999) en sont les parfaites illustrations. Bien que les taux actuels des autres pays soient assez éloignés de ceux de ces derniers, on ne peut tenir sous silence les progrès qui y sont réalisés. Un phénomène qui était sporadique au départ, gagne de plus en plus de place dans des pays comme le Burkina Faso (11,9% en 1998-99), le Togo (13,9% en 1998) et le Sénégal (12,9 % en 1997).

L'usage des méthodes modernes est surtout fréquent chez les populations urbaines de ces pays. D'après les enquêtes EDS, la prévalence contraceptive des méthodes modernes reste faible en Afrique noire : en 1994-99, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Sénégal ou au Burkina Faso on compte entre 13% et 22% d'utilisatrices tandis qu'en Guinée, au Mali et au Niger la pratique de la contraception n'atteint pas 10% des femmes mariées.

L'usage de la contraception moderne est surtout fréquent en Afrique de l'Est, plus particulièrement au Zimbabwe (50 % en 1999) et au Kenya (31,5 % en 1998) dont les taux sont relativement élevés. Ces pays (Ghana, Zimbabwe, Kenya ou encore Botswana) se détachent largement des autres car ils ont su, grâce à une forte implantation de réseaux de relais, mettre en place très tôt des politiques efficaces de planification familiale. Ces

politiques ont contribué à la baisse de leur fécondité. Nous reviendrons plus en détail dans l'utilisation de la contraception moderne entre les zones rurales et urbaines plus loin.

Les pays où la prévalence contraceptive est élevée connaissent et pratiquent, dans la plupart des cas, la contraception moderne. A ce propos, les statistiques disponibles nous indiquent une forte utilisation de la contraception orale et de la stérilisation.

La stérilisation féminine apparaît aujourd'hui comme la méthode de contrôle de la fécondité la plus répandue dans le monde : dans l'ensemble, 19% des femmes en couple et en âge de procréer (définies généralement comme étant les femmes âgées de 15 à 49 ans) ont été stérilisées pour des raisons médicales ou dans un but contraceptif. Des disparités notables existent entre les pays. L'utilisation de cette méthode de contraception ne touche que 21% des femmes du monde en développement de cet âge. La prévalence de la stérilisation féminine est très élevée en République Dominicaine (39%), en Corée (35%) et en Chine, (34%), elle apparaît en revanche assez négligeable dans beaucoup de pays africains, le pourcentage d'utilisatrices variant de 1 à 2%. En effet, les moyens contraceptifs sont, de manière générale, peu répandus dans cette région du monde (ils ne concernent que 18% des hommes et des femmes en couple et en âge de procréer). Dans les pays développés, le pourcentage des femmes stérilisées en couple et en âge de procréer est de 9%, mais dans certains pays comme le Canada ou les Etats-Unis, la stérilisation concerne jusqu'à respectivement 31% et 23% de ces femmes.

La stérilisation masculine à but contraceptif est beaucoup moins répandue : dans le monde, elle ne concerne que 4% des hommes, et l'écart dans les fréquences entre les pays développés et en voie de développement est moins frappant (4% et 5% respectivement). La stérilisation masculine apparaît toutefois mieux acceptée dans des pays développés¹² que dans les pays en développement. Cependant, quelques-uns de ces pays font état d'un recours assez prononcé : la Corée (12%), la Chine (10%). C'est d'ailleurs dans ces derniers pays (Chine, Corée, et Hong Kong) que les différentes pratiques contraceptives sont le plus largement diffusées (elles concernent jusqu'à 79% des hommes et des femmes en couple et en âge de procréer) ; les taux y sont même supérieurs à ceux des pays occidentaux.

¹² Notamment le Royaume Uni (16%), les Etats Unis (13%), le Canada (13%) et l'Australie (10%).

Toutes les méthodes de contraception, particulièrement les méthodes dites modernes dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée, contribuent à la baisse de la fécondité. Cette relation s'établit dans le rapprochement des niveaux de contraception et des niveaux de fécondité.

La situation de l'Afrique se résume ainsi : une forte prévalence contraceptive en Afrique anglophone et une faible prévalence en Afrique francophone. Quel impact ces attitudes ont-elles sur le niveau de fécondité des pays ?

2 Relation entre pratique contraceptive et fécondité

Les valeurs actuelles de l'indice synthétique de fécondité (ISF) montrent que toutes les régions d'Afrique noire sont concernées par cette transition vers une fécondité plus faible. L'explication des différences de niveaux est donnée par la portée de la pratique contraceptive dans chaque pays ([tableau 2.2](#)). Hormis quelques exceptions, la faiblesse de l'utilisation de la contraception se traduit dans l'ISF qui est plus important dans les pays où elle est moins pratiquée. C'est encore des pays comme le Zimbabwe et le Botswana qui détiennent des taux de prévalence les plus élevés qui ont les niveaux de fécondité les plus faibles.

TABLEAU 2. 2 : Prévalence de la contraception moderne et fécondité en Afrique noire chez les femmes mariées de 15-49 ans

Pays	Année d'enquête	Indice synthétique de fécondité des femmes de 15-49 ans (ISF)			Prévalence contraceptive ^a des femmes de 15-49 ans			
		EDS I 1986-90	EDS II 1990-94	EDS III 1994-99	Toutes les méthodes modernes	Stérilisation	Naturelle	Totale
Afrique de l'ouest								
Burkina Faso	1993, 1998-99	-	6,9	6,8	4,8	a	4,8	11,9
Côte d'Ivoire	1994, 1998-99	-	5,7	5,2	7,3	0,1	6,6	15,0
Mali	1987,1995-96	6,9	-	6,7	4,5	0,3	1,7	6,7
Ghana	1988, 1993, 1998	6,4	5,5	4,5	13,3	1,3	8,1	22,0
Guinée	1992, 1999	-	5,7	5,7	4,2	a	1,8	6,2
Niger	1992, 1998	-	7,4	7,5	4,6		0,2	8,2
Nigeria	1990,1998	-	6,2	5,1	8,6	0,3	5,8	6,7
Sénégal	1986, 1992/93, 1997	6,6	6,0	5,7	8,1	0,5	1,3	10,4
Togo	1988, 1998	6,6	-	5,4	7,0	0,4	6,6	13,9
Afrique centrale								
Cameroun	1991, 1998	-	5,8	5,2	7,1	1,5	11,2	19,3
Centrafrique	1994-1995	-	-	5,1	3,2		5,4	9,1
Tchad	1996-97	-	-	6,6	1,2		2,5	4,1
Afrique de l'Est								
Kenya	1989, 1993, 1998	6,7	5,4	4,7	31,5	6,2	6,7	39,0
Malawi	1992, 1996	-	6,7	-	14,4	2,5	3,9	21,9
Ouganda	1988-89, 1995	7,4	-	6,9	7,8	1,4	4,3	14,8
Rwanda	1992	-	6,2	-	12,9		8,2	21,2
Tanzanie	1991-92, 1996, 1999	-	6,3	5,8	16,9	1,0	5,7	23,5
Zambie	1992, 1996	-	6,5	6,1	14,4		6,4	25,2
Zimbabwe	1988-89, 1994, 1999	5,5	4,3	4,0	50,0	2,6	3,0	54,0
Afrique australe								
Afrique du Sud	1987, 1998	4,6 ^b	-	2,9	55,1	15,8	0,9	56,3
Botswana	1984, 1988	4,9	-	-	31,7		0,5	32,5
Namibie	1992	-	-	5,4	26,0		1,0	28,9

Source : Locoh et Makdessi, 2000 et Rwenge, 2000 et Vimard et al., 2001., Données EDS-DHS.

- a. Données dernière enquête. Indices mesurés chez les femmes mariés âgées de 15-49 ans lors de l'observation la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait, la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féconde. La contraception totale comprend l'ensemble des méthodes modernes (pilule, DIU ou stérilet, injections, norplant, spermicides "diaphragme, mousse, gelée", condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine "généralement la ligature des trompes" et la stérilisation masculine "vasectomie"), naturelle et traditionnelle ou populaire (nœuds charlatan ou gris-gris, herbes, écorces...^o . L'abstinence post partum et l'abstinence prolongée, n'ont pas été considérées dans les enquêtes.
- b. Population noire seulement ; l'ISF de la population blanche est de 3,1 en 1987.

Il existe d'autres pays dont les résultats importants enregistrés dans le recours à la contraception ne se reproduisent pas significativement sur leur taux de fécondité. Lorsque nous comparons un pays comme le Ghana et le Kenya, avec un même taux de fécondité en 1993, nous apercevons pourtant que la pratique de la contraception est plus répandue dans ce dernier. Ce paradoxe s'explique par le taux initial de la fécondité au Kenya qui était plus élevé

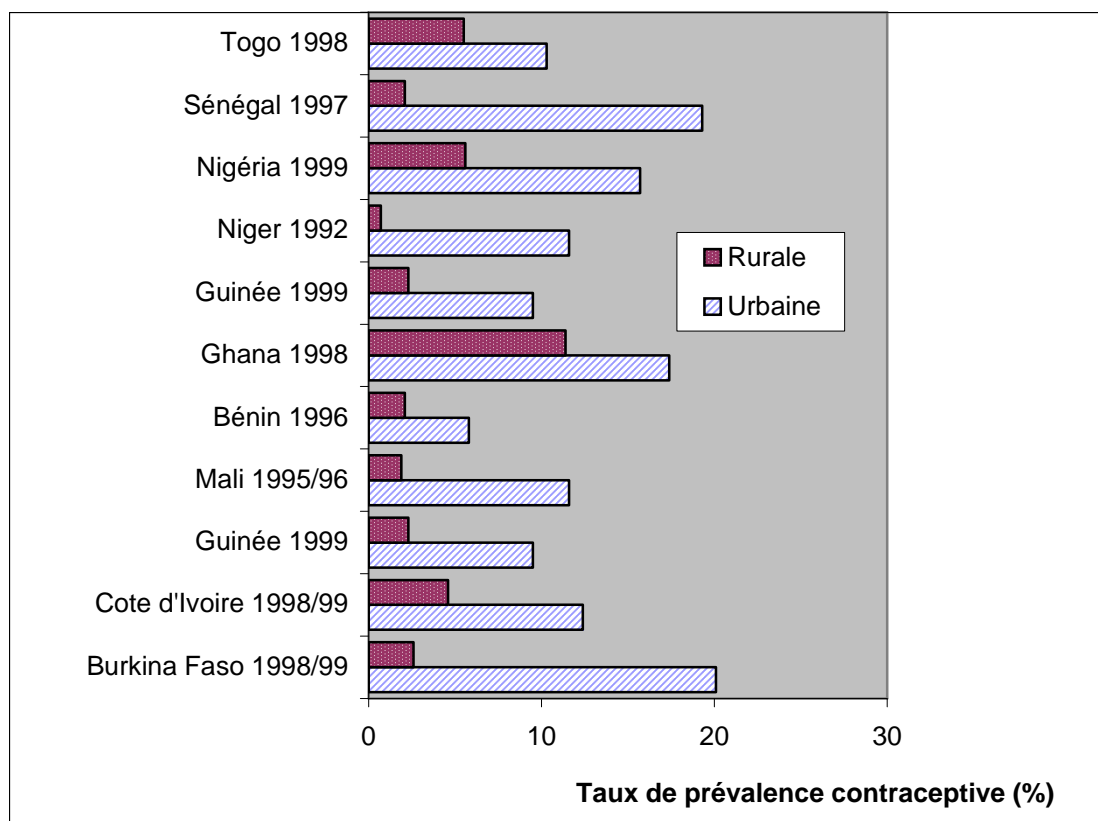
(en 1973/1985 7,9 enfants par femme au Ghana contre 6,5 au Kenya). Il peut aussi se justifier par les niveaux de fécondité trop importants ou les niveaux de pratique contraceptive trop faibles dans leurs milieux ruraux respectifs. C'est en l'occurrence le Kenya qui dispose de la fécondité la plus élevée, mais l'écart entre leurs niveaux de pratique contraceptive selon le lieu de résidence est presque identique.

L'ISF apparaît comme une fonction décroissante du taux de prévalence contraceptive. En d'autres termes, il baisse au fur et à mesure que le taux de prévalence augmente. Les différences actuelles de fécondité révèlent donc en partie les situations initiales des différents pays. Cela dit, les différences de performance dans la conduite des politiques peuvent être déterminantes et nous amener à des conclusions contraires. Les différences qui subsistent entre les régions rurales (à très haute fécondité) et les régions urbaines peuvent apporter des informations explicatives complémentaires.

3 Inégalités rurales-urbaines

La contraception doit certes concerner le milieu urbain, cependant c'est en milieu rural que l'on trouve les taux de fécondité les plus élevés, mais aussi la plus lente évolution dans les changements de mentalité en matière de fécondité. Dans tous les pays qui ont connu les enquêtes EDS et les enquêtes menées par "Population Council", on dégage une différence notable de pratique de la contraception entre les milieux urbain et rural (figure 2.1). Même si dans des pays comme l'Afrique du Sud, en Afrique australe, le Kenya et le Zimbabwe, en Afrique de l'Est, les taux d'utilisateurs de la contraception entre ces deux zones de résidence sont élevés, l'écart reste important comme partout ailleurs en valeur relative. En 1998, ce constat apparaît chez les femmes mariées qu'il s'agisse de méthodes modernes ou de n'importe quelle méthode (moderne et traditionnelle). Par exemple en Afrique du Sud, l'écart dans la pratique contraceptive entre le milieu urbain (66,8%) et le milieu rural (53,9%) est de l'ordre de 13% pendant qu'on note en 1995 en Ouganda 22% d'écart avec des taux de pratique plus faibles entre milieu urbain (34,1%) et milieu rural (12,2%). Lorsque l'on s'intéresse à la fois aux méthodes modernes et traditionnelles. Cet écart reste important dans la pratique singulière de la contraception moderne (13% en Afrique du Sud et 23% en Ouganda).

Figure 2. 1 : Taux de prévalence de la contraception moderne en Afrique subsaharienne entre les zones urbaines et rurales



Les résultats des enquêtes EDS nous permettent aussi de souligner l'écart dans la pratique contraceptive moderne des femmes mariées urbaines et rurales : en Côte d'Ivoire en 1998-99 (12,4% et 4,6%), au Mali en 1994-95 (11,6% et 1,9%), au Cameroun en 1998 (13,1% et 4,5%), en Guinée en 1999 (9,5% et 2,3%) et au Sénégal en 1997 (19,3 et 2,1%).

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne la contraception reste plus ou moins intégrée dans les pratiques de société. Ces pays affichent en général des niveaux relativement faibles de pratique de la contraception, surtout en zone rurale. On s'est aperçu que la différence entre lieu de résidence dans les autres pays va du simple au triple, voire plus. Le décalage observé, notamment dans la pratique de la contraception des femmes rurales mariées qui sont en l'occurrence plus exposées aux risques de grossesse, témoigne de l'urgence dans la mise en place d'une véritable politique de planification familiale.

Ces résultats, rapprochés au contexte social de ces différentes zones, montrent qu'il y a là une amorce intéressante qui est gage d'espoir pour le futur. Ainsi, on peut penser

légitimement que ces chiffres sur la pratique de la contraception ne traduisent nullement un éventuel rejet de la société rurale de la pratique de la contraception. Mais les obstacles culturels, religieux ou socio-économiques, ainsi que les problèmes liés à l'accès aux services de planification familiale y sont réels.

B. Les facteurs de la pratique de la limitation des naissances

1. Caractéristiques des pays à fort taux de prévalence

L'importance des taux de pratique contraceptive est, dans l'ensemble, liée à des facteurs que l'on retrouve dans tous les pays où la pratique de la contraception a connu un certain succès. Il s'agit en particulier d'activités qui favorisent l'accès à l'information, la communication et la mise à disposition des moyens existants à l'ensemble de la population.

En effet, l'élévation du niveau d'instruction dans ces pays a facilité la mise en place de cette politique. A cela, il faut ajouter les vastes campagnes menées pour la sensibilisation aux problèmes liés à la fécondité élevée et la mise en place de centres de santé maternelle et infantile avec une antenne de planification familiale. Ces pays offrent aussi à l'ensemble de leur population des services de transport et de communication facilitant leur jonction avec les différentes structures existantes. La plus grande disponibilité et accessibilité des services de planification aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural a aussi contribué à l'intégration de l'usage de la contraception dans les pratiques habituelles. Ces pays ont aussi beaucoup misé sur des campagnes d'IEC visant à encourager la participation des hommes à la planification familiale.

C'est cet ensemble de facteurs qui nous offre des éléments de réponses au différentiel de pratique de la contraception entre pays africains. La teneur et la vigueur des activités de planification familiale en milieu rural expliqueraient le décalage entre zones de résidence.

2. Obstacles de la diffusion de la planification familiale en milieu rural

La conduite de ces différentes politiques, mises en place ici et là, consistait à développer des activités de planification familiale (formation de personnel de santé, activités IEC, prestations de services cliniques...). Aujourd'hui, on constate que ces politiques n'ont pas été menées avec la même vigueur dans toutes les localités ; d'où les résultats parfois très

décalés que nous venons de constater. Le décalage s'est révélé dans le rapprochement des zones urbaines aux zones rurales. On peut alors s'interroger sur les causes.

Les moyens les plus importants ont été engagés en ville alors que c'est dans ce milieu que l'on trouve les taux de fécondité les moins élevés. Avec l'urbanisation de plus en plus accrue des villes, la disposition de meilleurs moyens éducatifs, en somme l'élévation du niveau d'instruction dans les cités urbaines conduirait à une accession plus facile à l'information, notamment de l'information médicale relative à la contraception. Les milieux ruraux quant à eux, sont dépourvus de structures de toutes sortes (infrastructure sanitaire et structure éducative) susceptibles de faciliter leur connaissance et leur pratique de la contraception. Tankoano (1989) montre d'ailleurs l'importance de la communication dans ces régions. L'insuffisance des structures éducatives accroît les difficultés d'accès à l'information sur la contraception. Si l'on ajoute à cela le contexte social dans lequel se trouve cette population on comprend le rejet des messages anticonceptionnels. D'où la nécessité de déployer davantage des forces supplémentaires dans la communication.

En plus de cette insuffisance de structure éducative, notons le nombre très restreint des infrastructures de santé. Non seulement elles restent limitées, en plus la population y a accès avec d'énormes difficultés. La population rurale est généralement dispersée dans des zones géographiques très étendues avec parfois un centre de santé mal adapté et mal équipé. L'objectif d'une véritable diffusion des pratiques contraceptives suppose ici des centres de planification familiale facilement accessibles, à l'écoute de la population et dotés de nombreux infirmiers, de matrones et d'éducateurs sanitaires bien formés.

Ce dénouement comportemental favorable à la politique de planification familiale qui se dessine semble relever des manifestations de la crise et on pense qu'il devrait atteindre le milieu rural. Des aspirations relatives à une famille réduite se perçoivent dans les prémices de baisse de la fécondité en milieu rural (Delaunay, 1998b). La fécondité baisse aussi au Sénégal mais le recours à la contraception est loin d'en être la raison principale.

II. - La planification familiale au Sénégal

A. Contexte démographique et socio-économique du pays

1 Une pression démographique encore pesante...

L'évolution de la situation socio-démographique du Sénégal s'observe à travers les données des recensements d'avril 1976, de mai 1988 et du dernier effectué en 2000. En 2001, on estime la population totale du Sénégal à 9 800 000 habitants, avec un taux de croissance annuel de 2,8 %. L'essentiel de cette population est concentré dans les communes urbaines (Dakar en particulier). Ainsi, avec un taux d'urbanisation d'environ 40%, le Sénégal est l'un des pays d'Afrique occidentale les plus urbanisés.

Cette évolution de la population est essentiellement liée au niveau de fécondité toujours élevée, malgré la baisse enregistrée ces dernières années. L'indice synthétique de fécondité (ISF) passe de 7,1 enfants par femme en 1978 à 6,6 en 1986, puis de 6 en 1992-1993 à 5,7 en 1997 et atteint en 1999 5,2 enfants par femme (ESF, 1978 ; EDS I, 1986 ; EDS II, 1994, EDS III 1997 ; Sow et al., ESIS 1999). Cette baisse de fécondité se note surtout en zone urbaine et s'inscrit dans la précarisation des conditions de vie qui conduit à retarder l'âge au premier mariage (Fall et Ngom, 2001). L'amélioration continue des indicateurs de mortalité, en particulier aux bas âges, contribue à maintenir à un niveau élevé la taille de la population. Le taux de mortalité infantile est passé de 130‰ en 1970 à 118‰ en 1978, de 86‰ en 1986 à 68‰ en 1997. Dans un contexte de faible utilisation de la contraception (12% en 1997), une certaine inquiétude règne dans l'évolution future de la population sénégalaise.

2 Dans un contexte socio-économique relativement difficile.

L'analphabétisme est important à la fois dans la population féminine (76,8 % en 1995) et masculine (57 % en 1995)ⁱ. Plus récemment, la situation globale semble s'améliorer car, en 1998, ce taux est estimé à 34,6 % pour l'ensemble de la population adulteⁱⁱ. L'absence d'instruction est surtout fréquente chez les femmes rurales. Elles sont 86 % à n'avoir jamais fréquenté l'école alors qu'elles ne sont que 42 % à être dans cette situation en milieu urbain (EDS-III, 1997).

La mise en pratique de la politique d'ajustement structurel (années 1980 et 1990) et la politique de décentralisation de l'Etat ont donné à l'ensemble des collectivités locales la possibilité d'assurer à leurs administrés les services sociaux de base en matière d'alimentation, d'accès à l'eau potable, d'accès aux soins et d'accès à l'éducation. Dans la réalité, on s'aperçoit que les ressources publiques et les établissements industriels disponibles ne permettent pas d'offrir à la population des emplois fermes et durables. Les difficultés à mener une politique efficace d'emploi renforcent l'état de chômage et de précarité de la population. Les femmes ont plus de mal à accéder au marché de l'emploi, les recruteurs s'orientant beaucoup plus vers la population masculine. Leur faible accès aux ressources et les normes sociales en vigueur les condamnent à des rôles mineurs dans les sphères décisionnelles familiales.

Par ailleurs, on observe dans l'ensemble du pays et en particulier en dehors des capitales régionales, des difficultés en matière d'accès aux soins du fait de l'insuffisance de structures sanitaires. A ces insuffisances, s'ajoute la précarité des établissements sanitaires ruraux. De plus, les problèmes d'accès à l'eau courante, à l'électricité et à un logement décent y sont manifestes. Face à ces difficultés socio-économiques, les familles apparaissent impuissantes et rencontrent de plus en plus de difficultés dans la gestion des affaires familiales. Le développement de stratégies de survie et la solidarité familiale permettent aux populations de faire face, tant bien que mal, aux difficultés du moment.

Ces dernières années des efforts réels ont été engagés en matière de santé, mais le pays garde des écarts importants par rapport aux normes sanitaires internationales : le nombre d'habitants par hôpital, la couverture en centres et postes de santé, le nombre de sages-femmes, d'infirmiers et de médecins par habitant restent insuffisants. Dès lors, nous nous interrogeons sur les conséquences de ce contexte dans la promotion de la santé de la reproduction.

B. Le programme national de planification familiale au Sénégal

1. Bref rappel historique

Bien que les pratiques contraceptives ne soient pas très développées dans le pays, il existait au Sénégal des pratiques de limitation ou d'espacement des naissances (allaitement

prolongé, séparation des conjoints, usages des plantes, gris-gris...) ¹³ dictées par la tradition ou la religion (musulmane en particulier). L'amorce d'activités de planification familiale a été faite de façon très progressive dans le pays (tableau 2.1).

TABLEAU 2. 3 : Chronologie de la mise en place d'une politique de planification familiale au Sénégal

Année	Réalisations
1970	Création de la première structure d'offre de services de PF, la « Croix Bleue ».
1973	Adoption du code de la famille.
1975	Apparition des premières structures privées, notamment l'ASBEF.
1980	Abrogation de la loi de 1920 sur la propagande anticonceptionnelle héritée de la colonisation.
1982	Modification du code pénal avec la possibilité de parler librement de la contraception.
1986	Mise en place du Projet Santé Famille et Population (PSFP).
1988	Adoption d'une politique de population par le pays.
1989	Lancement de la politique de décentralisation du système sanitaire avec comme objectif l'amélioration de la couverture sanitaire nationale, de la santé de la mère et de l'enfant.
1991	Lancement du Programme national de Planification Familiale (PNPF) et mise en place du premier Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP).
1996	Mise en place du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) avec l'élaboration et le programme de développement Intégré de la Santé et de l'Action Sociale (PDSAS) pour l'horizon 1998-2002 et d'un plan de développement sanitaire et Social (PNDSS) sur la période 1998-2007.

Une politique de population sera adoptée, en 1988, par le gouvernement du Sénégal et son Ministère de la santé publique. L'officialisation d'une telle politique a conduit, en 1991, au lancement d'un programme central, le Programme national de planification familiale (PNPF), dont le but premier est d'assurer la coordination de l'ensemble des activités. Les tendances démographiques et leur impact sur l'avenir du développement économique du pays ont précipité une telle décision.

¹³ Service national de la santé maternelle et infantile, 1990, "Planification familiale".

Après la révision, en 1995, de sa déclaration de politique de santé avec la prise en compte des recommandations de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire 1994), le gouvernement entame l'adaptation de sa politique au nouveau contexte socio-économique. Ainsi, est mis en place en 1996 le programme national de santé reproductive (PNSR) dont le but est de promouvoir la santé reproductive par la réduction de la morbidité et de la mortalité et l'amélioration du bien-être. L'objectif est ici de répondre plus efficacement aux besoins des populations particulièrement vulnérables que sont les femmes, les jeunes et les enfants. Ce nouveau dispositif se concrétise avec la mise en place du plan national de développement sanitaire et social (PNDSS) du Ministère de la Santé pour la période 1998-2007 et d'un programme de développement intégré de la santé et de l'action sociale (PDSAS) pour 1998-2002.

2. Organisation et fonctionnement du système

L'action du PNPF est guidée par certains objectifs dont la réalisation s'organise autour d'une stratégie de santé familiale. Le programme d'action et d'investissements prioritaires en matière de population (PAIP)¹⁴ fut le premier cadre de la mise en œuvre de cette politique. Pour atteindre les objectifs de baisse de la mortalité infanto-juvénile et accroître l'intervalle intergénéral, le programme met l'accent sur la sensibilisation grâce à des actions IEC très dynamiques. Pour ce faire, toutes les structures sanitaires sont mises à contribution. Leur rôle principal est d'inciter les femmes à respecter les consultations prénatales car c'est le moment idéal pour transmettre des conseils sur la planification des naissances. En plus des moyens modernes de contraception, on met en avant les avantages de l'allaitement maternel prolongé pour la mère (contraception naturelle) et pour l'enfant (richesse nutritive).

Puisque la constitution du tissu social ne permet d'envisager des évolutions que dans le cadre d'un changement social global, les instigateurs du programme s'appuient parallèlement sur des entités plus ou moins formelles comme les associations sportives club (ASC), les groupements féminins et les groupements de jeunes pour atteindre une population plus large. L'action est alors mise sur la communication interpersonnelle. L'association entre activités de planification familiale et préoccupations des populations est aussi un autre moyen d'éviter les

¹⁴ Il s'agit d'un programme multisectoriel composé de 17 projets répartis en 5 volets : IEC, SMI/PF, dynamique de population, programmes spéciaux (promotion de la femme, des jeunes, réinsertion des émigrés) et programme de soutien, d'évaluation et de coordination du PAIP (FNUAP, 1996). Cité par Antoine et Adjamagbo, 2002.

résistances, d'augmenter la crédibilité des messages et de rentabiliser les actions entreprises. Pour cela, des conseils sur la planification familiale sont donnés à l'occasion des activités d'alphabétisation, des projets d'accompagnement et de promotion féminine.

Comme nous allons nous en apercevoir, les différents objectifs annoncés en matière de prévalence contraceptive (voir problématique de la santé de la reproduction au Sénégal) ne seront pas atteints. Les problèmes qui viennent d'être soulevés n'y sont pas étrangers. Toutefois, il faut reconnaître que des avancées non négligeables ont été enregistrées. La politique de planification familiale en tant que telle est relativement récente au Sénégal. Elle va connaître d'importantes avancées à travers le temps.

C. Diffusion et pratique de la contraception

1. La vulgarisation de l'information

La diffusion de la contraception se mesure par la proportion de femmes soumises au risque de concevoir et cherchant à éviter une grossesse en utilisant un procédé contraceptif. En Afrique subsaharienne, il est plus fréquent de voir des femmes utiliser des moyens contraceptifs, en général, pour espacer leurs naissances. Rendre compte de l'étendue de la pratique contraceptive dans un pays nécessite, au préalable, d'évaluer les stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC).

L'analyse des canaux de diffusion de l'information ne saurait alors être négligée. L'évaluation de la connaissance des méthodes contraceptives dans les résultats de l'enquête est faite à travers une série d'interrogations. Il a été demandé aux femmes si elles avaient entendu parler de méthodes permettant de retarder ou d'éviter une grossesse puis, si la réponse était positive, on demandait à la femme de citer celles qu'elle connaît. Ainsi, en 1986, 31 % des femmes mariées ne connaissent pas une méthode contraceptive moderne. En 1997, elles sont de l'ordre de 18 % à ne pas connaître une telle méthode pour éviter une grossesse. En onze ans, plus de 50 % des femmes mariées qui ne connaissaient pas une méthode moderne de contraception ont été informées. Avec 82,5 % de femmes mariées, en 1997, connaissant une méthode moderne, on peut dire que la majorité des femmes mariées au Sénégal connaissent au moins une méthode de contraception moderne.

Contrairement aux idées reçues, on s'aperçoit que la contraception ne paraît pas être un sujet aussi tabou qu'on ne le pense. Les femmes connaissent de plus en plus les différentes méthodes existantes, et ceci quel que soit le milieu de résidence urbain (95,6 % en 1997) ou rural (75,5 % en 1997). Que se soient les méthodes modernes ou les méthodes traditionnelles, le niveau de connaissance de la contraception reste important. Il apparaît cependant, qu'au fil des années, la connaissance des méthodes traditionnelles s'étirole au profit des méthodes modernes. C'est sans doute dû soit à une dynamisation des activités IEC, soit à un effet de génération. Dans le dernier cas, on peut supposer que les femmes des générations les plus récentes, c'est à dire celles des dernières enquêtes, connaissent plutôt des méthodes modernes que des méthodes traditionnelles. En tout cas, celles qui sont présentes dans les dernières enquêtes ont plus de chance de connaître une méthode moderne. La connaissance des gris-gris et de l'abstinence en est la parfaite illustration. Elles étaient les deux méthodes les plus citées en 1986 avec respectivement 65,2 et 77,2 % alors qu'en 1997 elles ne représentent plus que 33,6 % et 4,9 % des femmes de 15-49 ans mariées.

La configuration de l'évolution de la connaissance des différentes méthodes suscite cependant quelques interrogations. Nous y reviendrons un peu plus loin.

La comparaison des enquêtes nous révèle trois observations :

- D'abord, les sources d'approvisionnement ou d'information sont de plus en plus connues ;
- Ensuite, le secteur public attire de plus en plus de monde, et ceci, au détriment du secteur médical privé et autres informels (parents/amis, voisins..) ;
- Et enfin, une forte augmentation dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

1.1 Une grande diffusion de l'information

L'évaluation de la connaissance des méthodes contraceptives dans les résultats de l'enquête est faite à travers une série d'interrogations. Il a été demandé aux femmes si elles avaient entendu parler de méthodes permettant de retarder ou d'éviter une grossesse puis, si la réponse était positive, on demandait à la femme de citer celles qu'elle connaît.

Ainsi, en 1986, 31 % des femmes mariées ne connaissent pas une méthode contraceptive moderne. En 1997, elles sont de l'ordre de 18 % à ne pas connaître une telle méthode pour éviter une grossesse. En onze ans, plus de 50 % des femmes mariées qui ne

connaissaient pas une méthode moderne de contrôle des naissances ont été informées. Avec 82,5 % de femmes mariées, en 1997, connaissant une méthode moderne, on peut dire que la majorité des femmes mariées au Sénégal connaissent au moins une méthode de contraception moderne.

Contrairement aux idées reçues, on s'aperçoit que la contraception ne paraît pas être un sujet aussi tabou qu'on ne le pense. Les femmes connaissent de plus en plus les différentes méthodes existantes, et ceci quel que soit le milieu de résidence urbain (95,6 % en 1997) ou rural (75,5 % en 1997). Que se soient les méthodes modernes ou les méthodes traditionnelles, le niveau de connaissance de la contraception reste important. Il apparaît cependant, qu'au fil des années, la connaissance des méthodes traditionnelles s'étirole au profit des méthodes modernes. C'est sans doute dû soit à une dynamisation des activités IEC, soit à un effet de génération. Dans le dernier cas, on peut supposer que les femmes des générations les plus récentes, c'est à dire celles des dernières enquêtes, connaissent plutôt des méthodes modernes que des méthodes traditionnelles. En tout cas, celles qui sont présentes dans les dernières enquêtes ont plus de chance de connaître une méthode moderne. La connaissance des gris-gris et de l'abstinence en est la parfaite illustration. Elles étaient les deux méthodes les plus citées en 1986 avec respectivement 65,2 et 77,2 % alors qu'en 1997 elles ne représentent plus que 33,6 % et 4,9 % des femmes de 15-49 ans mariées.

La configuration de l'évolution de la connaissance des différentes méthodes suscite cependant quelques interrogations. Nous y reviendrons un peu plus loin. A présent, essayons de comprendre les vecteurs de communication qui ont favorisé ce niveau de connaissance.

1.2 Moyens d'information depuis 1986

Dans toutes les enquêtes qui ont été menées au Sénégal jusque-là, la mesure du degré de connaissance des sources des méthodes connues se faisait grâce aux renseignements fournis par les femmes sur la source à laquelle elles iraient en cas de besoin d'une quelconque méthode. C'est donc la provenance de la méthode utilisée qui est prise en compte ici.

A cet égard, le secteur public apparaît comme le principal vecteur de communication. Avec un taux déjà important en 1986 (46,7 %), ce secteur apparaît en 1997 comme étant le

noyau dur de l'information sur la contraception (69,3 %). En particulier, ce sont les centres de planification et les centres de santé qui assurent l'essentiel de l'approvisionnement en moyens contraceptifs du secteur public. Ils représentent à eux seuls, en 1997, 77 % de l'information et de l'approvisionnement fournis.

La part du secteur médical privé n'est cependant pas négligeable. Elle a baissé au cours des années de 50 % environ. Avec un niveau assez important en 1986 (43 %), il a perdu à chaque enquête (en 1986 31,1 % et 1997 21,1 %) le quart de son rôle dans la diffusion de la contraception. On peut avancer là qu'il s'agit d'une conséquence du développement des activités de planification familiale dans le secteur public. Par ailleurs, la communication interpersonnelle œuvre aussi dans la diffusion de l'information, mais son rôle reste très limité (9 % en moyenne dans les trois enquêtes).

Les résultats observés ici sont instructifs à plus d'un titre. Tout d'abord, le rôle de plus en plus grand du secteur public reflète l'impact de l'apport des pouvoirs publics, de leur détermination grandissante pour limiter les naissances. Ceci est d'autant plus important que les conseils d'un médecin débouchent plus rapidement sur la pratique de la contraception que les conseils donnés par des amis, des parents. Il serait alors intéressant de savoir, par la communication interpersonnelle, la nature de la méthode sur laquelle l'information a été donnée. Vu les taux de plus en plus faibles au fil des enquêtes, on peut penser qu'il s'agit de méthodes traditionnelles. Si tel est le cas, l'information en matière de limitation des naissances au Sénégal se médicalise au niveau des sources d'approvisionnement ou des sources d'information. La constatation que, en moyenne, 90% des femmes ont été informées par les secteurs médicaux public et privé, suffit à confirmer cette hypothèse.

2. Une pratique encore faible malgré une progression globale rapide

2.1 *Tendance générale*

La connaissance des méthodes contraceptives est loin de nous renseigner sur l'état de la pratique de la contraception. Les résultats qui vont suivre nous en apportent la preuve.

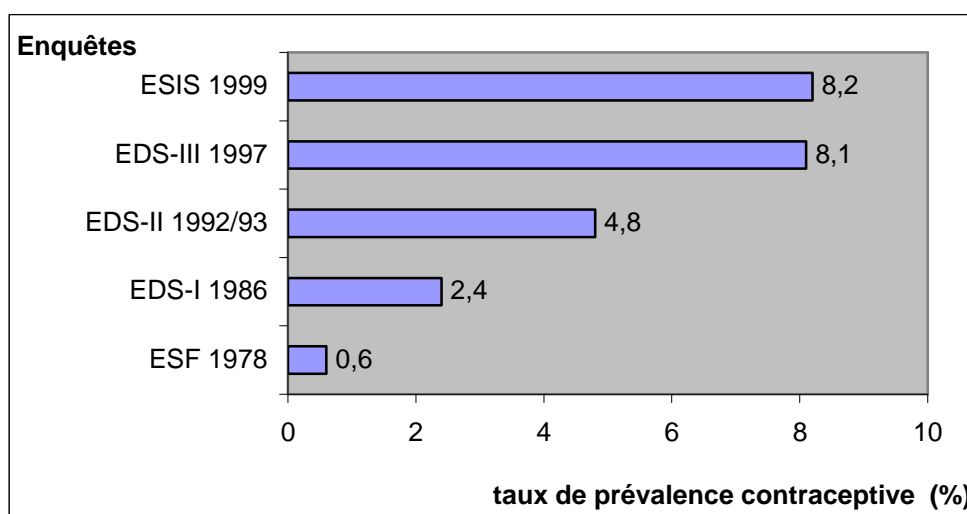
L'explication du faible recours à la pratique contraceptive paraît plausible au regard des enquêtes EDS II 1992/93 et EDS III 1997. En effet, le tableau 7 nous montre une incohérence des chiffres de l'enquête EDS I par rapport aux deux autres. Même si on est en

face de générations différentes, on est en mesure de croire que la pratique de la contraception ne peut que stagner ou augmenter (toutes choses égales par ailleurs). Dans tous les cas, on note que le nombre de personnes n'utilisant pas un moyen contraceptif à l'enquête stagne (9 femmes sur 10 en moyenne). Cette stagnation de la pratique contraceptive est surtout marquée dans la génération la plus jeune (15-19 ans). Cela se comprend puisqu'il s'agit soit d'une population qui n'est pas encore en union, soit d'une population qui débute sa vie féconde et ne trouve pas la nécessité de recourir à la contraception. Les classes d'âges 25-29 ans et 30-34 ans, classes d'âges les plus féconds, sont les plus nombreuses à y avoir recouru (1 sur 10 en 1992 et 2 sur 10 en 1997).

L'évolution de la pratique de la planification familiale au Sénégal est surtout évidente si l'on distingue les méthodes modernes des méthodes traditionnelles.

En ne tenant compte que de la contraception moderne (figure 2.2), on remarque une multiplication par 13 chez les femmes du taux de prévalence entre 1978 (0,6 % des femmes de 15-49 ans) et 1997 (8,1 % des femmes de 15-49 ans). Ce taux a presque doublé entre l'EDS-II (4,8 % des femmes de 15-49 ans) et l'EDS-III. L'EDS-I pose le même problème évoqué plus haut. Les enquêtes EDS-II et EDS-III se rapprochent en qualité, et donc reflètent mieux l'évolution du phénomène. Une conséquence certaine dans la qualité des enquêtes serait une meilleure prise en compte des obstacles rencontrés dans la première mise en œuvre de ce type d'enquête dans le pays.

Figure 2. 2 : Sénégal. Evolution de la pratique de la contraception moderne des femmes de 15-49 en union aux différentes enquêtes



La prévalence de l'ensemble des femmes a aussi augmenté, mais de moins d'un point (7 % de prévalence en 1997 et 4,5 % en 1992) entre les deux dernières enquêtes. Le niveau d'utilisation de la contraception moderne semble légèrement progressé d'après l'enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (Sow et al., ESIS 1999), avec 8,2% de prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes mariées de 15-49 ans.

L'utilisation de la contraception à un moment quelconque montre l'évolution positive constatée dans la pratique actuelle de la contraception. Le constat majeur est qu'en plus d'une pratique de plus en plus répandue de la contraception, on s'aperçoit que la pratique de la contraception moderne progresse au détriment de la pratique traditionnelle jugée moins efficace.

2.2 *Tendance en milieu rural*

Le recours aux méthodes de contraception médicalisée des femmes en milieu traditionnel est resté assez faible ([tableau 2.5](#), [figure 2.3](#)). Il était quasi inexistant en 1986 (0,3%) et atteignait à peine 1 % en 1992/93. Il faut dire qu'à cette date la prévalence contraceptive des femmes en union en milieu urbain était aussi assez faible (1 femme de 15-49 ans sur 10 soit 11,8 %). En 1997, on estimait la prévalence contraceptive moderne en union à 19,3 % en milieu urbain contre seulement 2,1 % en milieu traditionnel des femmes de 15-49 ans. Le recours aux méthodes traditionnelles (continence périodique, retrait, gris-gris, abstinence et autres procédés populaires) est aussi resté à un niveau très faible. Le recours à la contraception en milieu rural semble être une attitude exceptionnelle.

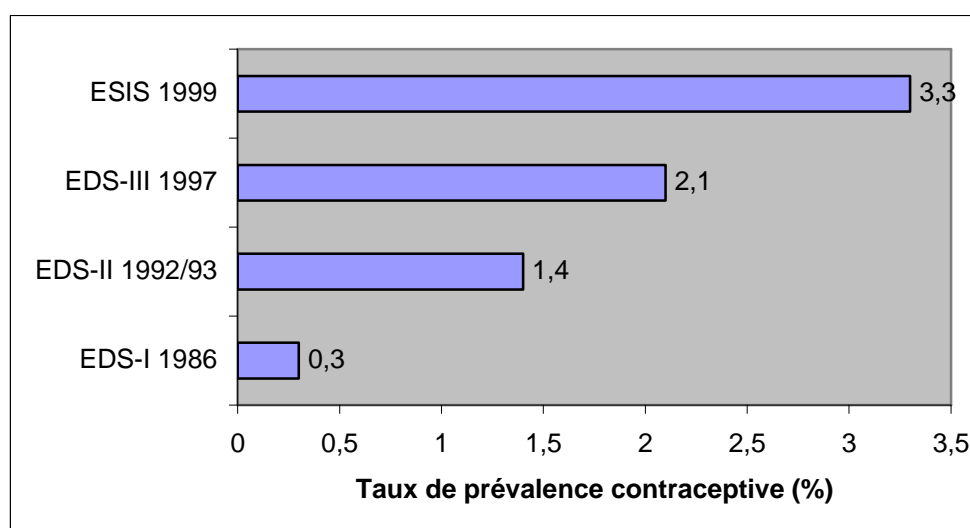
TABLEAU 2. 4 : Répartition (%) des femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui connaissent des contraceptifs modernes et qui pratiquent la contraception au Sénégal.

Année	Enquête	Sous-groupe	Au courant de méthodes modernes	Utilise méthode		
				Traditionnelle	Méthodes modernes	
					Stérilisation	NQMM ^b
1986	EDS-I	Urbain	87,5	7,5	a	6,7
		Rural	58,1	9,6	a	0,3
1992-93	EDS-II	Urbain	88,4	4,3	0,8	11,8
		Rural	51,6	1,9	0,3	1,4
1997	EDS-III	Urbain	95,6	4,4	1,2	19,3
		Rural	75,5	5,0	0,1	2,1
1999	ESIS	Urbain	95,0	4,3	1,1	17,5
		Rural	82,6	1,3	0,2	3,3

Méthodes modernes : pilule, Diu, injections (y compris norplant), méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes, éponge, gelée...), condom et stérilisation féminine. *Méthodes traditionnelles* : Continence périodique, retrait, gris-gris, abstinence, et autres (plantes médicinales...). a. Non disponible ; b. N'importe quelle méthode moderne.

Source : République du Sénégal (1981, tableau 4.21B, p. 265) ; EDS-I : Ndiaye et al. (1988, tableaux 4.1, 4.3, 4.7 et 4.8, pp. 43, 45-46, 52 et 54-55) ; EDS-II : tableaux inédits fournis par Macro International, Inc ; EDS : tableaux 4.2 ET 4.5, pp 38 et 41 ; Sow et al., ESIS, 1999

Figure 2. 3 : Sénégal. Tendence de la pratique contraceptive moderne des femmes en union en milieu rural



Au total, même si les niveaux de prévalence contraceptive sont relativement faibles, on peut dire qu'ils sont en forte progression dans les deux zones. La prévalence contraceptive

moderne du milieu rural a été multipliée par 11 et celle du milieu urbain par 3 sur la période 1986-1999. Par contre, le recours aux méthodes traditionnelles s'étiole dans les deux milieux.

3 Facteurs différentiels de la pratique contraceptive moderne

3.1 Les différences inter-ethniques

Les comportements reproductifs au Sénégal peuvent être différents selon les groupes ethniques. La baisse de la fécondité enregistrée en 1997 diffère selon les composantes ethniques. Si celle-ci est conséquente chez les Diola et les Wolof, elle l'est beaucoup moins chez les femmes Pulaar. Les Mandingue, mais surtout les Serer dispose de la baisse la plus faible et la plus tardive. Ces deux ethniques possèdent l'ISF le plus élevé en 1997 (plus de 6 enfants par femme).

Cette configuration est différente de celle observée dans la pratique contraceptive ([tableau 2.6](#), [figure 2.4](#)). Excepté les Diola, on note une augmentation régulière de l'utilisation de la contraception moderne dans tous les groupes ethniques. Elle a fortement augmenté et beaucoup plus rapidement chez les Wolof et les Serer et les Pulaar. Le niveau d'utilisation de la contraception moderne des femmes mariées Wolof de 15-49 ans passe de 2,8% en 1986 à 9,6% en 1997, celle des Pulaar de 1,2% à 6,9% et celle des Serer de 2,2% à 6,8%.

La prévalence contraceptive des femmes Diola a baissé entre 1992/93 et 1997, passant de 5,4% à 4,8% des femmes de 15-49 ans. Ce résultat est à lier à leur utilisation, généralement élevée, de la contraception traditionnelle. Les niveaux de recours à une méthode quelconque montrent que ce type de procédé a été plus utilisé en 1986 et 1997 qu'en 1992/93. La baisse du recours à la contraception moderne constatée en 1997 est certainement liée à la reprise des pratiques traditionnelles de contraception. Au total, leur prévalence contraceptive s'est globalement stabilisée entre les trois enquêtes autour de 4,5%. Comment expliquer alors la plus forte baisse de la contraception observée chez ces dernières ?

TABLEAU 2. 5 : Utilisation de la contraception au Sénégal des femmes de 15-49 ans actuellement mariées selon le groupe ethnique

Ethnie	Prévalence contraceptive						Indice synthétique de fécondité (ISF), 1997	
	EDS-I 1986		EDS-II 1992/93		EDS-III 1997		désirée	réelle
	MM	NQM	MM	NQM	MM	NQM		
Wolof	2,8	7,9	5,4	7,6	9,6	12,1	4,0	5,3
Pulaar	1,2	13,5	3,1	6,3	6,9	12,7	4,7	5,8
Serreer	2,2	6,8	3,8	5,7	6,8	10,4	5,2	6,5
Mandingue	3,0	23,2	4,4	7,1	5,5	15,5	6,3	6,8
Diola	4,5	23,1	5,4	10,8	4,8	15,6	4,0	4,8
Autres	2,4	14,6	9,6	12,6	10,5	17,6	4,7	5,6
Ensemble	2,4	11,3	4,8	7,4	8,1	12,9	4,6	5,7

MM : méthode moderne ; NQM : n'importe quelle méthode.

L'entrée en union des femmes Diolas est beaucoup plus tardive (21 ans d'âge moyen au mariage en 1997), et c'est chez elles que l'on a enregistré le recul le plus important de cet âge (3 ans entre 1986 et 1997). A contrario, les femmes Pulaar et Mandingue se marient généralement assez tôt (avant 17 ans en 1997), mais plus tôt que les femmes Serer et Wolof (à 18 en moyenne). Les femmes Diola sont aussi avec leurs homologues Wolofs, les plus urbanisées (figure 2.5). De plus, les femmes de ces deux groupes ethniques sont généralement plus instruites que leurs autres consœurs (figure 2.6). Cette plus forte expérience scolaire est certainement liée à leur plus importante urbanisation.

D'après la figure 2.6, l'analphabétisme semble avoir reculé dans tous les groupes ethniques du Sénégal sauf chez les mandingues. Il a même relativement augmenté entre 1992/93 et 1997.

Figure 2. 4 : Prévalence contraceptive moderne de l'ensemble des femmes en union de 15-49 ans selon l'origine ethnique, EDS-I 1986, EDS-II 1992/93 et EDS-III 1997

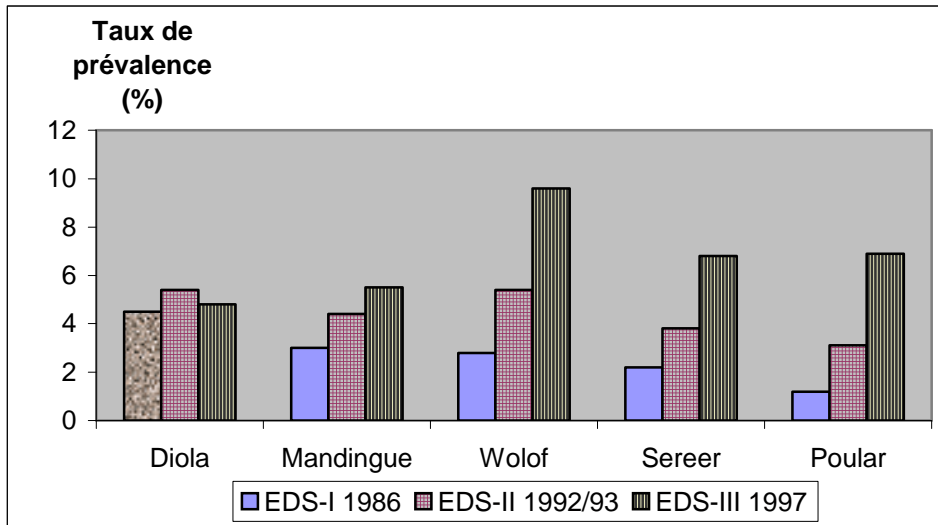
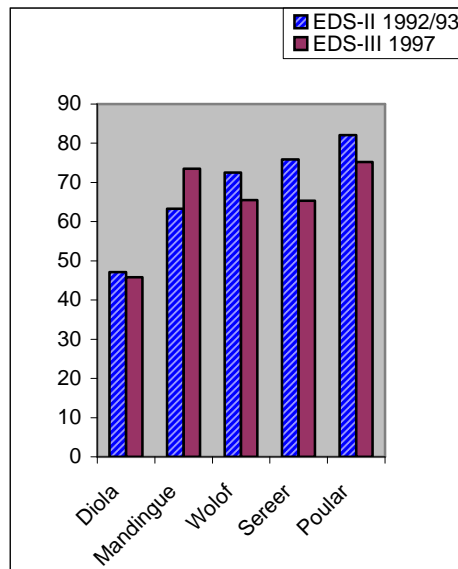
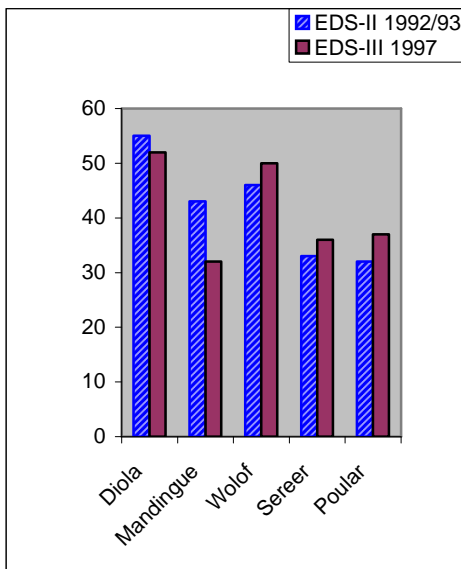


Figure 2. 5 : Proportion (%) de femmes de 15-49 ans résidant en milieu urbain, selon l'origine ethnique

Figure 2. 6 : Proportion (%) de femmes de 15-49 ans sans instruction selon l'origine ethnique



Les femmes Diolas, plus instruites, affichent une utilisation plus régulière de la contraception. On peut penser que les gains importants enregistrés en matière d'alphabétisation chez les Wolofs (Plus de 75% d'analphabètes en 1986 à moins de 70% en 1997) et les Serer (plus de 80% d'analphabètes en 1986 à moins de 70% en 1997) ont probablement facilité l'accès de ces femmes à la contraception moderne, même si la corrélation ne traduit pas nécessairement une causalité. Le milieu peut aussi être un facteur déterminant. C'est la raison pour laquelle nous avons aussi procédé au rapprochement des niveaux de prévalence à l'urbanisation des femmes. Hormis les femmes Mandingue et Diola (elles restent cependant plus urbaines), la proportion des femmes résidant en milieu urbain a

augmenté dans les groupes ethniques. Cette hausse a été plus régulière chez les femmes Wolofs et Serer. Par conséquent, on peut penser que, même avec un niveau de scolarisation relativement faible, ces groupes ethniques ont pu profiter de la masse d'informations sur la planification des naissances qui circule en ville. C'est ce qui semble expliquer la correspondance entre l'évolution de leur urbanité et de leur utilisation de la contraception moderne.

3.3 Les aspects socio-démographiques

Les chiffres du [tableau 2.6](#) témoignent du caractère de la pratique contraceptive dans le pays. L'acceptation exclusive de la contraception dans le cadre d'une vie maritale doit engendrer une forte représentation de la population mariée parmi celles qui la pratiquent. Au regard des niveaux de prévalence contraceptive observés dans les différentes enquêtes, il semble que le mariage ne soit pas le déterminant de cette pratique. Les faibles écarts dans les niveaux d'utilisation de la contraception notés entre les femmes mariées et l'ensemble des femmes en 1986 (11,3% et 10%), en 1992-93 (7,4% et 7,1%), en 1997 (12,9% et 10,8%) et en 1999 (10,5% et 9%) le montrent assez clairement. Ainsi, il existerait donc une fausse idée d'utilisation quasi exclusive de la contraception que dans le cadre du mariage. Cette pratique contraceptive qui existe en dehors de l'union, témoigne d'un besoin beaucoup plus important qu'on ne le pense.

TABLEAU 2. 6: Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive aux enquêtes selon l'état matrimonial.

Méthodes	ESF 1978		EDS-I 1986		EDS-II 92/93		EDS-III 1997		ESIS 1999	
	FM	TF	FM	TF	FM	TF	FM	TF	FM	TF
NQMT	3,3	-	9,0	7,4	2,7	2,5	4,8	3,8	2,3	1,9
NQMM	0,6	-	2,4	2,6	4,8	4,5	8,1	7,0	8,2	7,1
NQM	3,8	-	11,3	10,0	7,4	7,1	12,9	10,8	10,5	9,0

NQMT : N'importe quelle méthode traditionnelle ; NQMM : N'importe quelle méthode moderne ; NQM : N'importe quelle méthode ; FM : femmes mariées ; TF : Toutes les femmes

Par ailleurs, les motivations d'une pratique de la contraception se réfèrent en général à un besoin d'espace ou de limitation des naissances. Cette attitude se renforce avec l'obtention d'un nombre d'enfants désiré. Par conséquent, la volonté de la femme de recourir à la contraception grandit au fur et à mesure qu'elle accède à un niveau de fécondité donné. Au Sénégal, la pratique de la contraception des femmes est fortement liée au nombre d'enfants mis au monde, mais aussi au niveau de scolarisation des femmes ([tableau 2.7](#)).

TABLEAU 2. 7 : Répartition (en %) des femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive moderne aux enquêtes, selon le nombre d'enfants vivants et le niveau d'instruction.

Caractéristiques	EDS-I 1986	EDS-II 1992/93	EDS-III 1997	ESIS 1999
Niveau d'instruction				
Aucun	1,0	3,9	2,2	4,4
Primaire	5,9	17,1	12,8	17,8
Secondaire ou plus	22,2	34,5	29,3	34,1
Parité atteinte				
0	0,2	0,9	0,4	0,8
1	1,2	2,4	5,6	5,8
2	3,1	3,5	9,5	8,7
3	2,6	6,7	7,9	9,5
4 ou plus	2,3b	10,0	10,5	10,6

b : basé sur 4 enfants.

Toutes les enquêtes nous montrent que l'utilisation de moyens contraceptifs des femmes sénégalaises se précise lorsque celles-ci progressent dans leur vie féconde. Ainsi, les femmes en début de vie féconde ou n'ayant pas encore d'enfants ne cherchent quasiment pas à entamer une pratique contraceptive. C'est seulement à partir du quatrième enfant qu'elles commencent à recourir aux méthodes contraceptives modernes.

L'importance de la scolarisation dans l'accès à la contraception moderne se perçoit assez nettement. Les femmes les plus instruites pratiquent beaucoup plus la contraception que les autres femmes. L'écart des taux de pratique des femmes sans instruction et celles ayant atteint un niveau d'étude secondaire ou plus est énorme. En 1992, 4% des sénégalaises sans instruction utilisaient la contraception contre 34,5% pour celles de niveau secondaire ou plus. En 1997, la part des sénégalaises sans instruction utilisant des méthodes contraceptives modernes est estimée à 2,2% contre 29,3% pour celles ayant acquis un niveau d'instruction plus que primaire.

Globalement, l'effet de l'instruction est positif. Le niveau d'étude reflète le potentiel d'indépendance de la femme et sa capacité à recueillir des informations. Ces facteurs font qu'elle apparaît moins rétives à la pratique de la contraceptive. Lorsqu'on lie ce constat avec la structure de la population selon le niveau scolaire et ou le niveau d'alphabétisation, on peut avoir une autre explication du niveau actuel de la pratique de la contraception dans la société sénégalaise. Malgré des avancées très significatives, la proportion de femmes illettrées reste supérieure à 66% au Sénégal (EDS, 1997).

4. Facteurs de la non-utilisation de la contraception

Traditionnellement on étudie l'absence d'utilisation de la contraception en appréciant l'importance des femmes non-utilisatrices selon leurs critères socio-démographiques et économiques. Au-delà de cet aspect descriptif, il serait intéressant de connaître les motivations qui gouvernent l'attitude de ces dernières.

Puisque la fécondité et la pratique de la contraception sont relativement plus importantes chez les femmes mariées, il peut être préférable de rendre compte des résistances à la contraception en analysant le comportement des non-utilisatrices en union. La réalité de la pratique de la contraception avant le mariage que nous venons de soulever au Sénégal, mérite à ce que nous prenions en compte les motivations de l'ensemble des femmes. Pour ce faire, il importe de distinguer les femmes qui sont avec raisons objectives (celles qui veulent un enfant, n'ont pas de rapport, sont enceintes), celles qui sont sans raisons objectives (sont stériles ou stérilisées) et des autres (celles qui ont des rapports mais ne veulent pas d'enfants et celles qui ne sont pas stériles).

D'après les résultats de l'EDS-III 1997, les raisons de refus de la contraception sont nombreuses et diverses. En examinant les principales raisons avancées par les femmes qui n'utilisent pas la contraception, deux grandes tendances se dégagent. D'après les raisons objectives, celles qui déclarent vouloir des enfants (31%) semblent moins disposer à une éventuelle utilisation de la contraception. Elle est annoncée par 46% des femmes de moins de 30 ans. La seconde raison avancée est le manque d'information (13%), surtout évoqué par les moins de 30 ans. Les femmes qui n'ont pas de véritables raisons objectives car évoquant des difficultés de tomber enceinte, la ménopause ou la stérilité sont aussi moins enclines à recourir à la contraception (27 % des femmes de 30 ans ou plus).

Lorsque que nous nous intéressons aux femmes qui ne pratiquent pas la contraception et qui déclarent n'avoir aucune intention de l'utiliser dans l'avenir ([tableau 2.8](#)), le désir de ne d'enfants réapparaît comme la principale motivation (13% des femmes dont 17% de moins de 30 ans et 11% de plus de 30 ans) de refus de la contraception. Il est aussi important de souligner l'importance des femmes qui avancent l'accès difficile aux méthodes (11%), la faible fréquence de leurs rapports sexuels (10%) et celles qui éprouvent des difficultés à tomber enceinte (8%) dans le rejet de la contraception. Si l'on doit remarquer le faible impact de la religion dans la justification de l'attitude des femmes (3%), l'évocation de l'état de célibat dans le refus de toute contraception est non négligeable (6%).

TABLEAU 2. 8 : Raisons de non-utilisation de la contraception des femmes de 15-49 ans au Sénégal

Répartition (en %) des femmes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDS_III Sénégal, 1997.

Raison de non-utilisation de la contraception	Age		Tous âges
	< 30 ans	30 et plus	
Veut des enfants	16,8	10,6	13,1
Manque d'informations	3,8	3,2	3,2
Mari désapprouve	0,1	0,2	0,1
Coût trop élevé	1,6	3,5	2,8
Effets secondaires	0,8	2,6	1,9
Problèmes de santé	0,3	0,8	0,6
Difficile à obtenir	9,8	11,6	10,9
Religion	3,4	2,8	3,0
Opposé à la PF	2,9	3,6	3,4
Fataliste	0,1	0,6	0,4
Autres personnes désapprouvent	1,2	1,7	1,5
Rapports sexuels peu fréquents	3,8	13,4	9,6
Difficiles à tomber enceinte	0,0	13,4	8,1
Ménopause/stérilisée	1,2	0,8	1,0
Pas commode	0,0	0,3	0,2
Pas mariée	4,6	7,4	6,3
NSP	4,0	2,1	2,9
Non déclaré	0,2	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1071	1616	2687

Source : EDS-III Sénégal, 1997.

Ces résultats suggèrent deux conclusions majeures : la non-utilisation de la contraception s'explique par, d'une part, une volonté ferme de vouloir assurer sa descendance et, d'autre part, une insuffisance dans la communication et une déficience du système d'approvisionnement en produits contraceptifs. C'est en effet cette dernière remarque qui constitue l'autre frein au développement de la pratique contraceptive.

Le moteur de la vulgarisation et du développement de la contraception a été pour les instigateurs du programme de planification familiale au Sénégal, la diffusion de l'information à travers les médias (radio, télévision en particulier). En 1997, il apparaît que les canaux d'information utilisés (tableau 2.9) ne permettent toujours pas d'atteindre toutes les couches de la population (30 % d'audience), même si on note une certaine amélioration par rapport à 1992/93 (23 % d'audience). En zone urbaine les messages sur la contraception ont touché moins de la moitié des personnes interrogées (41 %), et en milieu rural moins du tiers des femmes (20 %).

Comme dans la plupart des études, on pourrait attribuer ces résultats au niveau d'études de la plupart des femmes, notamment celles vivant en milieu rural. Bien entendu nous ne doutons pas de l'effet discriminant du niveau d'instruction dans la recevabilité de tel ou tel message. Cependant, il est avéré que, en 1997, l'audience enregistrée chez les plus instruits (secondaire et plus) atteint à peine la moitié de la population concernée (46 %). Ces chiffres ainsi que ceux relevés selon le milieu de résidence nous poussent à nous interroger sur les moyens utilisés et leur adéquation avec la population ciblée. Dès lors la question ne se pose plus simplement en termes de capacité à recevoir une information, mais aussi en termes d'accès à l'information¹⁵.

TABLEAU 2. 9 : Proportion pour 100 femmes, de celles qui ont entendu parler de la planification familiale à la radio, à la télévision ou qui n'ont entendu aucun message, au cours du mois précédant l'enquête

	Mali, 1995-96			Côte d'Ivoire, 1994			Sénégal, 1997		
	Aucun	Radio	TV. seule	Aucun	Radio	TV. seule	Aucun	Radio	TV. seule
Milieu de résidence									
Urbain	42	12	6	78	5	6	58,8	8,4	9,9
Rural	76	18	1	92	3	2	80,1	14,0	1,7
Niveau d'instruction									
Aucun	72	17	2	93	2	2	77,2	12,3	3,0
Primaire	47	16	5	82	5	5	59,8	11,9	8,2
Sec. ou plus	23	13	7	65	7	9	54,0	6,7	12,4
Ensemble	65	16	3	86	4	4			
Source : enquêtes EDS-DHS									

Même si l'on doit reconnaître l'avancée significative qu'a connue la pratique contraceptive au Sénégal depuis 1988, un pays à l'attitude pro-nataliste, une nouvelle orientation des stratégies de communication s'impose. Il est tout aussi essentiel que l'Etat dispose des moyens de sa politique. Les ressources qui doivent être mises à disposition sont généralement insuffisantes. Sur les 19 milliards de FCFA nécessaires aux activités du PAIP, moins de 15% ont été accordés par l'Etat (Fnuap, 1998).

5 Tendances de la demande de contraception au Sénégal

Pour apprécier la demande potentielle de contraception¹⁶, il est d'usage d'analyser le comportement contraceptif des femmes qui ne désirent plus d'enfants (limitation des

¹⁵ D'après l'EDS III 1997, deux ménages sur trois disposent d'une radio et un sur cinq d'un poste de télévision.

¹⁶ Elle concerne les femmes mariées qui ne désirent plus d'enfants et qui pratiquent la contraception et celles qui, ne voulant plus d'enfants et présumées fertiles, n'utilisent aucune méthode quelle que soit la raison.

naissances). Parmi celles-ci certaines pratiquent la contraception (besoin satisfait) et d'autres ne recourent à aucun moyen contraceptif (besoin non satisfait). Au Sénégal, la demande totale de planification familiale n'a cessé d'augmenter (tableau 2.10). De 5,7% en 1978, elle est passée à 13,8% en 1986, puis 15,6% en 1992/93 avant d'atteindre 18,9% en 1997. Autrement dit, si les besoins de ces femmes étaient satisfaits le pays réaliserait son objectif de 1996 dès 1992/93 (15% de prévalence). Comme en témoigne le poids des besoins non satisfaits (BNS), ce besoin n'est pas automatiquement satisfait. En 1978 plus de 9 femmes sur 10 ne sont parvenues à le satisfaire. Cette proportion, bien qu'en baisse, atteint 8 femmes sur 10 en 1986 et 1992/93 et 7 femmes sur 10 en 1997. Ces résultats montrent toute la difficulté des femmes d'accéder aux méthodes contraceptives efficaces et ce, même en cas de besoin.

TABLEAU 2. 10 : Mesures de la demande de contraception parmi les femmes mariées au Sénégal, 1978-1997

Enquête	Demande totale de limitation (%)	% pratiquant une méthode de limitation	% présentant un besoin de limitation non satisfait	% exposées au risque d'une grossesse non désirée, sans méthode ¹	% des utilisatrices qui limitent leurs naissances
ESF, 1978	5,7	0,5	5,2	2,6	12,9
EDS-I 1986	13,8	2,9	10,9	4,0	25,8
EDS II 1992/93	15,6	3,1	12,5	4,9	41,4
EDS-III 1997	18,9	5,0	13,9	6,8	38,5

1. La différence entre cette colonne et la précédente représente la proportion de femmes enceintes ou aménorrhéiques. Pour cette colonne, le dénominateur comprend toutes les femmes mariées qui pratiquent la contraception. Source : ESF – EDS, Westof et Bankole, 2000.

La proportion de femmes présentant un BNS est en nette progression. Elle a pratiquement été multipliée par 3 entre 1978 et 1997 (elle passe de 5,2% à 14%). Par ailleurs, le risque d'une procréation non désirée existe aussi chez les femmes sénégalaises. La tendance y est aussi à la hausse. La proportion de femmes exposées au risque d'une grossesse non désirée sans méthode passe de 2,6% en 1978 à 6,8% en 1997. Par contre, l'évolution des femmes qui utilisent la contraception à des fins d'espacement est moins nette. Elle a certes augmenté entre 1978 et 1992/93, mais elle accuse une certaine baisse en 1997. Après une hausse régulière qui la fait passer de 12,9% en 1978 à 41,4% en 1992/93, elle est retombée à 38,5% en 1997. Il apparaît toutefois que cette proportion a connu une forte augmentation allant jusqu'à tripler en 15 ans.

La pratique différentielle de la contraception s'explique aussi par la capacité des groupes ethniques présentant des besoins de planification familiale à les satisfaire. D'après l'EDS-III (1997), ce sont les femmes Diola qui satisfont le plus leur besoin en PF. Les

femmes Serer présentent la plus forte demande potentielle mais sont aussi celles qui détiennent la plus faible satisfaction de cette demande. En plus de la différence de scolarisation et d'urbanisation très favorable aux femmes Diola, cela peut s'expliquer par le poids des contraintes sociales, familiales et matrimoniales plus pesant dans la société Serer

Globalement, on peut dire que les besoins en matière de planification des naissances sont réels au Sénégal, mais peinent à être satisfaits. Le risque est que des femmes qui ne désirent plus d'enfant pourraient dépasser le nombre d'enfant qu'elles désirent mettre au monde. Toutefois, les femmes qui expriment une demande de contraception semblent plutôt vouloir espacer leurs naissances que de mettre un terme à leur descendance. Ainsi, l'espacement des naissances paraît être la principale motivation des femmes sénégalaises à utiliser la contraception. Ces attitudes reflètent un désir certain d'une famille moins nombreuse. Les difficultés dans la satisfaction des besoins peuvent tenir d'une inadéquation à l'offre, sinon d'obstacles sociaux qui empêchent les femmes de solliciter les centres de planification familiale.

Vue d'ensemble

Les changements démographiques récents observés en Afrique montrent une tendance générale de baisse de la fécondité. Mais, l'impact de l'influence de la pratique de la contraception est diversement apprécié selon les pays. Si dans le continent l'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé de manière significative dans la plupart des pays, ces baisses sont parfois loin d'être imputables au recours à la contraception. C'est seulement dans 4 et 10 pays que l'on voit que respectivement 3 et 2 femmes de 15-49 ans sur 10 utilisent la contraception. Pour le recours à la contraception médicalisée, seuls 6 pays affichent une prévalence supérieure à 20 %. Ces résultats témoignent de la faiblesse du niveau de pratique de la contraception. La grande majorité des pays dispose d'un niveau de prévalence inférieur à 10%. Or, la relation entre la fécondité et la contraception n'est généralement établie qu'à partir de ce taux (Vimard et al., 2001).

Ainsi, en Afrique noire, le recul de la fécondité n'est allé de pair avec le recours massif à la contraception que dans de rares pays (Botswana, Kenya et Zimbabwe). Dans les autres, le phénomène s'explique par l'élévation de l'âge au mariage. C'est notamment le cas du Sénégal où l'âge médian au mariage est passé de 16,6 ans en 1986 à 18 ans en 1997. On lie ce mariage tardif au progrès de l'instruction chez les jeunes filles. Pourtant, il semble que la

scolarisation de plus en plus importante des filles ne soit pas l'unique facteur explicatif (Pison al., 1997). La fécondité des femmes sans aucune instruction a aussi baissé dans le pays. Les difficultés économiques qui retardent les projets de mariage semblent être l'explication la plus générale.

Si le niveau de prévalence contraceptive dans le mariage a augmenté de plus de 30 % entre 1978 et 1997, il faut reconnaître que la pratique contraceptive reste encore assez marginale dans le pays. D'après ce qui vient d'être dit, il n'est point besoin d'approcher le comportement contraceptif des femmes sénégalaises à l'évolution actuelle de la fécondité. Le Sénégal est avec des pays comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Togo les pays dans lesquels on ne peut lier la baisse de la fécondité au recours à la contraception.

Il existe donc en Afrique deux catégories de pays. Des pays dont la fécondité baisse avec une certaine influence de la contraception, et d'autres dont la baisse s'explique par des facteurs autres que l'utilisation accrue de la contraception. Le Sénégal fait partie de ce dernier groupe. En plus des progrès spectaculaires enregistrés dans le domaine de l'instruction, nous pouvons ajouter les efforts engagés en matière sanitaire qui ont entraîné la baisse de la mortalité infantile jusqu'en 1997. Les succès enregistrés au Kenya en Afrique de l'Est, à la Namibie et au Zimbabwe en Afrique australe montrent que les facteurs socioculturels de blocage ne sont pas insurmontables (Charbit, 2000). Malgré l'obligation sociale, morale et religieuse de la maternité la contraception d'arrêt (stérilisation féminine) est même pratiquée dans ces pays. Les niveaux de prévalence atteints dans le Maghreb et en Indonésie (pays fortement islamisés) ainsi que ceux enregistrés dans les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe (fortement christianisés) montrent que la religion ne constitue pas un obstacle incontournable.

Tout porte donc à croire que la réussite des politiques de maîtrise des naissances dépend de la qualité des mesures prises, mais surtout de l'efficacité de leurs mises en œuvre. Comme cela s'est passé au Kenya, un pays rural à 72 % avec 31 % de femmes en âge de procréer analphabètes, il apparaît que des mesures économiques et institutionnelles vigoureuses favorisant le changement de comportement des hommes et des femmes conduisent à l'adoption d'attitudes novatrices en matière de reproduction dont la pratique de la contraception. Au Sénégal, des disparités existent encore dans l'âge au mariage. Le code de la famille le fixe à 16 ans pour les femmes et à 20 ans pour les hommes. Par ailleurs, la

polygamie reste toujours de vigueur dans les normes matrimoniales. En matière foncière et successorale, les us et coutumes défavorisent encore les femmes.

Ainsi, est-il besoin de préciser que seuls l'accès à l'éducation, à l'emploi, à l'alimentation, aux ressources financières et aux soins de santé y compris la planification familiale à tous, pourraient favoriser la mobilisation sociale en faveur d'une reproduction maîtrisée. L'ensemble des problèmes soulevés conséquence de la timidité de la diffusion de la contraception, nous le verrons, apparaît dans l'étude que nous nous proposons de mener. Au Sénégal, la pratique contraceptive reste très faible en milieu rural et elle résulte de la combinaison de plusieurs facteurs dont les obstacles socioculturels et le difficile accès aux structures d'information et de services en matière de planification familiale. Notre méthodologie de recherche est basée sur ces considérations. En effet, nous pensons que seule l'absence de contrainte sociale peut favoriser l'accès à la contraception dans une société rurale à tendance nataliste. Cette absence de contrainte passe par la reconnaissance de la sexualité des jeunes/adolescents et par un rééquilibrage des rôles des sexes en matière de prise de décision.

Pour mesurer et comprendre l'état de diffusion de la contraception dans les zones rurales, nous proposons d'orienter notre travail sur une campagne sénégalaise, la zone d'étude de Niakhar. Après une présentation relativement complète du contexte et de la situation socio-économique, nous procéderons à la présentation de la méthodologie de notre recherche.

Chapitre III. - Présentation de la zone d'étude, aspects théoriques et éléments de méthodologie

La zone de surveillance démographique connue sous le nom de *Niakhar*¹⁷ connaît aujourd'hui des mutations socio-démographiques qui sont importantes à saisir pour une meilleure compréhension du contexte d'étude. Après une présentation de l'environnement socio-économique, nous dresserons un bilan des évolutions démographiques qui se produisent dans cette population. L'analyse de l'offre de planification familiale développée dans la zone nous permettra d'avoir une première approche du comportement des populations à l'égard de la contraception.

I. - La zone de Niakhar : contexte socio-économique général

A. Situation géographique et suivi de la population

La zone d'étude de Niakhar est située en zone tropicale sèche dans l'ancienne région du Sine Saloum devenue aujourd'hui la région de Fatick. Elle est distante d'environ 150 Km de la région de Dakar, capitale du Sénégal ([figure 3.1](#)). Au Sénégal, cette zone représente le système de surveillance démographique le plus ancien et le plus grand.

Depuis 1962, sous l'impulsion de Pierre Cantrelle (ORSTOM actuellement IRD) et avec le financement du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC), la zone d'étude a fait l'objet d'un suivi démographique. L'observatoire actuel de population de Niakhar a connu 3 phases d'élargissement dont les différentes périodes sont consignées en [annexe A1](#).

¹⁷ Bien que le village de Niakhar ne soit pas inclus.

Figure 3. 1 : Localisation de la zone d'étude de Niakhar.



Il permet aujourd'hui de recueillir des données fiables sur la fécondité, la mortalité, la nuptialité, la migration et un ensemble d'information sur la morbidité. Le choix de cette région a été motivé par sa densité de population. Les densités de population les plus importantes du Sénégal se trouvent dans cette région.

Les chercheurs de la zone effectuent aussi des enquêtes sociologiques sur la population ce qui leur permet d'appréhender les différents changements sociaux. En plus de la collecte de routine des informations démographiques, sociologiques et épidémiologiques, les chercheurs de la zone sont parfois amenés à effectuer des enquêtes ponctuelles sur des sujets déterminés (idéaux et attitudes de fécondité).

B. La population

L'actuelle zone d'observation du projet "Population et Santé à Niakhar" compte, au premier janvier 1999, une population de 31748 habitants qui peut se répartir en groupes ethniques, religieux, systèmes de castes et aussi niveau d'instruction.

1 Les ethnies

La zone d'étude de Niakhar se situe dans une région à forte majorité de Serer. Il n'est donc pas surprenant de constater que 96% de la population sont de cette ethnie. Les autres ethnies y sont faiblement représentées. Ainsi, les représentations d'ethnies comme les Diola, les Mandingue, les Mandiack, les Socé, les Pulaar et les maure sont très marginales (entre 0,4 et 0,6% de la population).

2 Les religions

Comme dans l'ensemble du pays, la religion musulmane est majoritaire dans la zone. En 1999, 75% de la population déclarent être de cette religion. Ils sont suivis des chrétiens avec 23% de la population dont une forte majorité de catholiques (20% et seulement 3% de protestants). Le culte des ancêtres y est très présent ; même si seulement 1,5% de la population déclarent être de religion traditionnelle, tous observent des rites

3 L'éducation

D'après l'enquête la plus récente menée par l'IRD (2001), on compte dans le secteur formel 14 écoles publiques, 1 école privée et dans le secteur informel, 4 écoles de catéchisme, 6 écoles coraniques et 11 écoles arabo-coraniques. Quant aux centres d'alphabétisation fonctionnelle, 25 sont réservées aux adultes contre 19 écoles pour les enfants. Les cycles secondaires se poursuivent à Fatick ou dans les autres grandes villes du pays, et les études universitaires à Dakar ou à Saint-Louis. Cette insuffisance des structures scolaires est le reflet du niveau de scolarisation de la population. La région de Fatick détient le taux de scolarisation le plus faible avec seulement 49,3% contre 85,3% pour la région de Dakar et 58,1% au niveau national.

Au premier janvier 2000, 73 % de la population âgée de plus de 6 ans ont déclaré n'avoir jamais fréquenté l'école. Cette proportion est de 81,9% pour les femmes contre 63,5% pour les hommes. Seulement 16,4 % des individus âgés de 6 ans ou plus ont affirmé avoir un niveau d'étude primaire (dont 12% de femmes et 21% d'hommes), 2,5% un niveau d'instruction secondaire (dont 1,1% de femmes et 3,9% d'hommes). Un constat qui perdure depuis 1991 est que les hommes continuent d'avoir un meilleur accès à l'éducation que les femmes (Chahnazarian et al, 1991 ; Delaunay, 1997 et Aubrisson et Boitard, 2002).

Généralement, l’instruction d’un enfant démarre au Sénégal dès l’âge de 6 ans. Mais la scolarisation est loin d’être systématique. En effet, à Niakhar, on constate qu’entre 15 et 24 ans plus de 70% des femmes et plus 40% des hommes sont restés sans instruction. Ces proportions tendent à diminuer sur la période d’observation (tableau 3.1).

TABLEAU 3. 1 : Répartition de la population de Niakhar selon le niveau d’instruction au 1^{er} janvier, 1995, 1997 et 2000 des individus de 15-24 ans selon le sexe (%)

<i>Instruction</i>	Femme			Homme		
	1995	1997	2000	1995	1997	2000
Aucune	71	74	70	45	44	42
Primaire	16	15	20	26	28	34
Secondaire et +	6	5	3	14	13	8
Autre	8	6	7	6	15	16

Source : Enquête démographique et de santé

C. L’environnement socio-économique

1 Organisation sociale

La structure familiale en pays Serer s’appuie sur deux groupements : La concession et le ménage. Encore appelé « *mbind* » en Sereer, la concession désigne la maisonnée et représente l’unité d’habitation traditionnelle de la famille Serer (figure 3.2). A l’intérieur des concessions existent des subdivisions en « *khoulang* » formées de fractions de « *ngak* ». Le ménage peut être assimilé au « *ngak* » chez les Serer. On parle plus souvent de cuisine en référence à la signification originelle du terme « *ngak* » qui veut dire « mil pilé au petit jour » destiné à être cuisiné pour un groupe familial bien déterminé (Martin, 1970). La concession est donc formée de plusieurs ménages. Les membres d’un ménage d’un même « *ngak* » sont généralement du même noyau familial.

TABLEAU 3. 2 : Présentation d'une concession (Mbind) en pays Serer



Dans chaque concession on trouve un chef (*yal mbind*) qui est à la fois la référence morale, et coordonnateur de l'ensemble des activités des membres de sa concession. Toute l'organisation socio-économique de ces entités tourne autour de ce dernier. Entre autres attributs, il s'occupe du rassemblement de l'impôt des familles dont il est le chef, rôle qu'il peut étendre aux familles voisines de la sienne en cas de scission d'un membre de l'habitation initiale. Il s'occupe aussi de l'achat et de la vente du surplus agricole à la coopérative du village. Mais ce rôle ne lui est pas exclusivement dévolu.

Son rôle dans la distribution des terres s'amenuise car, depuis 1964, une loi sur le domaine national rattache la terre à chaque unité d'habitation. Ainsi, chaque unité interne à une concession, voire chaque cultivateur, peut avoir une terre. C'est ce qui fait observer dans le sine plusieurs unités économiques indépendantes dans une même concession. La naissance d'unités économiques indépendantes, fait apparaître un nouveau centre de décision, le chef de cuisine (ou chef d'exploitation ou *yal n'gak* en Serer). C'est à lui qu'il revient d'organiser tout le fonctionnement général du ménage.

Il organise les activités agricoles en octroyant à chacun un champ, et en établissant le calendrier d'exécution des travaux agricoles. Si l'essentiel des champs est réservé aux hommes, les femmes disposent souvent d'un petit champ d'arachide qui leur permet d'obtenir un certain revenu. Leurs champs sont généralement cultivés aux derniers moments. C'est le chef de ménage qui s'occupe de la répartition des tâches, et dispose du pouvoir de déléguer un membre de son exploitation pour donner un coup de main aux travaux d'autres exploitations. Le modèle traditionnel de coopération agricole le plus répandu en matière d'entraide culturelle chez les paysans Serer est appelée « *a sim* ».

Les produits de la récolte sont répartis par le chef de ménage qui décide de la quantité destinée à l'autoconsommation et de l'utilisation du surplus dégagé. Le ménage est à la fois un centre de décision et une communauté de production et de consommation.

Parallèlement à cette organisation économique fondée sur l'activité, la famille apparaît comme un relais économique d'une grande importance. En particulier, l'unité d'accumulation constitue la base du pôle économique des familles. En tant qu'organe économique de la famille élargie, elle n'est limitée ni dans le temps, ni dans l'espace. Cela sous-entend que des personnes appartenant à une même unité d'accumulation peuvent appartenir à des ménages différents. Cette dispersion résulte du fait que les personnes qui composent cette entité sont apparentées exclusivement en ligne utérine « tim ». Gastellu (1981) a montré que la plupart de ces unités ne regroupent que deux générations d'individus à l'intérieur desquelles tous les degrés possibles de parenté sont observés, mais avec une parenté certaine en ligne utérine.

La femme, ses frères et ses sœurs participent à la formation de ce patrimoine. Ces ressources peuvent servir de capital productif¹⁸, d'encaisse de précaution dans les périodes de pénurie voire de disette. La solidarité lignagère offre une échappatoire aux périodes de soudure longues, et surtout à honorer les échanges cérémoniels entre unité d'accumulation (mariage, baptême, deuil...). Le principal inconvénient de cette institution sociale est qu'elle empêche à l'individu de produire une accumulation propre, d'où sa difficulté de subvenir personnellement à ses besoins.

2 Les activités économiques de base

Dans la société Serer, toute l'économie est axée sur deux activités : l'agriculture et l'élevage. Deux cultures principales ponctuent la saison agricole : le mil et l'arachide. Les hommes se chargent à l'approche de l'hivernage (mai, juin) de nettoyer les champs. Ils sont aidés dans cette tâche par leurs enfants. Pendant ce temps, les femmes s'affairent dans le décorticage de l'arachide pour les semences (Lombard, 1988). La culture de l'arachide, culture de rente par excellence, occupe aussi une place importante dans l'univers agricole serer. Hommes et femmes souhaitent détenir leur propre champ d'arachide. C'est l'activité

¹⁸ En ce sens que certaines des ressources qui la composent peuvent, par un « détour de production », accroître la productivité du travail. L'exiguïté des champs cultivables et la force de travail disponible ne permet pas d'affirmer avec force l'utilisation du matériel agricole à des fins de grande production

culturelle qui permet, en cas de bonne récolte, une rentrée d'argent non négligeable (Delaunay, 1992).

Puisque les revenus tirés de l'agriculture sont dépendants à la fois de la taille de la terre cultivable, de la qualité du sol, de la parcelle occupée et de la quantité du travail fourni, les écarts de revenus s'en font ressentir (Guigou, 1999). Les femmes et les plus jeunes qui détiennent des parcelles de moindre importance et qui bénéficient en dernier du concours de travail du groupe familial ont les plus faibles revenus. Le revenu agricole de chaque personne est fonction du sexe de l'individu et de son statut dans sa cuisine. La position dominante du chef de famille s'explique par le fait qu'il est le principal pourvoyeur des principaux besoins de sa famille. Il est celui à qui il revient de procurer à sa femme et à ses enfants tous les biens nécessaires à leur existence : besoins alimentaires, vestimentaires et de santé. En pratique, si celui-ci n'est pas en mesure de prendre en charge l'intégralité de ces dépenses, il peut être secondé par son épouse. Des études ont montré que les femmes assurent l'essentiel des dépenses domestiques (Guigou et al., 1992).

L'activité pastorale constitue l'autre activité économique de base. En particulier, l'emboche bovine permet aux paysans de disposer d'autres revenus. Dans les familles, le troupeau du matrilineage constitue une richesse très recherchée, car très valorisant. Le terme « *Cegel*¹⁹ » utilisé pour sa désignation en est la parfaite illustration. Cette richesse est généralement destinée aux cérémonies (mariage, baptême, deuil etc.).

3 Contexte économique actuel

Compte tenu des problèmes écologiques liés essentiellement à la baisse de la pluviométrie, les régions du bassin arachidier se sont trouvées confrontées à des conditions de vie de plus en plus difficiles. Aujourd'hui, la crise qui sévit dans le milieu rural sénégalais se traduit, entre autres, par une saturation des terroirs. En effet, à mesure que la densité de population s'accroît, les populations ont été amenées progressivement à passer d'un mode de culture extensif à un mode de culture intensif. Le maintien d'un niveau de croissance élevé a conduit à l'augmentation des surfaces cultivées et à une moindre alternance de la rotation des cultures. S'en est suivie une dégradation des sols qui a rendu l'agriculture plus vulnérable à la

¹⁹ Mot signifiant à la fois cheptel, bétail, mais aussi richesse.

sécheresse. Les Serer trouvent aujourd'hui dans l'économie monétaire, dans le développement d'activités extra-agricoles et surtout dans la migration les solutions pour satisfaire de leurs besoins vitaux. Ce sont les stratégies de survie actuellement en vigueur dans cette société.

Le premier réflexe a été, chez les agriculteurs, de s'adonner à des activités secondaires pour pallier leur déficit de revenus. La nécessité de se procurer des revenus nouveaux a conduit les agriculteurs à la vente de sous-produits agricoles (paille, foin, bois...) et à leurs spécialisations dans de petits métiers (confection de poulaillers, transport en calèche...). Les agriculteurs qui ont pu constituer une épargne durant les périodes de bonne récolte se lancent dans des activités commerciales grâce à l'ouverture de boutiques pour la vente de produits de premières nécessités (huile, riz, pétrole, cola...) ou au commerce de bétail (embouche bovine²⁰).

Les activités artisanales sont aussi très prisées mais celles qui procurent des revenus substantiels (tissage, forge et poteries) subissent actuellement la concurrence des produits manufacturés qui inondent les marchés traditionnels. Ces nouvelles occupations se sont multipliées avec la dégradation croissante de la situation économique. Elles occupent aujourd'hui une grande place dans les budgets des familles.

Lorsque la migration découle d'une forte pression démographique sur les terres cultivables ou sur les ressources disponibles d'une région, elle s'intègre dans les stratégies de survie des sociétés rurales (Bartiaux et Yana, 1995). Le recours à la migration urbaine devient aussi de plus en plus fréquent. L'intégration dans des réseaux migratoires est la traduction de la volonté des populations de consolider leurs budgets familiaux. Le phénomène migratoire a concerné en premier lieu les villes limitrophes comme Fatick, Bambey et Diourbel. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'il atteindra Dakar.

Ces migrations concernent surtout les jeunes (Delaunay et al., 1997). Ce sont notamment les femmes qui migrent assez tôt. Elles partent essentiellement entre 15-19 ans (44%) et les garçons entre 20-24 ans (31%). Nous observons que celles-ci migrent beaucoup

²⁰ Cette dernière activité est apparue comme la plus rémunératrice. C'est en particulier celle plus connue sous les termes d'embouche bovine qui connaît actuellement un véritable essor. Il s'agit de bovins achetés, engraisés et revendus sur les marchés ruraux

moins que les hommes après 25 ans, certainement parce qu'elles rentrent dans une vie conjugale au village. Les jeunes migrantes sont généralement accueillies par une parente ou par une connaissance parentale du village. A défaut, elles se regroupent par appartenance villageoise dans des quartiers populaires de la banlieue dakaroise. Les chambres qu'elles occupent par petits groupes leur permettent d'alléger le coût du logement. Les salaires très bas qu'elles perçoivent sont en rapport avec le type d'emploi. Elles ne disposent généralement que d'emplois de bonne assez mal rémunéré (entre 1500 et 20 000 FCFA). Le niveau de salaire dépend de l'âge, de l'expérience et des tâches à effectuer. Le salaire des hommes est plus élevé.

Les revenus tirés de la migration, bien que modestes, contribuent à l'allègement des charges familiales. Ils permettent aux jeunes filles de se procurer des vêtements et des produits cosmétiques, et aux jeunes garçons célibataires de pouvoir constituer plus facilement une épargne en vue d'un mariage futur. Surtout, les migrations urbaines permettent aux familles de réduire le nombre de bouche à nourrir. Le recours à la migration apparaît donc comme un moyen pour les familles de réduire les dépenses vivrières de la cuisine et de s'acquitter des dépenses vestimentaires et d'équipement. De plus, les familles peuvent recevoir des aides ponctuelles de la part d'un membre émigré de la famille (Pontié et Lericollais, 1999).

Le contrôle social en contexte de migration est assuré par les anciens migrants. Cette « stratégie-réponse » à la crise ne distend donc pas les liens familiaux. En effet, après l'aval des parents les personnes au départ sont mises sous la responsabilité d'un tuteur installé sur place. Généralement elles vivent en groupe dans des bidonvilles et un responsable désigné se charge de la surveillance. Ce contrôle n'est cependant systématique que pour les jeunes filles. C'est notamment à travers des relations de confiance entre les anciens migrants et les parents des personnes migrantes que se met en place cette autorité.

La vie associative des migrants constitue également un cadre idéal de perpétuation des valeurs sociales. Au-delà des objectifs principaux des associations (tisser des liens de solidarité, de fraternité et de concorde) émergent des fonctions sociales comme l'entraide, l'intégration mais surtout le contrôle des membres dans cet environnement à forte tentation. Toutefois, ces dernières années, des faits nouveaux sont apparus. Les jeunes mènent une concurrence intense par « le paraître » et observent de nouveaux comportements à leur retour

au village. Ils sont très enviés des jeunes restés au village, mais aussi suscitent des craintes chez les adultes. Ces angoisses semblent se concrétiser avec d'une part une distension des rapports entre jeunes et adultes, et d'autre part une augmentation des naissances hors mariages. Nous proposons dans ce qui suit un exposé rapide de la situation démographique.

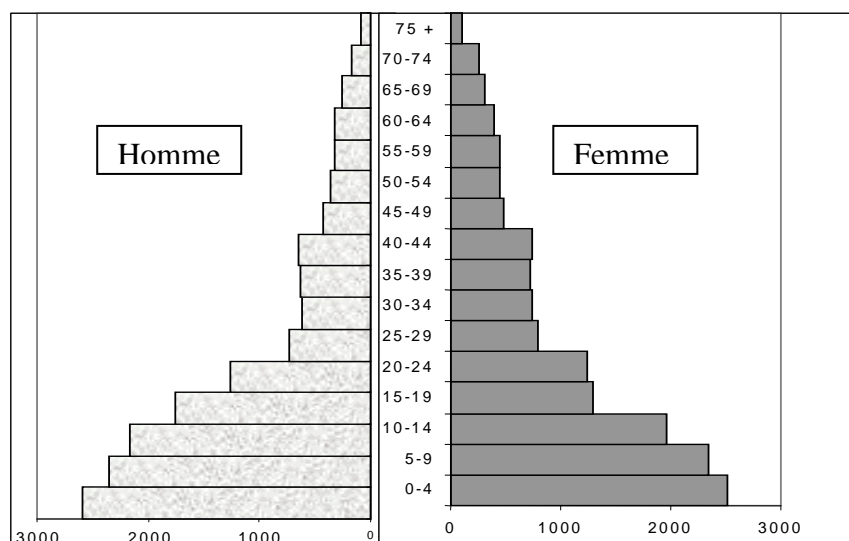
D. Contexte démographique

1 Croissance et structure de la population

1.1 Structure de la population par âge et sexe

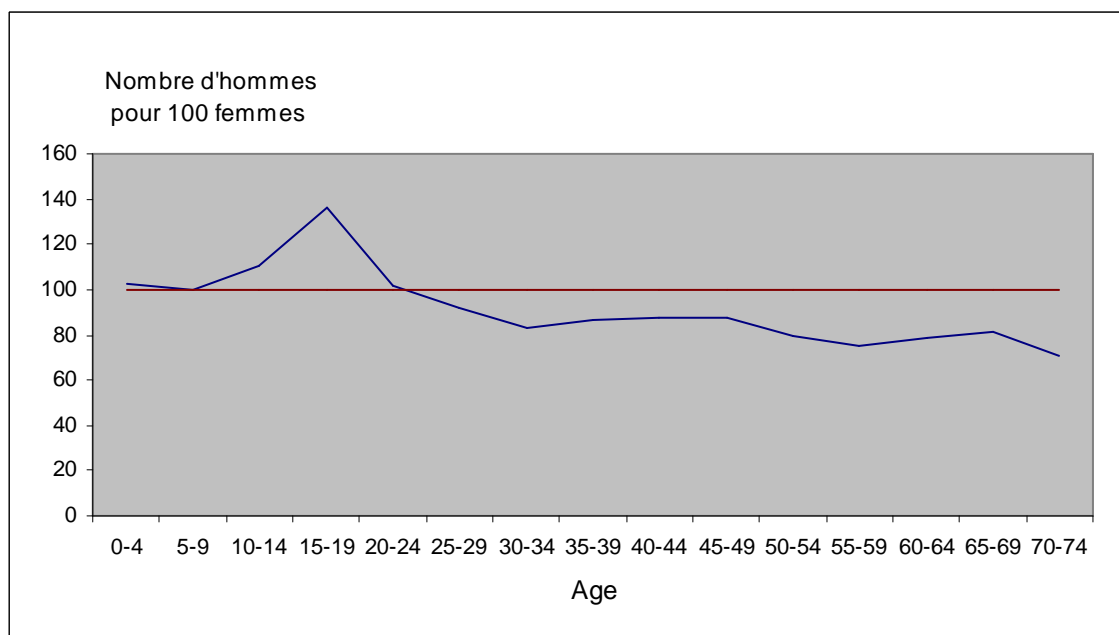
La pyramide des âges permet d'avoir une bonne vue d'ensemble de la répartition par âges d'une population. La [figure 3.3](#) montre qu'on est en présence d'une population relativement jeune. L'importance des jeunes se reflète en 1999 dans la part que représente la population des 0-14 ans dans la population. Elle représente 47,9 % de la population totale. Dans ce groupe d'âge, la part des garçons et des filles est assez proche (respectivement 50,9 et 49,1 %). La proportion de la population entre 15-64 ans est sensiblement identique à celle des 0-14 ans (48 %). Mais ici, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Elles représentent 51,3 % de la population contre 48,7 % pour les hommes. La part de la population âgée est très faible, seulement 4,1 % de la population. Là encore, on note une plus forte présence de la population féminine (56,6 % contre 43,4 %). La base très large et le sommet assez pointu de la pyramide traduisent la jeunesse de cette population.

Figure 3. 2: Pyramide des âges de la population en 1999



L'importance de la population masculine avant 15 ans semble évidente au regard de la [figure 3.4](#). L'évolution du rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes) met aussi en évidence le déficit d'hommes dans cette population. Au-delà de 15 ans âge les femmes apparaissent plus nombreuses dans tous les âges. Avec l'avancement en âge, la surmortalité masculine fait décroître le rapport le rapport de masculinité : c'est l'effet d'âge. L'évolution de la courbe peut aussi dépendre des migrations différentielles selon le sexe. Généralement, c'est à partir de 15 ans que l'on enregistre les départs les plus importants. Seulement, les données collectées dans la zone montrent que les femmes ont plus tendance à migrer que les hommes. Mais nous pouvons nous demander si le système d'enregistrement des migrations qui repose sur des règles de résidence (nous le verrons plus loin), et dont le but est de séparer les migrations définitives des migrations temporaires, permet d'observer la réalité des deux phénomènes. Le mode de résidence virilocale qui conduit la femme à quitter son domicile et à rejoindre celui de son mari, est le principal motif de migration définitive des femmes de la zone. Si elle intervient vers 15 ans, elle pourrait expliquer le « pic » observé à partir de cet âge. Ce constat n'aurait pas lieu si n'intervenait que le seul effet d'âge. On peut donc penser ici que c'est le départ vers le domicile conjugal qui réduit les effectifs de femmes au point d'augmenter sensiblement le rapport de masculinité à 15-19 ans.

Figure 3.3 : Niakhar. Rapport de masculinité au premier janvier 2000

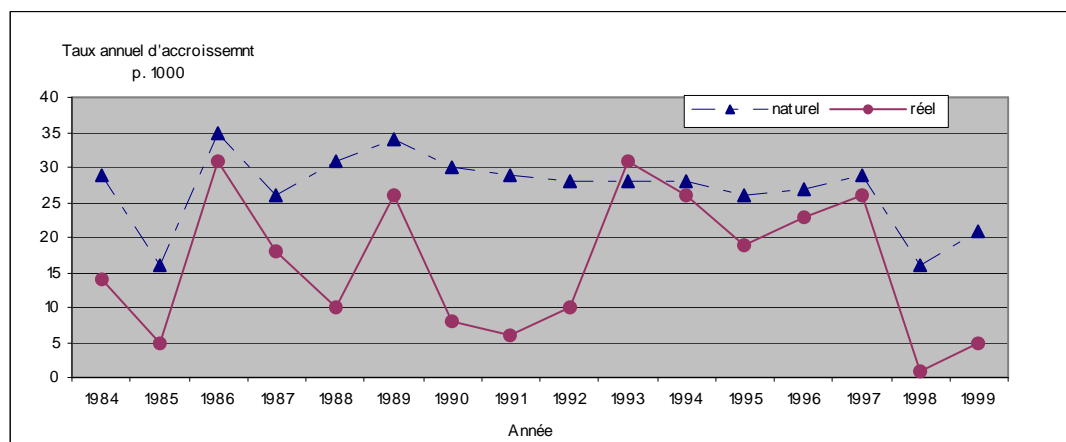


L'évolution sans « accident » notable après ces âges nous paraît dépendre que de l'avancement en âge et du fait de la surmortalité masculine. L'analyse de la migration que nous ferons plus loin nous permettra de confirmer nos hypothèses.

1.2 Facteurs d'accroissement de la population

Pour rendre compte de l'évolution d'une population, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs comme les taux brut de natalité, de mortalité, d'immigration et d'émigration. Le taux brut de natalité s'obtient en rapportant les naissances enregistrées une année donnée à la population totale moyenne de cette année. Il nous indique le nombre de naissances pour 1000 individus. Ce taux dépend de la proportion de femmes en âge d'être féconde dans la population totale. Puisque la mortalité a aussi un impact sur l'accroissement de la population, il est aussi nécessaire de calculer le taux brut de mortalité. Ce taux va lui aussi dépendre de la composition par âge mais aussi, de la situation sanitaire dans la zone. La différence de ces deux premiers taux nous permet d'estimer la croissance naturelle de la population. L'évolution d'une population est aussi liée aux mouvements de population. Les taux d'immigration et d'émigration, calculés aussi sur une population moyenne, permettent d'avoir le solde migratoire. Le détail des résultats de ces calculs effectués de 1984 à 1999 sont consignés en [annexe C.1](#). La représentation graphique des taux d'accroissement naturel et réel (avec prise en compte de la migration) permet de mieux percevoir les facteurs d'évolution d'une population ([figure 3.5](#)).

Figure 3. 4 : Niakhar. Accroissement de la population de 1984 à 1999



Le premier constat est que l'émigration est globalement plus fréquente que l'immigration. Toutefois, l'importance relative de la natalité entraîne un accroissement de la population tous les ans malgré un solde migratoire toujours négatif. Les différentes variations des taux trouvent généralement leur explication dans des phénomènes connus (Delaunay, 1994). L'épidémie de choléra de 1985 qui s'est traduite par un fort taux de mortalité et un faible taux d'immigration enregistré expliquerait la forte baisse du taux d'accroissement de la population observée cette année. La vague d'émigration constatée en 1988 qui a fortement contribué à ralentir l'accroissement de la population (1% d'accroissement) est consécutive aux pluies dévastatrices des récoltes de 1987.

Si nous analysons l'évolution de ces indicateurs suivant trois phases : 1984-1988, 1989-1993 et 1994-1999. Le taux de croissance naturelle varie sensiblement sur la première période, mais reste stable et s'installe à un niveau relativement élevé sur les deux périodes suivantes. Pour résumer, on peut dire que l'accroissement important de cette population s'explique par une forte natalité des femmes qui absorbée par une mortalité mais surtout par une forte émigration de la population.

2 Mortalité et évolution récente de la fécondité

2.1 Mortalité des enfants

Nous ne présentons ici que la mortalité des enfants (avant 5 ans) qui revêt une importance particulière dans les pays en développement. L'impact de la survie des enfants est aussi important dans le recours à la contraception. Ainsi, nous rendons compte de l'évolution de trois indicateurs de la mortalité des enfants : la mortalité infantile (rapport des décès d'enfants âgés de moins d'un an, survenus au cours d'une période, aux naissances correspondantes, 1q0), la mortalité juvénile (1q4) et la mortalité infanto-juvénile (5q0).

La mortalité infantile est relativement élevée dans la zone : la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son 5^{ième} anniversaire est de 223 pour 1000. Ce risque de décès infantile a cependant entamé un processus de baisse depuis les années 60. Garenne et al. (1987) soulignent que ce taux qui était de 500 pour 1000 sur la période 1962-66, est passé à 368 pour 1000 sur la période 1972-81. Cette baisse semble se poursuivre jusqu'en 2000. Entre les périodes 1963-67 et 1996-2000, le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit de plus de

moitié, passant de 485 pour mille naissances à 223. La baisse extraordinaire de la mortalité infantile dans cette zone rurale n'est certainement pas étrangère à ce résultat. Elle a chuté de plus des deux tiers sur cette période : de 223 pour mille naissances en 1963, il est passé à 83. Le taux de mortalité juvénile a aussi baissé, mais de façon moins spectaculaire. La mortalité avant 5 ans aurait été encore moins élevée si ce taux n'avait pas augmenté sur la période 1996-2000. Cette hausse serait liée à l'épidémie de shigellose et de méningite de 1998 qui a surtout touché les enfants de 1 à 5 ans (Diallo et al., 2001).

TABLEAU 3. 3 : La mortalité des enfants au Sénégal et à Niakhar entre 1963-2000.

Période	Quotients de mortalité ou risque de décès * 1000		
	Infantile 1q0 (p. 1000)	Juvénile 4q1 (p. 1000)	Infanto-juvénile 5q0 (p. 1000)
Sénégal rural			
EDS-I 1986	102	165	250
EDS-II 1992/1993	87	107	184
EDS-III 1997	79	94	165
Zone de Ngayokhème			
1963-1967	223	340	485
1968-1972	214	342	480
1973-1977	182	291	421
1978-1980	167	242	369
Zone de Niakhar			
1986-1990	106	130	223
1991-1995	79	125	195
1996-2000	83	152	223

Source : EDS ; Garenne et al., 1987 ; Delaunay et al, 2001; Boitard et Aubrisson, 2002
1q0 : probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son 1^{er} anniversaire
4q1 : probabilité pour un enfant ayant 1 an juste de mourir avant d'atteindre 5 ans
5q0 : probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son 5^{ème} anniversaire

La baisse de la mortalité des enfants dans la zone relève globalement des efforts menés en matière de vaccination contre les principales maladies infectieuses et les moyens mis en œuvre pour lutter contre le paludisme (traitement par insecticides, chimiothérapie et chimioprophylaxie des enfants de 1 à 5 ans). Cette baisse est aussi observée dans l'ensemble du secteur rural du pays.

2.2 Evolution récente de la fécondité

La période 1963-65 concerne la première phase du projet Niakhar. Notre recherche est surtout axée dans la troisième phase du projet qui démarre en mars 1984 et se poursuit jusqu'à nos jours. Manifestement, la fécondité est en baisse (tableau 3.5). De 7,9 enfants par femme en 1984-89, l'ISF de la zone d'étude de Niakhar tombe à 6,9 enfants par femme. Cette

baisse de la fécondité s'explique par la baisse de la fécondité observée à tous les âges. Les diminutions des taux de fécondité sont surtout perceptibles dans le groupe d'âge 15-19 ans. Entre les périodes 1984-89 et 1990-94 le taux de réduction est de 17,5% et entre 1984-89 et 1995-99, il est de 30,1%.

Pour les autres groupes d'âge, la baisse de la fécondité est importante entre 40-44 ans si l'on étudie son évolution entre les périodes 1984-89 et 1990-94 (13,9%). Par contre, au regard des périodes 1984-89 et 1995-99 c'est la fécondité du groupe d'âge 45-49 qui chute fortement (33,3%). Dans tous les cas, on peut dire que la baisse de la fécondité est surtout notable aux âges extrêmes.

TABLEAU 3. 4 : Taux brut de fécondité générale par âge des femmes en milieu rural sénégalais et taux observés dans la zone d'étude de Niakhar sur plusieurs périodes.

Groupe d'âges	Période ^a 1963-65	Période 1984-89 (1)	Période 1990-94 (2)	Période 1995-99 (3)	Taux (%) de Réduction (1)-(2)/(1)	Taux (%) de Réduction (1)-(3)/(1)
15-19	0.168	0.166	0.137	0.116	17.5	30.1
20-24	0.319	0.327	0.324	0.280	0.9	14.4
25-29	0.308	0.342	0.319	0.308	6.7	9.9
30-34	0.257	0.312	0.314	0.303	-0.6	2.9
35-39	0.186	0.262	0.248	0.231	5.3	11.8
40-44	0.096	0.144	0.124	0.126	13.9	12.5
45-49	0.033	0.027	0.025	0.018	7.4	33.3
Fécondité cumulée	6.8	7.9	7.5	6.9	5.1	12.7

a : Période 63-65 d'après Garenne et autres périodes d'après nos propres calculs à partir des données exhaustives de la base.

La fécondité des groupes d'âges intermédiaires baisse aussi mais nettement de façon moins importante. Exception faite aux groupes d'âge 30-34 ans, la réduction des taux de fécondité par âge varie de 0,9 à 6,7% durant les deux premières périodes. Entre la première et la troisième période, les niveaux de réduction atteints sont plus importants (entre 2,9 et 11,9%). C'est la raison pour laquelle nous avons une baisse deux fois plus importante de la période 1984-89 et 1990-94 comparée à celle 1984-89 et 1995-99 (12,7% contre 5,1). Le niveau de la fécondité encore relativement élevé s'explique par la baisse assez faible des taux de fécondité aux âges les plus féconds.

Il est important de comparer la situation à Niakhar et les résultats nationaux ([tableau 3.6](#), [figure 3.6](#)). Mais Niakhar se situant dans la même configuration sociologique de la Région de Fatick, il serait intéressant de rapprocher leurs données respectives (on l'intégrera

dans l'analyse quand nous disposerons de ces données). Cette comparaison intéressante a été déjà réalisée par Garenne et Van Ginneken (1994) lorsqu'ils ont rapproché les données du Projet Niakhar à l'ESF en 1978 et à l'EDS-I en 1986. Ils ont trouvé une bonne cohérence entre la fécondité des Sereer des villages couverts par le système de surveillance de Niakhar et celle de la population Sereer rurale mesurée dans ces deux enquêtes.

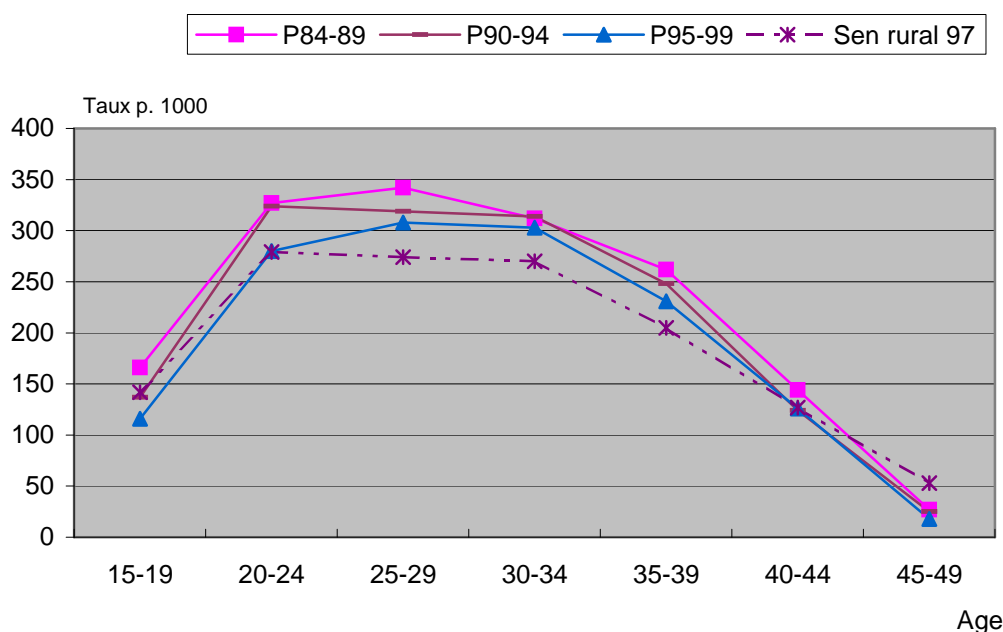
TABLEAU 3. 5 : Taux brut de fécondité générale par âge des femmes en milieu rural sénégalais et taux observés dans la zone d'étude de Niakhar sur plusieurs périodes.

Groupes d'âge	Niakhar				ESF 1978	EDS I 1986	EDS II 1992/93	EDS III 1997	
	Période ^a 63-65	Période 84-89	Période 90-94	Période 95-99		Rural		Rural	Urbain
15-19	0.168	0.166	0.137	0.116	0.233	0,210	0,167	0,142	0,058
20-24	0.319	0.327	0.324	0.280	0.305	0,296	0,290	0,279	0,141
25-29	0.308	0.342	0.319	0.308	0.324	0,293	0,292	0,274	0,196
30-34	0.257	0.312	0.314	0.303	0.285	0,282	0,257	0,270	0,215
35-39	0.186	0.262	0.248	0.231	0.201	0,207	0,193	0,205	0,162
40-44	0.096	0.144	0.124	0.126	0.112	0,120	0,001	0,127	0,062
45-49	0.033	0.027	0.025	0.018	0.038	0,054	0,047	0,053	0,026
Fécondité cumulée	6.8	7.9	7.5	6.9	7.5	7,3	6,7	6,7	4,3

a : Période 63-65 d'après Garenne et autres périodes d'après nos propres calculs à partir des données exhaustives de la base. ; b : Taux sur la période des 5 ans précédant l'enquête.

Source : Direction de la statistique. 1981. Ndiaye et al. 1988, 1994 et 1998.

Figure 3. 5 : Evolution des taux de fécondité par âge à Niakhar et au Sénégal



Nous donnons ici un aperçu de la fécondité à Niakhar comparée à celle observée au niveau rural national. Pour comparer les données de Niakhar aux observations des dernières enquêtes EDS, on rapprochera la période 1984-89 à l'EDS-I 1986, la période 1990-94 à l'EDS-II 1992/93 et la période 1995-99 à l'EDS-III 1997. Si la fécondité baisse à la fois à Niakhar et en milieu rural national, on notera que la baisse paraît être plus marquée au niveau national. Les différences s'expliquent par la composante rurale retenue dans les enquêtes EDS.

3 La nuptialité

3.1 Un mariage relativement précoce des filles

La connaissance des comportements en matière de nuptialité est aussi importante dans l'analyse de la fécondité. Le mariage est fréquent dans la population et la polygamie reste un phénomène assez répandu. D'ailleurs, l'union monogamique n'est généralement qu'un passage vers le type polygamique. Le célibat définitif, des femmes en particulier, y est pratiquement inexistant.

La tendance montre que le premier mariage arrive de plus en plus tard du fait des difficultés économiques qui rendent difficile la constitution de la compensation matrimoniale. La généralisation des migrations vers la ville oblige les jeunes célibataires à se marier de plus en plus tard. Mais l'allongement du calendrier du mariage est plus perceptible chez les filles. En 1984, elles se sont mariées généralement vers 17, 18 ans et les garçons vers 26 ans. En 1999, leur âge au mariage augmente (pratiquement 21 ans) et celui des hommes semble se maintenir. (Delaunay et al., 1997 ; Boitard et Aubrisson, 2002).

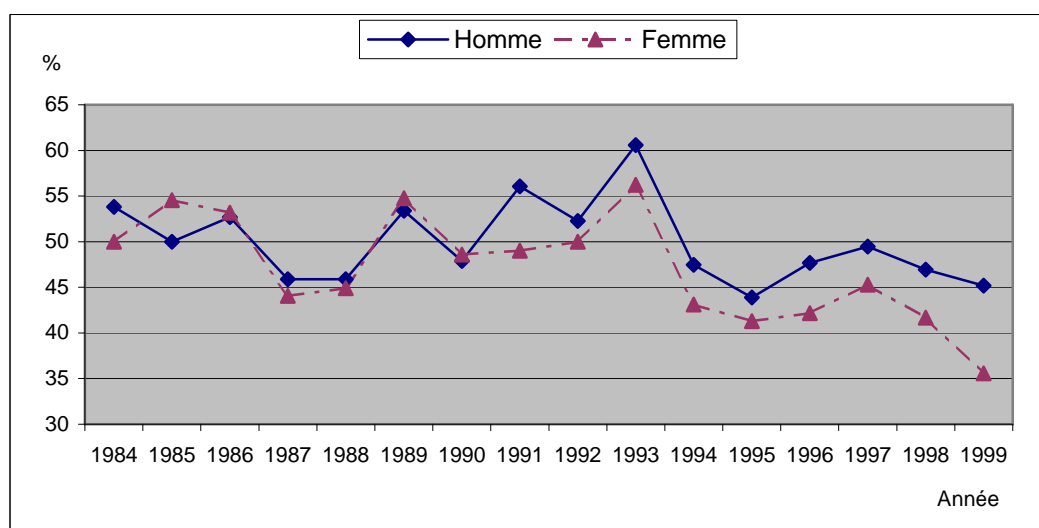
3.2 Les premiers signes d'un recul de la polygamie ?

La polygamie a toujours été l'un des moteurs de la forte fécondité en Afrique rurale. Le mariage assez précoce des hommes favorisait l'entrée en régime polygamique. A Niakhar, ce comportement est aujourd'hui perturbé par la migration qui conduit ces derniers à se marier de plus en plus tard. Les données disponibles sur la nuptialité ne permettent pas d'opérer une analyse globale de l'évolution du phénomène selon les types matrimoniaux monogame et polygame. Pour un certain nombre de femmes de la base de données, on ne peut pas savoir si elles sont en union polygame ou monogame. Nous ne pouvons connaître le type

matrimonial d'une femme de la catégorie « M1 », qui regroupe les femmes mariées première épouse et seule épouse. Les résultats que nous présentons excluent donc cette catégorie.

Si nous nous référons aux informations que nous disposons, il semblerait se dégager une régression relativement rapide des mariages de type polygamique (figure 3.7). En 1984, 54% et 50% respectivement des hommes et des femmes mariés étaient en union polygames. Après des périodes de hausse et de baisse, ces proportions ont atteint des niveaux maxima en 1993. Les proportions d'hommes et de femmes en union polygame atteignent respectivement 60,6 et 56,2% cette année. Mais depuis cette dernière année elles n'ont cessé de baisser, et elles tombent aujourd'hui sous la barre des 50%. En 1999, on ne compte plus que 45% d'hommes et 35% de femmes en union polygame.

Figure 3. 6 : Proportion des mariages en union polygame année par année (1984-1999)



Source : Données de la base (catégorie M1 non comprise)

Si cette tendance se confirme, en modifiant les effectifs de candidats au mariage la diminution de l'écart d'âge au mariage rendra plus difficile, à terme, la pratique de la polygamie. Ainsi, le recul de la polygamie ouvrira une nouvelle perspective en matière de relations matrimoniales (Locoh, 2002). En effet, la polygamie permet à des hommes généralement âgés de se marier avec de jeunes filles. L'importance de l'écart d'âge entre époux polygames rend parfois difficile l'instauration d'un dialogue conjugal Au niveau du couple, nous pensons qu'une faible différence d'âge entre conjoints est plus propice à la communication, en particulier en matière de décisions dans la gestion de la fécondité.

4 La migration

4.1 L'enregistrement des migrations

Le critère retenu pour l'enregistrement des migrations est la notion de résidence. Ainsi, dans le cadre des études démographiques du projet " Population et Santé " à Niakhar, est considérée comme résidente *toute personne vivant habituellement dans la concession, même si elle se trouve momentanément absente lors du passage de l'enquêteur.* L'enregistrement de l'émigration est fait soit par déclaration de l'émigré(e), soit au bout de six mois d'absence. Les travailleurs saisonniers sont considérés comme résidants que lorsqu'ils passent au moins un mois par an dans la concession familiale (Delaunay, 1996). Ne sont donc pas considérés comme migrants :

- les travailleurs saisonniers qui reviennent moins d'un mois dans l'année dans la zone ;
- les travailleurs hors zone qui ont une épouse dans la zone et qui reviennent régulièrement ;
- les élèves et les talibés qui sont considérés comme résidents chez leurs parents lorsque ceux-ci sont résidents et ne considèrent pas que leurs enfants soient confiés.

Dans notre étude, nous ne s'intéresserons qu'à la migration saisonnière de type norane qui se déroule la plupart du temps en ville. Les individus qui participent à ces mouvements reviennent au village pour y passer au moins un mois consécutif dans l'année. Cependant, cette migration peut être de type circulaire avec de multiples retours de durée variable. Cette migration, qui conduit l'individu souvent en ville, est en augmentation constante dans la population.

4.2 Le phénomène migratoire dans la zone

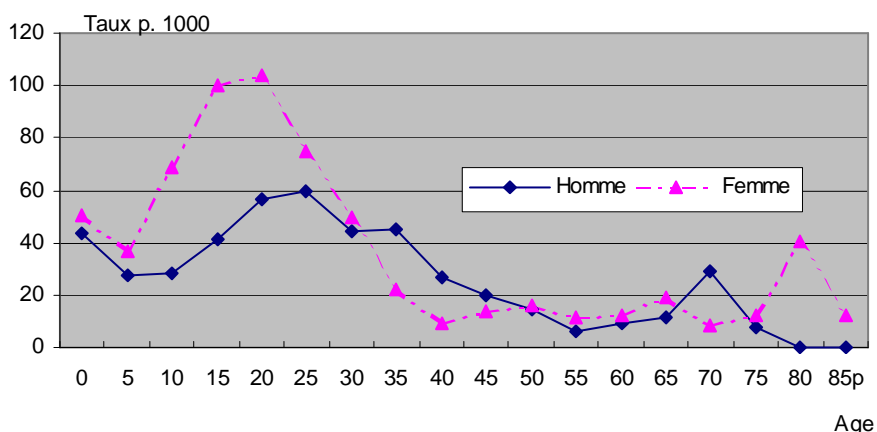
Les mouvements d'entrée et de sortie par migration sont bien enregistrés dans la zone. Les migrations sont classifiées en 2 types : les migrations temporaires et les migrations définitives. On caractérisera ces dernières migrations par l'émigration et l'immigration. Cette distinction qui repose sur les critères déjà énoncés, reste discutable. En effet, il faut revenir au moins un mois dans l'année au village pour être considéré comme résident. Les hommes et les

femmes qui migrent et qui reviennent trois semaines consécutives au village, ne sont pas fondamentalement différents des autres. Par ailleurs, il serait aussi important d'effectuer dans les analyses une distinction rigoureuse des migrations non définitives.

La connaissance des mouvements migratoires temporaires (résidents absents) entre le village et la ville est importante pour notre recherche. Quoique de durée limitée et de caractère cyclique, elles s'apparentent aux autres types de migration par leur cause car elles sont toujours déclenchées par une situation socio-économique difficile. C'est l'interaction sociale dans les zones de migration qui justifie, pour notre étude, l'intérêt d'une distinction claire. Deux mouvements essentiels caractérisent les migrations considérées comme temporaires dans la zone : les *navétane* et les *norane*. Dans le premier cas, les migrants continuent d'exercer une activité agricole, et la population d'accueil reste rurale. Par contre dans le second, les migrants exercent au contraire une activité non agricole, le plus souvent dans une zone urbaine. Contrairement à la migration navétane qui intervient essentiellement en saison des pluies, la migration norane est moins liée au rythme des saisons. Un migrant norane peut ne pas revenir au village durant la saison des pluies. Le terme norane, qui renvoie au départ en saison sèche d'individus dans les centres urbains, peut paraître inadéquat dans ce cas précis. Ces catégories de migrants temporaires de travail deviennent, à terme, définitives. Notre intérêt se porte tout de même sur ce dernier type de migration temporaire (norane) puisqu'il se passe en milieu urbain, une zone d'accès potentiel aux messages sur la planification familiale. Cette migration constitue un des volets d'explication de la diffusion de nouvelles valeurs (modernes) en milieu traditionnel en ce sens que le changement de contexte peut favoriser l'évolution des mentalités.

Les migrants de ce type se dirigent principalement vers Dakar ; la deuxième destination est Mbour. En 1999, 85,4% des migrants se sont rendus à Dakar contre seulement 8,8 % pour Mbour. Les autres villes de destinations des migrants sont Fatick (3,3%) et Kaolack (2,5%).

Figure 3. 7 : Taux d'émigration définitive par âge et sexe à Niakhar en 1999



L'émigration varie fortement selon l'âge et le sexe (figure 3.8). Quel que soit le sexe, le phénomène concerne plutôt les jeunes que les anciennes générations. Avant 30 ans, elle touche beaucoup plus la population féminine que masculine. Les femmes émigrent essentiellement entre 15 et 24 ans, et les hommes entre 20 et 24 ans. L'âge de départ des femmes semble confirmer l'hypothèse que nous avons avancée dans l'analyse des rapports de masculinité. La forte hausse du niveau de ce rapport à 15-19 ans tient du départ vers le domicile conjugal des femmes.

Afin de mesurer la diffusion de la contraception dans la zone dans ce contexte général, nous utilisons une enquête effectuée par une équipe du laboratoire « Population et santé ». Nous présentons dans ce qui suit cette enquête quantitative.

II. – Présentation de l'enquête quantitative ICOFEC

Ce travail rentre dans le cadre des activités de recherche menées par l'unité « Santé de la reproduction, fécondité et développement » de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) dans la zone d'étude de Niakhar, au Sénégal. Les données utilisées ici constituent le volet quantitatif d'une première phase d'enquête intitulée « Opinions, attitudes et comportements relatifs à la vie familiale ». Il s'agit de l'enquête sur les comportements de fécondité (ICOFEC).

Les objectifs principaux de cette recherche sont d'identifier des comportements novateurs en matière de fécondité et de soulever les principaux obstacles à l'adoption de

valeurs nouvelles dans un processus de diffusion. L'hypothèse générale de recherche est que « *les comportements des hommes et des femmes ne relèvent pas uniquement d'une décision prise au niveau individuel ou du couple ; ils procèdent également d'un environnement économique, social et culturel donné* ».

Les données sur lesquelles nous nous appuyons pour notre étude nous permettent de contribuer à ces essais d'explications. Notre intérêt porte sur l'analyse de la diffusion actuelle de la contraception en rapport avec les normes socioculturelles du milieu d'étude.

A. Echantillonnage

La sélection de l'échantillon s'est fait selon un tirage par grappe à deux niveaux. Le premier niveau constitue celui des villages qui ont été choisis de manière raisonnée afin de prendre en compte la disparité des niveaux d'équipement entre les villages. Le second niveau est celui des concessions qui ont été sélectionnées au hasard. Les individus répondant au critère d'âge d'une même concession ont été enquêtés. Les villages de la zone d'études ont été regroupés en trois types :

- Les villages-centres : lieux d'échanges et de communication grâce à la présence de marchés, de postes de santé, de forages, d'infrastructures scolaires ;
- Les villages-périphériques : Comme leur nom l'indique, ils sont à proximité de ces villages à forte activité économique et sociale ;
- Les villages isolés : sont généralement assez éloignés des centres d'activité.

B. Le questionnaire et les objets d'étude

Le questionnaire a été élaboré après une enquête qualitative préliminaire qui s'est déroulée en juillet 1998²¹. Cette enquête a permis de bien cibler les thèmes sur lesquels il fallait interroger la population. Une liste des personnes à enquêter a été imprimée dans l'objectif d'un suivi de l'enquête par un pointage des questionnaires au fur et à mesure de son avancée afin de suivre l'évolution du travail des enquêteurs. Les enquêteurs devaient informer

²¹ Elle a consisté à 35 entretiens individuels et 4 groupes de discussions.

le chef de concession des objectifs de l'étude et recueillir son accord. Ils avaient ensuite informé de manière individuelle chacun des enquêtés et recueillir son accord avant de procéder à l'enquête.

Compte tenu de l'importance des mouvements saisonniers vers Dakar, les adresses relevées auprès des familles lors du passage dans les villages ont permis de retrouver les migrants qui devaient être interrogés. Les conditions logistiques et budgétaires n'ont pas permis de rechercher les migrants sur les autres lieux de migrations.

L'enquête rétrospective qui a pu être menée dans le site de Niakhar a concerné 804 hommes et 1039 femmes, et s'est déroulée de juillet en décembre 1999. Dans 9 villages de la zone d'étude, 35 concessions ont été tirées au hasard ([annexes A.2 et A.3](#)). Dans chaque concession, tous les hommes de 20 à 69 ans et toutes les femmes de 15 à 54 ans ont été interrogés. Les données que nous allons utiliser sont issues de cette enquête. Deux questionnaires ont été établis à cet effet : un premier qui était destiné aux hommes et un second aux femmes ([annexe A](#)). Pour aider les enquêteurs dans leur tâche de datation des événements, ils ont reçu un calendrier historique, un calendrier des fêtes musulmanes, chrétiennes et civiles et un calendrier saisonnier serer. Le questionnaire est constitué de trois modules : un module « histoire migratoire », un module « histoire matrimoniale » et un module « Grossesses, naissances et contraception ».

1 Histoire migratoire

Dans cette enquête, les données sur la migration concernent :

- le recueil des différents séjours résidentiels, selon une règle de migration stricte : les séjours de plus de 6 mois, sauf les séjours correspondant à des migrations norane de travail ;
- les séjours de migration norane, pour lesquelles on n'a de précisions que pour la première et la dernière.

En plus des informations sur les lieux de première et de dernière résidence dans le cadre de la migration, nous disposons du nombre total de migration effectué. Des données sont aussi disponibles sur les âges à la première et à la dernière migration, l'activité dans leurs lieux de séjour. Ces informations sont particulièrement importantes pour notre recherche car

elles nous permettent d'apprécier l'impact de l'expérience migratoire dans l'accès à la contraception. L'enquête s'est aussi intéressée à la migration « navétane » qui n'intervient qu'en saison des pluies, et est principalement orientée vers d'autres zones rurales. Puisque l'impact du séjour migratoire dans l'accès à la contraception n'est envisagé que lorsque celui-ci se déroule en ville, notre travail sera axé uniquement sur la migration de type norane.

2 Histoire matrimoniale

Ce volet du questionnaire était destiné à apporter des renseignements sur le choix du conjoint des personnes mariées, la date de célébration des mariages et le devenir des unions. L'objectif de ce volet de l'enquête était de retracer l'ensemble de l'histoire matrimoniale des hommes et des femmes.

3 Grossesses, naissances et contraception

Cette partie de l'enquête est particulièrement importante pour notre recherche. Elle nous a permis d'avoir des renseignements sur:

- La fécondité de l'homme ou de la femme. Les données obtenues concernent la date des différents accouchements et leur issue (naissance vivante, mort-né, avortement et fausse couche), la date de décès des enfants n'ayant pas survécu et le désir supplémentaire d'enfants
- la pratique du placement des enfants. En l'occurrence, a été collecté leur âge, le lien de parenté avec la famille d'accueil, la nature du placement (arrangement temporaire ou permanent) et les motifs du placement.
- La connaissance et la pratique de la contraception. Ces données nous permettent de mesurer la qualité de la connaissance des différentes méthodes (connaissance spontanée et après description), l'utilisation passée et actuelle de la contraception.

Les méthodes de contraception ont été classées en trois catégories : méthodes modernes ou médicalisées (pilule, injection, Diu ou stérilet et condoms), méthodes naturelles (abstinence et retrait) et méthodes traditionnelles (plantes, amulettes ou talisman ...). La stérilisation n'est pas proposée dans le réseau sanitaire de la zone. Les enquêtés avaient la

possibilité d'apporter une réponse autre que celles proposées, en particulier la connaissance ou l'utilisation d'une méthode populaire. La façon dont les enquêtes étaient menées le permettait d'ailleurs. Après avoir demandé aux individus de citer spontanément des méthodes pour espacer, éviter ou empêcher une grossesse, l'enquêteur leur demandait s'ils avaient déjà entendu parler d'une méthode en particulier. Pour chaque méthode citée par l'enquêté(e), il lui était demandé s'il l'avait déjà utilisée et, pour les femmes, si elles l'utilisaient au moment de l'enquête. Parce que les stratégies de reproduction des hommes polygames peuvent être différentes d'une épouse à l'autre, les hommes mariés ont été interrogés sur leur pratique actuelle de la contraception et les projets de fécondité avec chacune de leurs épouses actuelles. Les hommes n'ont pas été interrogés sur leur pratique contraceptive en dehors de l'union.

Ainsi, les biographies masculines ont été saisies de la même manière que les biographies féminines. Par ailleurs, tous les membres présents d'un même ménage ont été interrogés, soit le mari et l'ensemble de ses épouses. Ces données permettent donc d'étudier de manière approfondie les comportements contraceptifs en liaison avec le passé migratoire, les caractéristiques individuelles, celles du couple, le type d'union, la descendance atteinte.

4 La saisie et l'exploitation des données

La saisie des données a été effectuée à l'IRD-Hann de Dakar. Quatre agents de saisie recrutés de façon permanente ont saisi l'ensemble des données d'enquête recueillies dans la zone. Les données ont fait l'objet d'un contrôle à la fin du travail. Certaines données manquantes ou vérifications ont nécessité un retour aux questionnaires.

Avant de procéder à l'exploitation des fichiers, nous avons nous même procédé à un apurement des fichiers par une analyse de cohérence des informations. Un type d'incohérence particulièrement relevé était que certain(e)s enquêté(e)s affirmaient avoir déjà utilisé la contraception alors qu'ils/elles déclaraient par ailleurs ne connaître aucune méthode ou une méthode donnée. Quant au traitement des questionnaires, il a permis d'établir des fichiers dont l'objet est de dresser les niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception dans la zone. Les informations socioculturelles, économiques et démographiques recueillies auprès des personnes interrogées ont permis également de les caractériser dans leur comportement

relatif à la contraception. Nous précisons dans la présentation des résultats les méthodes statistiques utilisées dans l'étude des facteurs déterminants.

TABLEAU 3. 6 : Instruments de collecte des données et indicateurs

Instruments de collecte des données	Indicateurs
Enquête ICOFEC 1	a) Niveaux de connaissance de la contraception b) Niveaux de pratique de la contraception c) Préférences de fécondité et niveaux de concordance au sein des couples d) Demande de contraception

III. - Présentation des enquêtes complémentaires

Après la définition du cadre théorique, la vérification des hypothèses avancées nous conduit à essayer à partir de nos moyens (compte tenu du temps et des moyens d'investigation disponibles) d'examiner ces hypothèses afin d'approfondir, d'affiner et de défendre la thèse, sans omettre la possibilité d'en réviser certains points, fussent-ils fondamentaux. En matière d'approfondissement, le test des hypothèses implique un choix concernant les points sur lesquels on souhaite avoir des précisions. Ce travail nécessite également un choix des techniques, de recueil de données quantitatives, qualitatives, directes ou indirectes, orales ou écrites. Notre démarche peut paraître arbitraire mais elle obéit à notre logique générale qui est la cohérence avec les choix théoriques effectués et les hypothèses avancées, et à une logique stratégique qui tient compte des facteurs liés aux possibilités d'investigation du chercheur et à l'état actuel de la connaissance du sujet étudié.

La collecte de données complémentaires a été effectuée au moyen de deux types d'enquêtes : une enquête quantitative consistant à une exploitation de données de registres de PF de trois postes de santé suivie d'interview des prestataires de services et une enquête qualitative d'approfondissement dont le but était de saisir les facteurs explicatifs des comportements observés. L'interview des clientes en PF n'a pas été menée du fait de cette dernière étude que nous avons mené auprès de femmes pratiquant ou ayant pratiqué la contraception.

A. Le cadre socio-institutionnel : deux démarches explicatives de la diffusion

1. La prise en compte du contexte de l'offre

Cette approche est axée sur trois dimensions de l'offre de services de contraception : infrastructurelle, organisationnelle et accessibilité. Parmi ces différentes notions, c'est surtout sur celle de l'accessibilité, en particulier la relation entre acteurs et prestataires de services, que nous souhaitons attirer l'attention. Le cadre général de l'analyse est complété par l'étude des caractéristiques des personnes qui fréquentent les centres de planification familiale.

Il est aujourd'hui peu évident de comprendre, dans un contexte de baisse importante de la mortalité des enfants, de crise économique, écologique et pluviométrique, la faible utilisation de la contraception en milieu rural. Le débat sur les implications de ces différents phénomènes en matière de comportements reproductifs continue de mobiliser les chercheurs. En particulier, on se demande pourquoi dans de telles situations la population rurale n'affiche pas clairement une attitude de maîtrise de la fécondité. Dans un contexte où l'on note une insuffisance des structures sanitaires, un manque criant d'équipements, un éloignement des postes de santé existants et des relations parfois difficiles entre prestataires de services et clients potentiels, on peut s'attendre à un faible attrait à la contraception malgré la précarité des conditions de vie et le recul de la demande d'enfants (main d'œuvre familiale). Dans ce cas, les difficultés liées au poids des charges d'éducation et d'élévation d'une famille nombreuse, peuvent ne pas se traduire par un recours accru à la contraception. De telles hypothèses nous conduisent à prendre en compte le rôle du programme de planification familiale en vigueur auprès des populations dans l'appréciation du niveau actuel de diffusion de la contraception.

En témoigne l'évolution constatée du niveau de recours à la contraception, des efforts réels ont été engagés en matière d'offre de contraception au Sénégal. Toutefois, la politique mise en œuvre n'a pas évité le creusement des inégalités entre villes et campagnes. En 1994, sur les 180 points de prestations de services de planification familiale recensés dans les dix régions du pays, près de la moitié (47%) sont localisés à Dakar (Antoine et al., 2002). Ce déséquilibre dans la répartition géographique des postes de planification familiale entre la capitale et le reste du pays s'accompagne de lacunes en matière de qualité du service offert : manque de formation du personnel et manque de matériels.

La volonté du ministère de la Santé et de l'Action Sociale de décentraliser les institutions de planification familiale se traduit par la mise en place d'un important volet d'appui aux municipalités. Cet effort d'extension du programme a certes atteint les zones rurales, mais l'équipement et le personnel d'appui nécessaire font défaut. Des matrones sont certes présentes dans les postes ruraux, mais les autorités tardent à leurs offrir un minimum de formation en santé de la reproduction nécessaire pour seconder les infirmiers chefs de poste (ICP) en charge de gérer le programme dans les villages. Ces femmes peuvent pourtant être d'une très grande utilité dans la diffusion de la contraception. Avant l'implantation des structures modernes de santé, l'accouchement des femmes se faisait à domicile avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. Elle veillait et continuer de veiller au bon déroulement de l'accouchement dans les zones les plus reculées. Aujourd'hui, on fait de plus en plus appel à la matrone²² qui a su profiter des gestes innovants introduits au village par le biais de la médecine moderne. Ces compétences se limitent à l'assistance à l'accouchement à domicile, à l'accompagnement éventuel de la parturiente vers le dispensaire en cas de problème, à la déclaration de la naissance au dispensaire. Elle officie essentiellement au dispensaire et sert d'auxiliaire à l'ICP. Mais sa formation doit être étendue vu qu'elle peut être très utile en matière de santé de la reproduction. C'est d'autant plus nécessaire qu'elle demeure une confidente très appréciée des femmes.

Cela peut être une occasion d'intéresser un acteur social important dans le domaine de la reproduction dans les sociétés traditionnelles. Notre première expérience de terrain nous a permis de constater que les matrones sont généralement sous-utilisées bien que l'on sache que leur influence s'exerce encore fortement auprès de leurs consœurs.

Afin d'apprécier les stratégies d'offre de contraception, convient-il donc d'évaluer les infrastructures sanitaires disponibles, leurs moyens matériels et humains et leur organisation, notamment en matière d'IEC.

2. La prise en compte des rapports d'influences

Un volet important de la compréhension de l'état actuel de la diffusion de la contraception reste, d'une part, les relations qu'entretiennent les agents de santé et les personnes qui souhaitent recourir aux méthodes et, d'autre part, les négociations à l'intérieur

²² La matrone se différencie de l'accoucheuse traditionnelle du fait de la formation qu'elle a reçue. Celle-ci lui procure un statut moderne et plus officiel.

même du milieu social dans lequel elles s'effectuent. La recherche explicative de la faible diffusion de la contraception s'appuie ici sur l'analyse des rapports d'influences entre les agents de santé et les individus sensés recourir à la contraception, et sur l'analyse de l'impact des rapports de pouvoir décisionnel au sein de la communauté. Comme l'indique Caldwell, il serait inapproprié dans ce genre d'étude de parler de stratégies individuelles ou parentales dans une famille africaine pour les décisions qui concernent la descendance puisque celles-ci les échappent²³. L'entité décisionnelle est donc plus large qu'elle n'y paraît.

Ceci nous renvoie au processus d'offre et de demande de contraception. Du côté de la demande, les résultats quantitatifs nous ont montré qu'il existe un besoin de pratique contraceptive, notamment des femmes de cette société. Dans le cadre de l'offre de services la connaissance de l'action, de la position des agents de santé et des conditions qu'ils peuvent émettre en matière de régulation des naissances est importante. Ces processus constituent pour la plupart du temps des moments de socialisation, de négociation, de décision et d'action des individus vis-à-vis de la santé et de la régulation des naissances (Lerner et Quesnel, 1998).

En diffusant leurs normes biomédicales (âge au premier mariage, âge à la première et dernière naissance, espacement des naissances, nombre idéal d'enfants etc.), les établissements de santé procèdent à la même occasion à la remise en cause des normes en vigueur dans la société ou la communauté considérée. Il est vrai que seul un tiers des naissances en milieu rural sénégalais a lieu dans un établissement sanitaire, mais il faut reconnaître que ce chiffre reste non négligeable du fait de leur accès difficile. La distance médiane que les femmes rurales mariées parcourent pour se rendre à une formation sanitaire est de 4,2 kilomètres, mais plus du quart d'entre elles parcourt 15 kilomètres pour accéder à une formation sanitaire offrant des services de planification familiale (ESIS, 1999). Plus important encore, notons que 76% des naissances d'enfants de femmes rurales ont bénéficié d'une consultation prénatale auprès d'un personnel de santé. Or c'est à l'occasion de ces consultations que les agents de santé dispensent des conseils en matière de santé génésique. Ils mettent généralement en avant les conséquences d'une descendance nombreuse sur la santé et son impact sur qualité de l'éducation des enfants. Les maris ne partagent pas toujours les conseils donnés à leurs femmes dans les institutions sanitaires, notamment en matière de contraception. Rappelons que la démarche des agents sanitaires ne rentre pas en contradiction

²³ Caldwell [1976, p. 337] cité par Piché V et Poirier J., "Les approches institutionnelles de la fécondité", In : sociologie des populations, Gérard H. et Piché V. (ss dir.), Montréal, PUM/AUPELF-UREF, 1995, p. 128.

avec leur volonté de conditionner l'accès aux méthodes à l'aval de l'époux. Ils peuvent prôner le bien-être génésique tout en revendiquant les prérogatives de l'homme en matière de décision dans une société patriarcale.

Les valeurs qu'ils diffusent et qui rentrent dans une logique sanitaire ne laissent souvent pas indifférentes les femmes. L'intérêt de leur action en matière d'analyse de la diffusion de la contraception réside dans l'influence qu'ils exercent sur les femmes et le processus de négociation qu'elle engendre auprès des maris. Le jeu d'influences inclut l'entourage familial, en particulier les beaux-parents qui peuvent interférer dans les décisions conjugales.

Par rapport aux jeunes célibataires, l'accès peut être restrictif si les critères retenus par les prestataires, en référence à leur système de valeurs, ne correspondent pas à ceux des demandeurs de service. Il convient de le préciser, les agents de santé appartiennent à des milieux sociaux qui récusent toute sexualité pré-nuptiale. De même, la matrone qui fait partie de la communauté peut partager cette règle. La demande de contraception d'une personne célibataire peut donc leur paraître incongru. Ils peuvent constituer, s'ils mettent en avant ces valeurs dans leur pratique professionnelle, un obstacle à l'accès aux méthodes. Autrement dit, l'espace normatif des jeunes ne se limite pas à la communauté, il inclut le milieu institutionnel d'offre de planification familiale. La conscience personnelle du pourvoyeur de service s'interpose entre son devoir de fournir un service et une demande exprimée dont il est sensé satisfaire. Cette analyse nous permet d'envisager les problèmes que rencontrent les jeunes célibataires dans l'accès aux méthodes en général, et dans les structures sanitaires en particulier.

Les comportements reproductifs ne sont compris que les sociétés dans lesquelles ils se produisent. En matière de contraception, il est d'une grande importance de tenir compte des dimensions culturelles, économiques, de genre, institutionnelles et communautaires. Nous tentons d'appréhender, sous l'analyse de ces jeux d'influences, les obstacles possibles à l'accès aux méthodes.

B. L'enquête sur l'offre de planification familiale dans la zone

1 Le recours aux données de registre

La compréhension de l'état actuelle de la diffusion de la contraception passe nécessairement par une analyse de l'offre de services dans le milieu étudié. Il est important que les populations puissent accéder facilement aux produits contraceptifs pour pouvoir les utiliser. Par ailleurs, les prestataires de services ont aussi un rôle à jouer pour une plus grande diffusion du phénomène. La qualité des stratégies mises en place en matière d'information et de conseils est à ce propos déterminante. C'est la raison pour laquelle nous avons jugé opportun de procéder à une enquête portant sur l'offre de planification familiale (enquête OPF) auprès des postes de santé afin d'apprécier les stratégies de sensibilisation et la fréquentation de ces centres dans la zone. La connaissance des caractéristiques des clientes en planification familiale, rapprochées aux résultats d'enquête, pourrait être riche d'enseignements. A l'occasion de cette collecte nous avons ciblé trois postes de santé :

- le centre de Niakhar, point central des structures sanitaires de l'arrondissement de Niakhar ;
- Le centre de Toucar, premier poste de santé de la zone à offrir des services de planification familiale;
- enfin, le centre de Ngayokhème qui vient d'intégrer dans ses activités des services de planification familiale.

Les données utilisées dans cette étude ont été recueillies en deux temps. Nous avons procédé en 1998, dans le cadre de notre mémoire de DEA portant sur l'offre de planification familiale dans la zone d'étude de Niakhar, à un premier dépouillement de tous les registres et de toutes les fiches individuelles des consultantes en planification familiale de 1995 à 1998 (juillet). Ces données ont été complétées par une seconde phase de collecte en mai 2002 dans le cadre de notre thèse de doctorat. Au total, nous avons pu rassembler l'ensemble des informations sur la fréquentation en planification familiale de ces postes du début de leurs activités jusqu'à l'année 2000. Le but premier est de prendre connaissance de la situation de l'offre de contraception. A cet effet, nous avons tenté d'apprécier la fréquentation en PF et son évolution mensuelle et annuelle. Chaque fin de collecte a été suivie d'une discussion avec le personnel sanitaire en vue de connaître les stratégies mises en place et les problèmes rencontrés.

2 Les données recueillies

Les consultations sont enregistrées dans un registre de planification familiale selon des instructions très précises ([annexes B.1 B.2](#)). La qualité de l'enregistrement des informations, moyenne en début d'activité (omissions de certaines caractéristiques des clientes, erreurs dans la détermination du statut des clientes etc.), s'est sensiblement améliorée au fil des années.

Pour l'offre de contraception, des définitions ont été retenues pour distinguer l'effectif des nouvelles consultantes, des consultantes actives, des consultantes inactives (arrêt et perdues de vue) et des visites. Nous avons choisi d'être assez restrictif dans la détermination des consultantes, en particulier actives. Les définitions retenues sont les suivantes :

- une nouvelle consultante est une femme qui vient pour la première fois en consultation ;
- une consultante active est une femme qui a eu au moins deux consultations lors de sa visite ;
- une consultante inactive est une femme perdue de vue depuis sa première consultation sur une année après au moins deux consultations ;
- et le nombre de visites va concerner la comptabilisation de toutes les consultations d'une femme sachant qu'une cliente peut compter plusieurs consultations.

Nous avons, dans cette même démarche, réparti les différentes consultantes en fonction de la méthode contraceptive prescrite : pilule, injection, dispositif intra utérin (DIU) et spermicide. Mais on s'apercevra que seules les deux premières méthodes sont prescrites dans les postes de santé.

Dans les fiches individuelles sont relevées toutes les caractéristiques socio-démographiques des femmes en consultation, notamment l'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, la profession du mari et la fécondité actuelle des clientes en PF. L'indication de la source d'information nous renseignera sur la manière dont la femme a pris connaissance de l'existence des services de planification familiale.

C. L'enquête qualitative d'approfondissement

Le besoin de connaissance et de compréhension de la réalité sociale qui nous animait pour une meilleure approche des attitudes en matière de planification nécessitait le recueil d'informations complémentaires. Les méthodes de recherche qualitative portant sur des entretiens constituent généralement les meilleures approches pour comprendre des idées, des croyances, des pratiques et des comportements. En menant une enquête intitulée opinions, fécondité et contraception (OFEC), nous avons entrepris une exploration qualitative visant à apporter des éléments explicatifs aux résultats quantitatifs. Cette étape de la recherche est d'autant plus importante qu'elle permette d'orienter l'analyse du processus décisionnel, base de notre seconde hypothèse de travail.

1 Justifications de l'étude

La diffusion de la contraception en milieu traditionnel s'inscrit dans un contexte social particulier à l'intérieur duquel il prend sens. C'est la raison pour laquelle la diffusion de sa pratique doit être analysée dans le cadre des évolutions socioculturelles des sociétés rurales. Cette étude est donc destinée à apporter des éléments qualitatifs nécessaires à l'analyse de nos hypothèses. Le fait de sélectionner un groupe d'individus à interroger nous permet de répondre à l'objectif de la recherche. Ce choix n'a pas de portée représentative, mais il permet de tester nos hypothèses.

2 Objectifs

Pour rendre compte de la gestion de la fécondité dans le cadre spécifique du milieu rural, il est important de mettre l'accent sur la compréhension des processus de diffusion et de décision. La connaissance des stratégies des migrants et des migrantes et les rapports de décision après union peuvent nous apporter des éléments de réponses. Ainsi, notre tâche était orientée vers deux objectifs, à savoir :

- Comprendre les mécanismes par lesquels l'expérience urbaine peut conduire à une meilleure connaissance et une plus grande pratique de la contraception ;
- Saisir les mécanismes de décision en matière de fécondité et de comportement contraceptif dans une société en changement.

3 Le choix de l'entretien semi-directif

Nous avons opté pour la méthode de l'entretien enregistré pour deux raisons :

- éviter l'incertitude quant à l'origine exacte d'une réponse écrite à un questionnaire ;
- faire émerger, dans une relation directe avec l'enquêté(e), sa pensée, ses représentations, son expérience de vie (en particulier les séjours migratoires), pour d'abord, recueillir sa position à l'égard de la gestion de la famille, ensuite cerner les raisons qui fondent ses idées et enfin, discerner l'implication de la mise en œuvre des valeurs novatrices dans son milieu social.

Nous sommes déjà convaincus par la richesse de l'information pouvant être recueillie par ce type d'enquête (mémoires de DEA sur l'offre de contraception par le recueil de discours des prestataires de services et de discussions informelles avec des consultantes en planification familiale). Cette méthode comporte cependant des variantes et les besoins de l'enquête nous ont orientés sur *l'entretien semi-directif*. Ce type d'entretien est défini ici comme un compromis entre la contrainte liée au temps disponible pour chaque entretien et la volonté de laisser l'enquêté s'exprimer librement sur le sujet abordé. Notre plus grand souci fut, au cours de l'entretien, de faire en sorte que l'enquêté(e) se sente en terrain ami et ainsi à libérer quelques-unes de ses défenses. Notre collaboratrice a acquis une expérience d'enquête sur des sujets sensibles. De plus, étant tous les deux de l'ethnie serer nous avons usé d'expressions de plaisanterie pour faciliter les échanges. Le choix de la méthode d'entretien a été fait pour deux raisons :

- il fallait tout d'abord laisser à l'enquêté(e) l'occasion de dire ce qu'il ou elle pensait vraiment des sujets abordés et éviter, autant que faire se peut, de se positionner quelle que soit la nature de son discours. De plus, il est important dans toute enquête que l'interlocuteur soit convaincu de l'intérêt que l'enquêteur porte à son point de vue. Nous n'intervenons que pour l'orienter vers les objectifs de notre recherche ;
- ayant une connaissance relativement bonne de la culture serer, cette méthode nous permettait d'envisager plus facilement des questions de relance sur des points particuliers

des sujets évoqués. Ceci nous a parfois permis d'aborder rapidement les questions cruciales et de gagner un peu de temps.

L'entretien semi-directif a été réalisé à l'aide d'un guide (annexe B.6) construit à partir des indicateurs mentionnés au tableau 3.7, qui eux-mêmes sont le produit de "l'opérationnalisation" des hypothèses. Cela permet à l'interviewé de suivre son propre cheminement, d'aborder les sujets dans l'ordre qui lui convient, des sujets que son discours laissera progressivement apparaître.

TABLEAU 3. 7: Instruments de collecte des données complémentaires et indicateurs

Instruments de collecte des données	Indicateurs
Enquête complémentaire dans les centres de planification familiale. Recueil exhaustif des données de registre de PF et interviews des prestataires de services	<ul style="list-style-type: none"> a) Niveau de fréquentation des centres de PF b) Caractéristiques des clientes c) Qualité des services d) Accessibilité
Enquête qualitative complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> a) Optiques reproductives b) Attitudes et opinions sur la contraception c) Niveaux de décision

Concernant l'exposé introductif, prononcé systématiquement devant chaque interlocuteur avant le début de l'interview, nous avons fait le choix de masquer l'objet principal de l'étude. En effet, aborder de front la contraception aurait pu entraîner des refus de réponse ou des réponses assez évasives. Comme il est mentionné à l'en-tête du guide d'entretien, le thème général était "les conditions de vie actuelles au village".

4 Méthodologie et description générale de l'enquête

Le but de cette étude est d'apporter des éléments complémentaires dans la compréhension des voies de diffusion de la contraception. Comme nous l'avons précisé, ce travail a été mené au moyen d'une étude qualitative qui s'est traduite par la conduite d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de deux groupes de population-cible : un premier groupe d'individus de 15-29 ans (n=20) et un second de 30-40 ans (n=16). Le choix de ces deux groupes a été motivé par le besoin de recueillir des informations détaillées relatives aux opinions sur la fécondité et la contraception auprès de personnes de deux groupes de générations dont le vécu social peut être différent. Ce choix a été aussi guidé par le besoin de

faire correspondre les deux groupes, dans leurs périodes migratoires, aux moments de dynamisation des activités de planification familiale au Sénégal.

Le groupe des 15-29 ans a été subdivisé en deux sous-groupes dont l'un est constitué de jeunes ayant une importante expérience urbaine (n=10) et l'autre, de jeunes n'ayant jamais migré (n=10). La connaissance des sources d'informations de ces deux groupes nous permet de connaître leurs moyens d'accès à la contraception. Nous nous sommes aussi intéressés à leur connaissance et à leur pratique de la contraception, les opinions sur la pratique dans leur milieu d'origine. Dans le groupe des 30-40 ans, nous n'avons pu interroger que 8 couples. En plus des thèmes évoqués avec les plus jeunes, nous avons discuté sur les mécanismes de prises de décision dans un éventuel recours à la contraception. Les entretiens se sont passés soit au village (en cas de présence) soit à Dakar (si en migration).

Les entretiens avec les hommes ont été effectués par nous-même, et une enquêtrice de l'équipe de recherche de l'IRD, notre collaboratrice, s'est chargée d'interroger les femmes. Chaque individu a été interviewé séparément. Les informations collectées ont été enregistrées sur cassettes et retranscrites intégralement par moi-même²⁴. Pour certains entretiens, un résumé de l'entrevue a été effectué car l'échange entre l'interviewer et l'interviewé(e) s'est traduit par des questions dont les réponses n'étaient pas assez développées malgré nos différentes stratégies de relance. C'est le cas de certains jeunes (en particulier des jeunes filles) dont la pudeur a empêché de parler avec aisance. Nous avons, grâce à ces entretiens, pu prendre connaissance des opinions sur les modes de vie des personnes en migration et des rapports que les migrants entretiennent avec leur milieu d'accueil. Cette première approche nous a donné une vision du contexte social dans lequel elles vivent.

Par ailleurs, comme nous l'avons signalé dans ce qui a précédé, nous avons porté notre intérêt sur la compréhension de trois points essentiels : les stratégies de ceux et de celles qui utilisent la contraception, leurs motivations, les raisons des non-utilisatrices (raisons personnelles, les obstacles...). Pour ces deux derniers sujets, nous avons interrogé des personnes mariées. Il s'agit pour l'essentiel de femmes qui ont eu une expérience contraceptive. Les thèmes abordés l'ont été, si possible, avec les deux conjoints interrogés séparément.

²⁴ Les entretiens se sont déroulés en wolof mais surtout en Sereer, langue de la zone dont nous parlons.

D. Traitement et analyse des données

Les éléments de l'étude de l'offre de services sont nécessaires pour apprécier l'état des activités de PF dans le secteur d'étude. La qualité (très moyenne) de la tenue du registre de PF à Ngayokhème ne nous permet pas de rendre compte de la situation dans ce poste. Il fonctionne de façon très discontinue pour cause de vacance fréquente de poste. Il n'y avait pas d'infirmier en poste lors de notre dernier passage. Les femmes de cette localité s'adressaient le plus souvent au poste de Toucar ou celui de Niakhar.

Notre travail qualitatif n'a pas l'ambition d'une approche purement sociologique. Il s'agit d'une démarche complémentaire dont le but est d'enrichir de quelques éléments explicatifs notre recherche. Pour ce faire, nous avons emprunté à Ghiglione et al. (1980) leur approche de l'analyse de contenu d'entretiens.

Partant des informations retranscrites, nous avons construit une grille d'analyse comportant la déclinaison des différents thèmes que nous désirions aborder avec les interviewés. Ces analyses mettent en avant l'intérêt des interactions personnelles et des échanges entre pairs dans la diffusion de nouvelles valeurs (Watkins, 1995 ; Ferrand et Mounier, 1993). Les entrevues ont fourni des informations qualitatives sur les sources d'information, les relations de couples et la perception de la fécondité et de la planification familiale.

Les données quantitatives établies sous forme de tableaux de fréquences sont commentées avec l'apport additionnel des données qualitatives. Nous présentons donc une étude séparée des résultats des différentes enquêtes. Les différents résultats seront mis en relation dans une partie consacrée à la synthèse et à la discussion des différentes observations.

Nous allons, dans ce qui suit, apprécier les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception dans cette zone rurale. Une attention particulièrement sera portée à l'analyse des facteurs déterminants et des obstacles dans la diffusion du phénomène.

Deuxième partie : Analyse et tentatives d'explication du niveau de diffusion de la contraception dans la zone de Niakhar

Chapitre IV. - L'analyse des comportements reproductifs dans la zone d'étude

I. – Une zone rurale caractéristique de la faible diffusion de la contraception

A. – Caractéristiques de l'échantillon et outils d'analyse

Les caractéristiques de l'échantillon utilisées dans les analyses sont présentées au [tableau 4.1](#); Chacune des variables retenues est susceptible d'affecter la connaissance et la pratique de la contraception. Les âges ont été regroupés en groupes quinquennaux, à l'exception des deux dernières classes d'âge pour les hommes qui sont décennales en raison de la faiblesse des effectifs.

Le milieu de résidence, généralement conçu comme la distinction "rural/urbain" est reconnu comme un facteur de variation de la connaissance et de la pratique de la contraception. Nous pensons que, au sein même du milieu rural des distinctions peuvent apparaître entre villages selon leur degré d'activité économique, sanitaire et sociale, les plus actifs favorisant une certaine "interaction sociale" (*social interaction*) facteur de diffusion de changements de comportements en matière de fécondité (Bongaarts et Watkins, 1996) et en particulier pouvant affecter la connaissance et la pratique de la contraception. La zone de résidence est différenciée en zone d'activité faible, correspondant à des villages isolés d'habitats dispersés, et zone d'activité moyenne ou intense, rassemblant les villages générateurs d'activité économique (marchés, boutiques) et sanitaire (dispensaires, forages) et les villages avoisinant, caractérisés par un habitat regroupé. Cette dernière catégorie rassemble les deux tiers de la population.

Le contact avec le milieu urbain apparaît aussi comme un facteur de diffusion des attitudes favorables à la contraception. Deux indicateurs permettent de mesurer ce contact. L'expérience migratoire est mesurée par le nombre de migrations saisonnières (de saison sèche) effectuées à la recherche d'un emploi. 65% de l'échantillon ont une expérience migratoire de ce type. La durée de résidence à Dakar est calculée à partir de l'histoire

résidentielle des individus pour lesquels on a cumulé les durées de vie dans la région de Dakar au-delà de 15 ans. La limite de 15 ans a été choisie car on considère que la résidence en ville avant cet âge n'a qu'un effet limité sur les comportements contraceptifs à l'âge adulte. Cela dit, nous avons aussi procédé à d'autres analyses dans lesquelles nous apprécions l'effet de la durée et du nombre total de séjour à Dakar, mais aussi du lieu de séjour. Les typologies spécifiques sont précisées avant chaque analyse.

En dépit de la persistance des rites traditionnels Serer, les individus se déclarent de religion chrétienne (25%) ou musulmane (75%). Le niveau d'instruction est faible. Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à avoir atteint le secondaire (11%), mais plus de la moitié d'entre eux n'a jamais été scolarisée. Une distinction a été faite entre le primaire complet (6 années effectuées) et le primaire incomplet. La catégorie "autre" comprend l'alphabétisation Serer (qui concernent surtout les femmes), l'école coranique et l'école arabe. La polygamie est fréquemment pratiquée (34% des femmes de 15 à 54 ans et 21% des hommes de 20 à 69 ans sont en union polygame).

L'activité essentiellement agricole est parfois complétée par une activité, saisonnière ou continue. Les hommes sont plus actifs que les femmes (70% d'entre eux ont une activité, contre 34% des femmes) et leurs activités sont plus variées. Le commerce des animaux occupe une grande place de l'activité masculine. Il s'agit essentiellement de vente de bovins, nourris pendant plusieurs mois, voire une année (de paille ou de nourriture industrielle pour bétail) et revendus avec une marge qui peut être très importante. La deuxième activité rémunératrice des hommes est le salariat temporaire, exercé généralement en ville au cours de migrations temporaires. Viennent ensuite l'artisanat, le commerce sur les marchés ou en boutique, et le transport. Les activités féminines sont généralement le commerce sur les marchés ou à domicile, et le travail salarié (elles sont essentiellement employées comme bonnes à Dakar).

TABLEAU 4. 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Variables	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
Âge				
15-19	--	--	168	16.2
20-24	144	17.9	182	17.5
25-29	108	13.4	154	14.8
30-34	83	10.3	135	13.0
35-39	92	11.4	126	12.1
40-44	95	11.8	116	11.2
45-49	84	10.5	79	7.6
H 50-59 F 50-54	104	12.9	79	7.6
H 60-69	94	11.7	--	--
Zone d'activité ¹				
Activité faible	268	33.3	329	31.7
Activité intense et moyenne	536	66.7	710	68.3
Expérience migratoire				
Aucune	281	35.0	353	34.0
1-4	300	37.3	466	44.9
5+	223	27.7	220	21.1
Durée de résidence à Dakar après 15 ans				
0	694	86.3	816	78.5
1-3	48	6.0	151	14.5
4+	62	7.7	72	7.0
Religion				
Musulmane	592	73.6	809	77.9
Chrétienne	199	24.8	216	20.8
Traditionnelle	13	1.6	14	1.4
Niveau d'instruction				
Aucune	430	53.5	697	67.0
Primaire incomplet	129	16.0	147	14.2
Primaire complet	83	10.3	60	5.8
Secondaire +	86	10.7	33	3.2
Autre ²	76	9.5	102	9.9
Situation matrimoniale				
Célibataires	196	24.4	177	17.0
En union monogame	426	53.0	478	46.0
En union polygame	169	21.0	350	33.7
Veuf(ve)-divorcé(e)	13	1.6	34	3.3
Activité de saison sèche				
Aucune	249	31.0	687	66.2
Commerçant	51	6.3	179	17.2
Commerce d'animaux	191	23.8	10	1.0
Artisan	82	10.2	19	1.8
Transporteurs	29	3.6	--	--
Salarié temporaire	164	20.4	135	13.0
En formation	15	1.9	2	0.2
Autre	23	2.9	7	0.6
Total	804	100.0	1039	100.0

1. ou zone de résidence (concentrée et dispersée) ; 2. Ecole coranique, école arabe et alphabétisation.

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Nous présenterons les résultats sur la connaissance et l'utilisation de la contraception en termes de pourcentages selon quelques caractéristiques socio-démographiques (zone de résidence, sexe, âge, situation matrimoniale, etc.).

Comme pour toute étude de comportement, la seule observation des tableaux croisés ne permet pas d'isoler les caractéristiques déterminantes. Ce type d'analyse risquerait même de conduire à des interprétations biaisées du fait de divers effets de structure (Marpsat et Trogon, 1992). Pour mesurer l'influence spécifique des différentes variables sur la connaissance de la contraception, nous utiliserons la méthode de la régression logistique. Cette méthode n'est pas appliquée à l'utilisation de la contraception en raison des faibles effectifs. Ce procédé d'analyse permet de mettre en évidence le rôle de chacune des variables socioculturelles, démographiques et économiques dans la connaissance. Cette méthode (modèle logit) permet d'estimer les effets des variables « explicatives », en éliminant l'influence des corrélations entre ces différentes variables. La sélection des variables se fait sur la base du ratio de vraisemblance. Elles sont donc introduites dans les modèles par ordre d'importance.

Dans cette partie, nous étudions la diffusion, dans les différentes couches sociales, de la connaissance et de l'utilisation de la contraception. Notre intérêt est axé ici sur l'appréciation de l'influence de l'expérience urbaine sur l'accès aux méthodes, notamment modernes. En milieu traditionnel, on peut penser qu'une bonne connaissance de la contraception ainsi que son utilisation est liée à un ensemble de facteurs socio-économiques et démographiques fortement discriminants, puisqu'on est en présence d'une population plutôt conservatrice et pro-nataliste. Des analyses bivariées vont nous permettre dans un premier temps d'observer si les différences sont statistiquement significatives. Mais on ne saurait se contenter d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs », qui peut empêcher d'observer les facteurs les plus déterminants : il peut y avoir une nette différence de connaissance ou d'utilisation de la contraception entre une femme célibataire et une femme mariée, mais cet écart peut être expliqué par des facteurs comme l'âge, le niveau d'instruction ou l'expérience urbaine.

B. Sensibilisation a la contraception

1. Niveau général et types de méthodes connues

1.1 Avoir entendu parler et connaître : une nuance importante

Pour apprécier le niveau d'information et de connaissance de la contraception deux questions étaient posées aux enquêtés. Après la question introductive « *Savez-vous dans quelles circonstances un homme (ou une femme) qui a des rapports ne tombe pas enceinte ?* », la question « *Connaissez-vous des méthodes pour retarder ou empêcher une grossesse ?* » permettait de mesurer le degré réel de connaissance des différentes méthodes contraceptives. A défaut d'une connaissance précise des méthodes, la question subsidiaire « *Avez-vous déjà entendu parler de (citation successive des méthodes inscrites dans le questionnaire) ?* », donnait aux enquêtés la possibilité de reconnaître les méthodes dont ils ont entendu parler. C'est la réponse à cette question qui nous permet d'appréhender la diffusion du « bruit » sur la contraception. C'est ce que nous avons convenu d'appeler l'information sur les méthodes contraceptives. La prise en compte de ces réponses dans la mesure de la connaissance de la contraception, comme cela se fait dans les enquêtes démographiques et de santé des pays en développement, donne une surestimation de cet indicateur. En effet, la combinaison de ces deux questions fait ressortir trois modalités de réponse :

- oui spontané ;
- oui après description ;
- et absence de connaissance et d'information.

Dans ces enquêtes, la mesure retenue dans l'appréciation du niveau de connaissance des méthodes est la combinaison du « oui spontané » et du « oui après description ». Pour donner une idée réelle de la connaissance des méthodes de contraception dans ces pays, il aurait fallu isoler ces deux catégories de réponses. Une telle approche a été utilisée par Ayad et Ndiaye (1998). En utilisant un indice dit de connaissance des méthodes modernes (ICMM), ils ramènent le niveau de connaissance à ses véritables proportions. Concrètement, ils considèrent qu'une connaissance spontanée combinée à une connaissance d'au moins d'une source d'approvisionnement est constitutive d'une connaissance effective des méthodes de contraception. La question de la connaissance des sources d'approvisionnement n'a pas été

appréhendée dans notre enquête. Mais le fait de ne retenir que les personnes ayant déclaré spontanément connaître « *des méthodes pour retarder ou empêcher une grossesse* » comme étant les individus ayant une connaissance effective des méthodes de contraception n'en constituent pas une moins bonne mesure.

Nous parlerons donc de connaissance quand la réponse est spontanée, d'information (est au courant de) quand la réponse est après description et d'ignorance quand la méthode n'est ni connue spontanément ni reconnue après description.

1.2 Bonne diffusion du « bruit » sur la contraception et une faible connaissance des méthodes

La comparaison des résultats de ces deux variables fait état d'une nette différence entre le niveau de « connaissance » lorsque le répondant se voit citer une méthode et lorsqu'il est invité à en citer une spontanément. Plus de 80% des hommes et 70% des femmes ont entendu parler au moins d'une méthode contraceptive ; les plus reconnues étant la pilule pour les individus mariés et le condom pour les célibataires. En revanche, ces proportions descendent respectivement à 46% et 22% lorsqu'aucune méthode n'est proposée au répondant (tableaux 4.2). Dans ce cas, on constate que les méthodes modernes sont mieux connues des hommes (33%) que des femmes (17%) en raison de leur plus grande connaissance du condom (27% contre 6%). L'écart entre "avoir entendu parler d'une méthode" et la connaissance des méthodes s'avère donc importante. Le fait qu'une méthode évoque quelque chose à l'individu ne peut être que le reflet d'un bruit ou d'une rumeur qui fournit une information vague.

La sensibilisation diffère aussi selon le type de méthode. Si les méthodes traditionnelles apparaissent moins connues que les méthodes modernes, elles le sont plus que les procédés naturels. Les hommes et les femmes mariés (ou l'ayant été) ont plus entendu parler de ces méthodes que leurs homologues jamais mariés. Ils restent aussi mieux renseignés sur ces pratiques traditionnelles

TABLEAU 4. 2 : Connaissance et utilisation de la contraception

(Pour 100 hommes et femmes, par type et méthode spécifique)

Méthodes	A entendu parler d'une méthode				Connaît une méthode			
	HNC	TLH	FNC	TLF	HNC	TLH	FNC	TLF
Méthodes modernes	75.2	76.7	65.0	64.5	25.5	32.5	17.4	17.3
Pilule	66.9	65.7	60.7	59.4	15.5	16.0	16.1	15.0
Injection	58.2	56.8	53.5	52.5	8.1	8.3	10.2	9.3
Diu	35.0	34.3	30.3	29.3	4.0	4.9	3.0	3.1
Condom	64.6	68.0	42.8	44.4	18.4	26.5	4.3	5.8
Méthodes naturelles	34.5	36.6	28.1	28.9	8.1	11.6	5.0	5.5
Abstinence périodique	31.7	33.6	26.3	27.0	7.9	11.3	5.0	5.5
Retrait	20.4	22.3	16.7	16.7	1.3	2.1	0.6	0.7
Méthodes traditionnelles	74.8	70.8	57.1	54.8	26.5	22.3	8.4	7.4
Plantes	39.0	38.1	28.5	29.3	14.5	12.2	4.4	4.0
Amulettes	57.2	53.0	43.0	41.0	19.7	16.5	6.8	6.0
Autres	-	-	-	-	-	-	-	-
Au moins une méthode	83.6	83.1	71.1	70.0	43.0	46.4	23.0	22.6
Aucune méthode	16,4	16,9	28,9	30	57	53,6	77	77,4
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	608	804	862	1039	608	804	862	1039

Source : Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC. HNC : hommes non célibataires ; FC : femmes célibataires ; FNC : femmes non célibataires ; TLH : tous les hommes ; TLF : toutes les femmes ; HM : hommes mariés.

Les réponses spontanées des individus, lorsqu'on les a interrogés sur leur connaissance de méthodes pour retarder ou empêcher une grossesse, fournissent une indication plus précise sur leur niveau de connaissance des méthodes contraceptives. Même si nous n'avons pas suffisamment d'information pour qualifier leur niveau de connaissance (notamment sur le fonctionnement de la méthode), nous considérons ici que lorsqu'un individu cite spontanément une méthode contraceptive précise, c'est qu'il connaît son existence et son mode d'utilisation. Ainsi, pour les régressions logistiques, nous ne prenons en compte que cette variable sur la connaissance « spontanée » des méthodes de contraception. Avant d'effectuer cette étude, nous présentons une analyse bi-variée de cette connaissance selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques des enquêtés.

2. L'analyse des facteurs d'accès à la connaissance de la contraception

2.1 Les caractéristiques individuelles de la connaissance

L'analyse de la contraception s'intéresse ici à la relation entre la connaissance d'une méthode de contraception et quelques variables socioculturelles. Cette étude nous permet de connaître les traits particuliers des individus qui connaissent la contraception.

2.1.1 Méthodes modernes connues selon l'âge

La connaissance des méthodes médicalisées de contraception apparaît assez variable selon l'âge (tableau 4.3). Quelle que soit la méthode considérée, le degré de connaissance des procédés de maîtrise de la fécondité est assez variable suivant les âges. Le contraste apparaît plus net chez les hommes. Toutefois, les jeunes semblent être mieux favorisés dans la connaissance des différentes méthodes.

TABLEAU 4. 3 : Connaissance de la contraception des hommes selon l'âge

Groupes d'âge	Connaît une méthode		Effectif
	Connaît une méthode	Moderne ¹	
	Homme		
20-24	52,8	48,6	144
25-29	55,6	51,9	108
30-34	43,4	34,9	83
35-39	41,3	30,4	92
40-44	49,5	37,9	95
45-49	39,3	19,0	84
50-54	30,9	14,5	55
55-59	36,7	14,3	49
60 et +	51,1	11,7	94
Tous âges	46,4	32,5	804
	$\chi^2 = 29,86$ Sig. à $p = 0,000$		$\chi^2 = 26,57$ Sig. à $p = 0,000$
	Femme		
15-19	13,1	11,3	168
20-24	27,5	20,9	182
25-29	26,0	19,5	154
30-34	35,6	28,9	135
35-39	19,8	18,3	126
40-44	17,2	11,2	116
45-49	22,5	13,8	80
50-54	15,4	9,0	78
Tous âges	22,6	17,3	1039
	$\chi^2 = 17,30$ Sig. à $p = 0,027$		$\chi^2 = 78,14$ Sig. à $p = 0,000$

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Chez les hommes par exemple, elle est très importante à 25-29 ans (55,6%) et relativement faible à 50-54 ans (30,9%). Elle atteint chez les femmes un maximum à 30-34 ans (36%) et un minimum à 15-19 ans (13%). La connaissance différentielle entre hommes et femmes est plus marquée à 20-29 ans. Après ces âges, le degré de connaissance des méthodes baisse chez les hommes jusqu'à 39 ans, remonte à 40-44 ans avant de reprendre sa chute jusqu'à 50-54 ans. Chez les femmes, à la différence des hommes, celui-ci augmente d'abord à 30-34 ans avant d'accuser une chute continue jusqu'à 40-44 ans. La remontée observée chez les hommes à 40-44 ans intervient à 45-49 ans chez les femmes. Cet âge correspond généralement au moment où les femmes sont plus motivées à contrôler voire à mettre fin à leur vie féconde. Il n'est donc pas étonnant de voir la proportion de celles qui connaissent les méthodes augmenter à cet âge. Toutefois, à tous les âges les hommes restent mieux renseignés que les femmes.

La connaissance des méthodes modernes est, chez les hommes, nettement plus élevée aux jeunes âges qu'aux âges les plus élevés. Le degré de connaissance des méthodes médicalisées part de 48,6% à 20-24 ans, atteint un maximum de 51,9% à 25-29 ans pour ne s'établir qu'à 11,4% à plus de 60 ans. La tendance des niveaux de connaissance de la contraception moderne des femmes traduit aussi cette réalité. Abstraction faite à 45-49 ans, la connaissance de cette méthode augmente jusqu'à 30-34 ans, puis entame une chute jusqu'à 50-54 ans. Globalement, la différence de connaissance des moyens modernes de contrôle de la fécondité selon les générations est nette.

La tendance générale des courbes montre que ces méthodes sont mieux connues dans les nouvelles générations (figures 4.1 et 4.2). Si les niveaux de connaissance sont plus élevés avant 35 ans chez les hommes, ils le sont chez les femmes avant 40 ans. Ces niveaux de connaissance varient davantage lorsque le type de méthode connue est spécifié. Selon les différentes méthodes, les procédés contraceptifs les plus connus diffèrent aussi selon l'âge et le sexe. Chez les hommes, le condom est la méthode la plus connue et le degré de connaissance le plus important est enregistré chez les 20-24 ans (45,8%). Par contre, les femmes connaissent surtout la pilule et ce sont les 30-34 ans (28,1%) qui affichent la plus forte connaissance de cette méthode. Le niveau de connaissance de ces deux méthodes baisse avec l'âge.

La différence de connaissance des injectables à travers les âges est plus linéaire chez les femmes que chez les hommes. Les degrés de connaissance de cette méthode subissent des variations relativement importantes, et c'est à 30-34 ans (12%) et 40-44 ans (12,6%) que l'on observe les niveaux les plus élevés chez les hommes. La connaissance de cette méthode augmente avec l'âge chez les femmes et ce, jusqu'à 30-34 ans avant d'entamer une phase de baisse continue après cet âge. Concrètement, d'un niveau minimum de 3,6% atteint à 15-19 ans, il passe à un niveau maximal de 13,3% à 30-34 ans pour tomber à un peu plus de 6% après 45 ans.

Le Diu est la méthode la moins connue à tous les âges. Cependant, la différence qui vient d'être soulignée plus haut (à propos des injectables) est moins prononcée en ce qui concerne ce moyen contraceptif. Exception faite à 30-34 ans, la connaissance de ce procédé chez les hommes s'élève avec l'âge pour atteindre un niveau maximal à 35-39 ans (8,7%) avant de devenir nulle après 49 ans. Le degré maximum de connaissance de cette méthode chez les femmes est atteint à 30-34 ans et s'établit à 8,1%. La connaissance de cette méthode au-delà de 40 ans apparaît très faible (un peu plus de 1%). Il paraît clair que les générations les plus anciennes n'avaient pas connaissance de cette méthode. Il en est de même pour les condoms. Les hommes et les femmes qui affirment connaître cette méthode après 50 ans sont rares. A cet âge, aucune femme ne déclare la connaître, et à peine 2% des hommes la connaissent.

Figure 4. 1 : Proportion (%) connaissant au moins une méthode moderne ou quelconque de contraception, selon l'âge

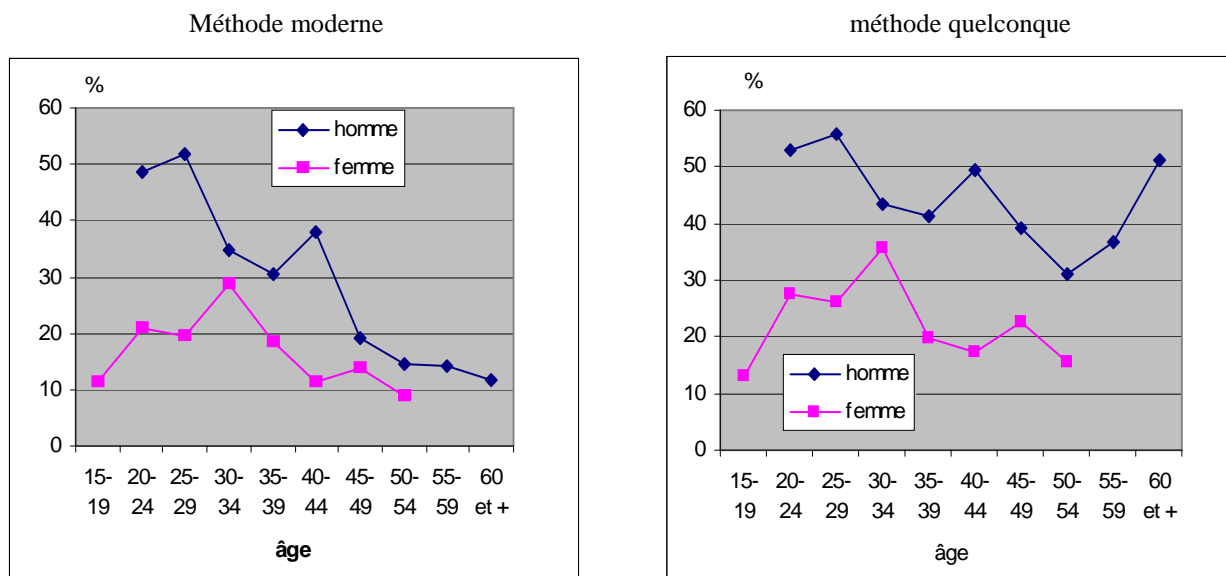
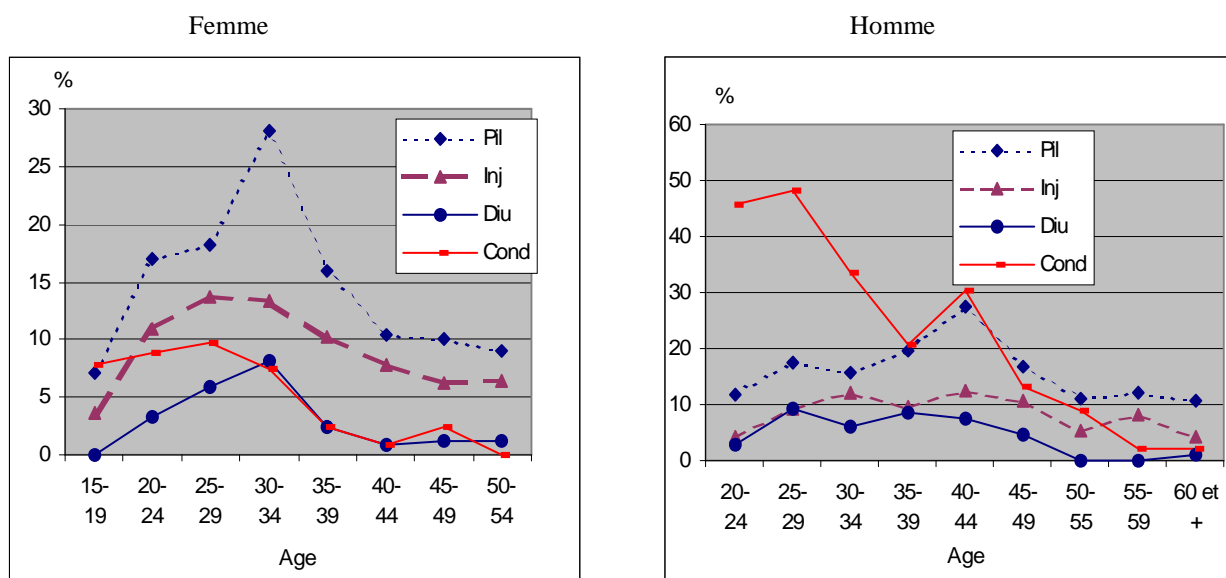


Figure 4. 2: Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femmes de 15-54 ans connaissant la contraception moderne, par méthode spécifique



Ces résultats nous conduisent à dire qu'il existe un effet d'âge et de génération dans la connaissance de la contraception moderne. Les jeunes générations semblent plus profiter des campagnes récentes de sensibilisation en matière de planification familiale.

2.1.2 Méthodes connues selon quelques caractéristiques socio-économiques

Le [tableau 4.4](#) présente les proportions d'hommes et de femmes ayant déclaré connaître une méthode spécifique selon quelques caractéristiques socio-économiques.

Le **milieu de résidence** apparaît aussi comme un facteur de variation de la connaissance. La zone de résidence où se concentre l'essentiel des activités (petits commerces, établissement scolaire, centre de santé...) qu'on retrouve en milieu traditionnel favoriserait la connaissance de la contraception. La fréquence de la connaissance de la contraception est plus notable dans les zones d'habitat concentré que dispersé. Toutefois, l'impact du milieu d'habitat varie selon le sexe. Si comme nous le constatons, l'écart dans la connaissance des méthodes selon que l'homme réside en zones d'habitat concentré ou dispersé apparaît important chez les hommes (respectivement 50,6% contre 38,1%), il l'est beaucoup moins chez les femmes (respectivement 23,4% contre 21). La plupart des méthodes connues sont de type moderne (37,1% contre 23,1% chez les hommes et 18,5% contre 14,9% chez les femmes). La connaissance des méthodes naturelles et traditionnelles est aussi meilleure chez les hommes des lieux de résidence à plus forte activité. Il en est de même chez les femmes sauf que celles résidant en zone à faible activité apparaissent mieux renseignées sur les procédés traditionnels de contraception. L'écart de connaissance de ces deux types de méthodes selon la zone de résidence est relativement faible. Les différences de connaissance soulignées auparavant relèvent donc de la connaissance des méthodes modernes de contraception. L'écart important observé dans la connaissance de ces méthodes chez les hommes et non chez les femmes ne se produit pas dans la connaissance des autres méthodes. Les tests statistiques sur les différences de connaissance d'une méthode quelconque ($\chi^2=11,23$ $p=0,000$) ou d'une méthode moderne ($\chi^2=15,96$ $p=0,000$) sont d'ailleurs significatifs chez les hommes alors qu'ils ne le sont chez les femmes que pour les méthodes modernes.

TABLEAU 4. 4 : Connaissance de la contraception par caractéristiques socio-économiques

Caractéristiques	Homme : Connaît au moins une méthode							Femme : Connaît au moins une méthode						
	MM	MN	MT	MQQ	Aucune	Ensemble	Effectif	MM	MN	MT	MQQ	Aucune	Ensemble	Effectif
Zone d'activité / de résidence	***	***	ns	***	-			***	ns	ns	ns	-		
faible	37,1	14,7	22,2	50,6	49,4	100,0	536	18,5	5,9	6,8	23,4	76,6	100,0	710
Intense et moyenne	23,1	5,2	22,4	38,1	61,9	100,0	268	14,9	4,6	8,8	21,0	79,0	100,0	329
Religion	***	***	ns	*				ns	*	ns	ns	-		
Musulmane	29,2	8,9	22,8	44,1	55,9	100,0	592	17,2	4,6	7,4	22	78,0	100,0	809
Chrétienne	43,7	19,6	20,6	54,3	45,7	100,0	199	18,6	9,3	7,4	25,6	74,4	100,0	216
Traditionnelle	7,7	7,7	23,1	30,8	69,2	100,0	13	7,1	0,0	7,1	14,3	85,7	100,0	14
Situation matrimoniale	***	***	***	**	-			ns	*	ns	ns	-		
Célibataires	54,1	22,4	9,2	56,6	43,4	100,0	196	16,9	7,9	2,8	20,9	79,1	100,0	177
Monogame	27,5	9,7	22,5	43,1	56,9	100,0	422	18,6	5,8	9	24,4	75,6	100,0	479
Polygame	21,4	4,6	37	44,5	55,5	100,0	173	15,2	3,4	7,7	20,3	79,7	100,0	349
Veuf(ve)-divorcé(e)	15,4	0,0	15,4	23,1	76,9	100,0	13	23,5	8,8	5,9	29,4	70,6	100,0	34
Niveau d'instruction	***	***	ns	***	-			***	***	**	***	-		
Aucune	19,5	3,0	24,2	36,3	63,7	100,0	430	11,5	3,4	5,6	15,9	84,1	100,0	697
Primaire incomplet	32,6	12,4	20,2	44,2	55,8	100,0	129	30,6	8,2	12,2	38,1	61,9	100,0	147
Primaire complet	49,4	19,3	21,7	60,2	39,8	100,0	83	31,7	10	10	35	65,0	100,0	60
Secondaire +	82,6	51,2	11,6	84,9	15,1	100,0	86	48,5	27,3	3	54,5	45,5	100,0	33
Autre ²	30,3	5,3	27,6	48,7	51,3	100,0	76	19,6	5,9	12,7	28,4	71,6	100,0	102
Activité de saison sèche	***	***	**	***	-			***	*	***	***	-		
Aucune	21,7	8,0	22,1	39	61	100,0	249	12,7	5,4	5,1	16,7	83,3	100,0	687
Commerçant	28,9	7,0	30,2	45,5	54,5	100,0	242	30,7	3,7	18,5	40,2	59,8	100,0	189
Artisan	26,8	8,5	24,4	43,9	56,1	100,0	82	21,1	0,0	5,3	21,1	78,9	100,0	19
Transporteurs	37,9	10,3	6,9	44,8	55,2	100,0	29	-	-	-	-	-	100,0	-
Salarié temporaire	83,7	22,0	14	57,9	42,1	100,0	164	21,5	8,1	4,4	26,7	73,3	100,0	135
En formation	80,0	53,3	6,7	80,0	20,0	100,0	15	0,0	50	0,0	50	50,0	100,0	2
Autre	17,4	8,7	21,7	43,5	56,5	100,0	23	28,6	14,3	0,0	42,9	57,1	100,0	7
Expérience migratoire	ns	ns	ns	ns	-			ns	ns	ns	ns	-		
Aucune	34,8	11,9	20,8	47,4	52,6	100,0	281	15,6	5,1	6,0	20,1	79,9	100,0	353
Au moins une	28,1	11,0	24,9	44,5	55,5	100,0	523	18,2	5,7	8,2	23,9	76,1	100,0	686
Ensemble	32,5	11,6	22,3	46,4	53,6	100,0	804	17,3	5,5	7,4	22,6	77,4	100,0	1039

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC. *** signification à 1%, ** signification à 5%, * signification à 5%, ns (non significatif à 5%)

D'après la **religion**, les différences restent encore plus significatives chez les hommes que chez les femmes. Lorsque le type de méthode est spécifié, la connaissance de la contraception moderne varie fortement chez les hommes. Les hommes de religion catholique (43,7%) ont une meilleure connaissance de ces méthodes. Ils sont suivis de leurs homologues de religion musulmane (28,9%), ceux de religion traditionnelle (7,7%) connaissant moins ces méthodes. De même, les femmes de religion catholique (18,6%) apparaissent mieux connaître ces méthodes que leurs consœurs de religion musulmane (17,2%) ou traditionnelle (7,1). Comme nous pouvons le constater, le différentiel de connaissance de la contraception moderne selon la religion est globalement faible. Il se traduit d'ailleurs dans l'appréciation de la variabilité des niveaux par le test statistique du chi². Les différences ne sont significatives que dans la relation de la religion des hommes avec leur connaissance de la contraception médicalisée ($\chi^2=21,82$ $p=0,000$). Dans tous les autres cas aucune différence significative n'est relevée.

Ces résultats montrent que les hommes de religion catholique sont plus à même de connaître les méthodes contraceptives modernes que leurs homologues des autres religions. Comment expliquer ce résultat ? L'explication la plus vraisemblable est à rechercher du côté du niveau de scolarisation. En effet, le niveau scolaire a généralement un grand impact dans la connaissance des méthodes contraceptives, notamment modernes. Le croisement du niveau d'éducation des hommes et des femmes avec leur religion nous a permis de constater que, quel que soit le niveau atteint, les individus de religion catholiques seraient plus représentés ([Annexe C.2 et C.3](#)). Pour résumer, notons que 55,4% des hommes de religion musulmane interrogés sont analphabètes contre 45,2% pour ceux de religion catholique. Ces proportions sont respectivement 68,7% contre 58,6% chez les femmes. L'importance de l'éducation des hommes et des femmes de religion catholique se traduit aussi sur leur niveau de connaissance de la contraception moderne, car il apparaît plus élevé quel que soit leur niveau d'instruction ([Annexe C.4 et C.5](#))

D'après la **situation matrimoniale**, les méthodes moderne et naturelle sont mieux connues des hommes célibataires, alors que celles de type traditionnel le sont plus dans le mariage. Par contre chez les femmes, la connaissance est plus élevée dans le mariage. Les jeunes hommes célibataires semblent accéder plus facilement à l'information. L'impact de la situation matrimoniale des hommes est plus net.

Puisque l'information sur la contraception est généralement diffusée à travers des prospectus ou d'affiches établis en langue française, il est possible que les hommes et les femmes instruits soient plus nombreux à les connaître. Il existe, en effet, une liaison positive entre le **niveau d'instruction** et la connaissance d'au moins une méthode de contraception. Les proportions d'hommes et de femmes connaissant une méthode sont relativement plus élevées lorsque le niveau d'instruction s'élève. La seule exception est observée chez les femmes qui ont achevé leur cycle primaire, car elles sont proportionnellement moins nombreuses que celles qui n'ont pas terminé ce cycle à connaître au moins une méthode (35,0% contre 38,1%). Du point de vue de la connaissance singulière d'au moins une méthode contraceptive moderne, il apparaît clairement que l'élévation du niveau d'étude est facteur d'une meilleure connaissance. Alors que 19,5% des hommes sans instruction affirment connaître ces méthodes, on passe à 32,6% lorsque le niveau atteint est le primaire incomplet, à 49,4% lorsque ce cycle de formation scolaire est terminé et à 82,6% pour ceux ayant un niveau secondaire ou plus. Les femmes analphabètes sont seulement 11,5% à le connaître contre 30,6% pour celles de niveau d'instruction primaire incomplète, 31,7% quand l'instruction primaire est complète et 48,5% pour celles de niveau secondaire ou plus.

Les tests statistiques du chi² permettent de confirmer que les niveaux de connaissance se différencient largement selon le niveau d'instruction, puisque toutes les valeurs du chi² sont significatives ($p=0,000$). On fait ce même constat lorsque la connaissance porte sur une méthode moderne et quelconque.

L'**activité** semble aussi avoir autant d'importance dans la connaissance des méthodes que l'instruction. En l'absence d'activité saisonnière, la connaissance des méthodes se fait moindre. Les proportions sont assez variables selon le type d'activité occupée. Les hommes salariés temporaires (57,9%) et les femmes commerçantes (40,2%) sont, selon le sexe, en proportion plus nombreux à connaître au moins une méthode quelconque. De la même façon, ils sont relativement plus importants à connaître la contraception moderne que leurs autres homologues (respectivement 53,7% et 30,7%). Les analyses univariées nous ont permis de vérifier statistiquement l'influence de l'occupation saisonnière quel que soit le sexe ($p=0,000$).

Pour résumer, on peut penser que ce sont les individus des générations les plus jeunes qui sont plus informés en matière de contraception. Cette connaissance est aussi importante

chez les hommes et les femmes qui résident dans des zones à forte interaction sociale (zone de résidence concentrée). On pouvait s'attendre à un tel résultat car c'est dans ces zones que l'activité est plus dynamique. De plus, s'y concentrent les principales infrastructures sanitaires. Notons aussi la plus forte connaissance de la contraception des hommes célibataires et des femmes en union monogame. La connaissance de la contraception plus élevée chez les individus de religion catholique, serait probablement due à l'instruction de ces derniers généralement plus nombreux à avoir déjà fréquenté l'école.

Tous ces résultats nécessitent une étude plus approfondie. L'analyse univariée a mis en évidence un certain nombre de liaisons entre facteurs socio-économiques et démographiques et la connaissance de la contraception. Mais on peut soupçonner un effet d'interaction entre variables, notamment l'âge et le niveau d'instruction. Outre cette analyse, nous avons donc effectué une étude complémentaire (régression logistique) afin de mesurer le rôle propre de chacun facteur dans l'accès à cette connaissance de la contraception. Cette étude permet de savoir ce qui se passerait si on contrôle les effets des différentes variables. Nous allons dans ce qui suit établir les véritables déterminants de la connaissance des différents types de méthodes contraceptives. Notamment, en rapport avec nos hypothèses de travail, nous mettons l'accent sur l'impact de la migration.

2.2 Rôle de la migration

Avant de nous lancer dans cette étude, il convient de rendre compte d'abord de l'ampleur du phénomène dans la zone, de connaître les différentes caractéristiques et les motivations des personnes au départ et enfin, de dire comment les séjours urbains peuvent favoriser un accès plus facile à la planification familiale.

2.2.1 Les types de migration dans la zone

Pour quantifier et caractériser les mouvements migratoires dans la zone d'étude, un certain nombre de définitions des types de migrations existantes a été retenu. Deux types de migration sont particulièrement enregistrés : la migration saisonnière et la migration de longue durée. Comme son nom l'indique, la migration saisonnière est souvent de courte durée. Elle dure en général un peu plus de 6 mois, et est principalement orientée vers la ville dans le cas des femmes, vers la ville ou le milieu rural pour les hommes. Lorsque la migration a lieu en saison sèche on parle de « norane », et lorsqu'elle intervient en saison des pluies on

parle de « navétane ». Les mouvements de longue durée atteignent au moins une année et, hormis une brève visite, aucun retour du migrant ou de la migrante ne sont enregistrés durant cette période.

En ce qui concerne l'enregistrement de ces migrations saisonnières, il est effectué deux fois par an, en février et juillet. A travers un appel systématique de tous les résidents de la concession, on prend note des dates de départ, du lieu de destination et du motif de l'absence. Ces données, consignées dans la base de données, permettent d'évaluer la migration saisonnière de travail. Les populations au départ sont importantes dans les deux sexes. Elles migrent essentiellement pour motif de travail et de recherche d'emploi. Si les hommes occupent des activités de commerçants, de charretiers, de manœuvres de maraîchers ou de dockers, les femmes s'adonnent exclusivement à des activités domestiques de « bonne à tout faire », de lingère ou pour les plus qualifiées, de cuisinière ou de nourrice. Les femmes les plus avancées en âge se procurent des revenus en pilant le mil des femmes urbaines.

Les migrants saisonniers de travail se rendent le plus souvent à Dakar et à Mbour. D'autres villes comme Kaolack et Fatick, plus proches des villages concernés, sont généralement moins fréquentés.

Pour notre étude, nous nous intéresserons particulièrement à la migration de saison sèche qui mène le plus souvent le migrant ou la migrante dans les grandes agglomérations urbaines. Nous utiliserons les termes « migration saisonnière » ou « migration norane » ou « norane » simplement pour désigner les séjours migratoires de saison sèche.

2.2.2 Interrelation migration et connaissance

La ville est un terrain d'acquisition de nouvelles valeurs pour la majorité des jeunes ruraux qui finissent par adopter de nouveaux comportements différents de ceux de leur lieu d'origine. Présentes dans un milieu ouvert à toutes les nouveautés, les personnes venues du milieu rural sont souvent à cheval entre deux cultures. A la différence de leur milieu d'origine, ils accèdent plus facilement à l'information et s'offrent de nouvelles approches des questions de société. La structure sociale traditionnelle et les valeurs qu'elle véhicule peuvent ainsi être remises en cause.

L'accès différentiel à la contraception entre migrant(e)s et non migrant(e)s est donc le résultat d'une présence plus importante aux sources d'information des premiers et de l'éloignement de ces sources pour les autres. L'accès plus facile à la contraception peut aussi être la résultante d'une rupture du contrôle social de la société sur les jeunes qui séjournent en milieu urbain, et donc loin du groupe originel. En particulier, le desserrement du contrôle social peut favoriser l'ouverture des jeunes vers des valeurs qui vont à l'encontre de celles de leur milieu d'origine. Les sociétés rurales sont généralement très conservatrices. Elles sont connues par leurs préférences de fécondité assez élevées. Recourir à la contraception apparaît ici comme un changement radical dans leur comportement en matière de fécondité. Par ailleurs, les rapports sexuels pré-nuptiaux sont mal admis dans la communauté. Il est par conséquent prévisible que les jeunes non encore mariés soient exclus des initiations relatives à la vie maritale. En l'absence d'autres moyens d'information, seuls les individus mariés peuvent prétendre connaître des procédés de contrôle de la fécondité. Ces méthodes sont pour la plupart d'origine populaire, et leur efficacité reste à prouver. L'accès à l'information dans une période de forte sensibilisation à la santé de la reproduction en milieu urbain constitue donc un moment propice pour les jeunes migrants. Il est donc possible de s'attendre à des comportements différentiels entre migrants et non-migrants, en l'occurrence, vis à vis de l'accès aux méthodes modernes de planification familiale.

La question de la diffusion des connaissances acquises dans ce domaine est plus difficile à appréhender. Il est même difficile à partir de données rétrospectives ou de données issues d'observation continue de vérifier l'hypothèse d'une diffusion de la connaissance des méthodes modernes de contraception entre migrant(e)s et non migrant(e). La division habituelle des confidents hommes et femmes par classes d'âge pencherait pour une diffusion intra générationnelle des informations en la matière.

2.2.3 L'effet de l'expérience urbaine

2.2.3.1 Age des migrants et fréquence des séjours

L'enquête permet d'apprécier, en 1999, la migration saisonnière de la population interrogée. Nous apercevons que l'expérience migratoire arrive très tôt dans cette population ([tableau 4.5](#)). Plus de 50 % et 45 % respectivement des migrants et des migrantes ont moins de 35 ans. Les hommes et les femmes effectuent leur premier séjour essentiellement à 20-24 ans. Les jeunes gens sont donc les plus susceptibles de quitter leur village pour se rendre dans

une grande agglomération urbaine. Dans l'ensemble, la première migration s'effectue avant 23 ans pour les hommes et avant 15 ans pour les femmes. L'évolution de l'âge moyen à la première migration suggère une tendance à la baisse au fil des générations. Cette orientation est cependant à la fois plus nette et plus franche chez les hommes. Elle existe certes chez les femmes, mais elle semble plus lente puisque l'on observe des moments de stabilisation entre 15 et 34 ans.

TABLEAU 4. 5 : Caractéristiques démographiques des migrants

Groupes d'âge	<i>Homme</i>			Effectif	<i>Femme</i>			
	%	Age moyen première migration	Nombre moyen de migration saisonnière		%	Age moyen première migration	Nombre moyen de migration saisonnière	Effectif
15-19	-	-	-	-	15,7	13.8	1.2	108
20-24	18,9	18.3	2.1	99	19,7	13.8	2.9	135
25-29	15,5	20.3	3.0	81	17,1	14.4	2.4	117
30-34	12,4	22.3	3.5	65	14,9	14.4	2.4	102
35-39	12,0	23.8	5.8	63	12,8	15.4	3.1	88
40-44	11,9	24.6	5.2	62	11,4	14.8	2.1	78
45-49	11,1	24.9	6.6	58	5,1	14.3	1.1	35
50-54	6,5	26.9	4.9	34	3,2	21.5	0.8	22
55-59	4,8	27.2	2.2	25	0,1	-	-	-
60-69	6,9	28.5	4.2	36	-	-	-	-
Tous âges	100,0	22.9	4.0	523	100,0	14.6	2.3	686

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

L'analyse de la migration des hommes et des femmes selon le nombre de séjour nous offre des conclusions différentes. Les hommes ont plus tendance à effectuer des séjours migratoires de travail que les femmes (4 contre 2 en moyenne). Ils manifestent d'ailleurs cette plus grande mobilité à tous les âges. Par ailleurs, si l'on peut dire que toutes les générations d'hommes ont vécu intensément ces mouvements saisonniers de travail, on ne peut en dire autant des femmes. Il apparaît clairement que les femmes des générations les plus anciennes ont été moins portées dans ce type de déplacement.

Disons pour l'essentiel que l'expérience migratoire saisonnière est plus fréquente chez les migrants des groupes d'âge 20 et 49 ans et chez les migrantes des groupes d'âge 15-44 ans. En termes de fréquence, le nombre de séjour effectué se répartit de manière plus régulière chez les hommes que chez les femmes.

Puisque l'accès à la contraception peut être différent selon la fréquence (nombre de migrations), la durée (de résidence) et la zone de migration, on peut s'attendre à un effet plus marqué de ces variables. En procédant ainsi, on fait l'hypothèse selon laquelle la migration de saison sèche ou norane en tant que telle (a migré ou non) peut ne pas constituer un facteur favorisant l'accès à la contraception, mais l'expérience traduite dans sa fréquence, sa durée ou par le lieu de séjour peut être prépondérante. Pour voir s'il y a un vrai impact de ces différentes variables, il est utile de tenir compte d'éventuelles relations étroites avec d'autres variables qui caractérisent les migrants. Pour cela, une étude qui permet de contrôler les différentes caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus semble nécessaire. Nous utiliserons donc un modèle d'analyse logistique.

2.2.3.2 Typologie des migrants et rappel méthodologique

L'étude de l'impact de la migration rurale-urbaine dans l'accès à la contraception constitue un volet important de l'analyse des canaux de diffusion de la contraception en milieu traditionnel. La compréhension de l'évolution personnelle de la connaissance ou de l'utilisation des méthodes nécessite de s'intéresser à la vie migratoire des individus. Nos données ne nous permettent pas de connaître les dates d'occurrence des migrations et les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive aux différentes étapes de la migration. Nous ne disposons que des âges à la première et à la dernière migration sans connaître le niveau de connaissance et de pratique contraceptive des individus avant le premier départ. Nous disposons des lieux de premier et dernier séjour des personnes au départ. L'histoire migratoire nous a été utile dans la mesure où elle nous a permis de connaître les zones dans lesquelles les différentes migrations ont été effectuées. Aussi, nous avons pu relever dans cette enquête le nombre total de séjour effectué par chaque individu. De même, a été saisie la durée totale de séjour des migrants et des migrantes dans chaque lieu de séjour. Notre intérêt sera donc orienté dans l'analyse de l'effet de la fréquence et des lieux de la migration sur l'accès à la planification familiale. Nous mettrons particulièrement l'accès sur la zone de migration et le nombre de séjours effectués à Dakar. L'ampleur de l'interaction sociale dans cette dernière ville est sans commune mesure de celle observée dans les autres villes du pays. A partir des données disponibles nous avons défini des catégories de population pour tester l'influence du séjour extérieur dans l'accès à la contraception moderne.

En plus du nombre de migration (totale ou à Dakar) et de la durée de résidence (considérations méthodologiques), nous avons tester l'impact du lieu de migration. Cette dernière typologie permet de voir si les zones de première destination procuraient une connaissance différentielle de la contraception moderne. Elle est fondée sur les antécédents en matière d'offre de services de planification familiale au Sénégal. Les régions de Dakar (zone 1), Thiès, Kaolack, Fatick, Kolda et Ziguinchor (zone 2) ont été les premières à bénéficier de programme de planification familiale dans le cadre du projet santé familiale et population en 1986 (PSFP). La zone 3 regroupe les autres destinations. Nous donnerons les résultats de la prise en compte de ces différents éléments dans les analyses multivariées.

2.2.3.3 Résultats d'analyse

Avant de nous lancer dans l'étude, nous proposons d'observer comment la sensibilisation à la contraception s'est répandue dans la zone d'étude selon le statut migratoire des hommes et des femmes interrogés. Pour apprécier la différence d'accès à la contraception, nous structurons notre échantillon selon le lieu, la zone de première migration norane, et le nombre total de séjours effectués.

2.2.3.3.1 Structure et sélectivité de la migration

La sélection des migrants et migrantes norane s'apprécie au regard de l'âge, du niveau d'instruction et de la situation matrimoniale ([tableau 4.6](#)). D'après les marqueurs socio-démographiques, il apparaît que les migrants et migrantes constituent une population particulière. Si l'absence de migration touche une bonne partie de la population masculine et féminine, il est à noter que la migration concerne une population essentiellement jeune dont le premier lieu de destination est Dakar. On retrouve d'ailleurs le même constat que Pison et al (1997), à savoir que les femmes prédominent chez les jeunes dans les migrations temporaires.

TABLEAU 4. 6 : Homme et femme. Composition par âge (%), instruction, situation matrimoniale et activité selon le statut migratoire

Caractéristiques	HOMME				FEMME			
	Non Migrants (n=281)	Migration Dakar (324)	Migrants Mbour (n=68)	Migrants Autres Régions (n=131)	Non Migrantes (n=353)	Migrantes Dakar (n=611)	Migrantes Mbour (n=26)	Migrantes Autres Régions (n=49)
<i>Age</i>								
Age moyen	43.5	35.6	36,6	42,8	34.3	29.4	33,5	35,9
Age moyen lière migration	-	21.7	23,2	25,6	-	14.6	15,7	13,1
Age médian lière migration	-	20.6	21,0	24,0	-	13.6	13,5	12,0
% 20-24	16,0	22,9	15,4	11,3	30,3	36,9	50,0	19,0
% 25-34	16,0	28,2	38,5	25,0	19,8	33,0	25,0	22,2
% 35-44	21,7	25,7	23,1	21,3	21,5	23,4	16,7	33,3
% 45 et plus	46,3	23,2	23,1	42,5	28,3	6,7	8,3	25,4
<i>Instruction</i>								
Sans	60.5	49.1	45,6	53,4	65.2	67.6	80,8	67,3
Primaire incomplet	12.5	15.4	25,0	20,6	14.2	14.9	3,8	10,2
Primaire complet	5.0	15.4	10,3	9,2	9.1	4.6	0,0	0,0
Secondaire et +	16.0	7.4	7,4	9,2	7.6	1.0	0,0	0,0
Autres	6.0	12.7	11,8	7,6	4.0	11.9	15,4	22,4
<i>Situation matrimoniale</i>								
Célibataire	24.2	26.5	26,5	18,3	19.0	17.8	3,8	0,0
Monogame	45.6	56.2	55,9	56,5	38.0	48.6	57,7	67,3
Polygame	29.2	16.0	16,2	21,4	39.9	30.1	34,6	30,6
Divorcé. veuf	1.1	1.2	1,5	3,8	3.1	3.4	3,8	2,0
<i>Activité de saison sèche</i>								
Sans	41.3	26.2	19,1	26,7	77.6	58.6	88,5	65,3
Commerçant	33.1	25.6	35,3	32,1	16.4	19.1	7,7	24,5
Artisan	5.3	15.4	10,3	7,6	2.0	1.8	3,8	0,0
Transporteur	0.7	3.7	14,7	3,8	-	-	-	-
Salarié temporaire	11.7	26.5	16,2	26,0	2.8	19.6	0,0	10,2
En formation	4.6	0.3	0,0	0,8	0.6	0.0	0,0	0,0
Autres	3.2	2.2	4,4	3,1	0.6	0.8	0,0	0,0
Ensemble	100.0	100.0	100,0	100,0	100.0	100.0	100,0	100,0

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Les migrant(e)s apparaissent aussi plus instruites que les non-migrant(e)s. Cela dit, les hommes et les femmes qui migrent sont en général sans instruction. Par ailleurs, l'expérience de migration saisonnière semble avoir beaucoup touché les hommes et les femmes en union. Par exemple, elle a concerné plus de 50% des hommes et des femmes mariés monogames. L'importance des migrants sans emploi à Mbour (88,5%) montrent que toutes les personnes séjournant dans les villes ne disposent pas d'une occupation. L'inactivité à l'enquête d'un individu migrant semble être cependant moins fréquente à Dakar.

L'analyse de l'occupation de saison sèche d'après les principales destinations nous renseigne sur l'activité occupée dans les lieux de migration. La plupart des hommes migrants vers Dakar sont soit commerçants (25,6%), soit salariés temporaires (26,5%). Ils occupent aussi ces mêmes activités lorsqu'ils se rendent dans les autres villes du pays. Ainsi, à Mbour ils sont 35,3% à être commerçants et 16,2% à occuper un emploi salarié. Ces proportions s'échelonnent à 32,1% et 26,0% lorsqu'ils sont dans les autres grandes villes du pays. La migration la plus caractéristique est celle des femmes. Les données montrent qu'elles se rendent essentiellement à Dakar et qu'elles occupent au même titre que les hommes des activités commerciales (19,1%) et de salariée temporaire (19,6%). L'émigration liée au travail domestique concerne principalement les déplacements des femmes rurales.

2.2.3.3.2 Accès à la contraception analyse selon le statut migratoire

L'analyse a montré qu'il existe une liaison entre l'âge des personnes interrogées au moment de l'enquête et la sensibilisation à la contraception moderne. Pour neutraliser cet effet d'âge (ou de génération), nous présentons les résultats en associant les niveaux bruts de sensibilisation et d'utilisation, les niveaux obtenus à structure par âge égale à la structure de l'ensemble de l'échantillon, homme ou femme selon le cas ([tableau 4.7](#)).

Nous avons aussi essayé de voir les destinations vers les lieux où le pays a connu les premières activités en matière de PF procurait un accès différentiel à la contraception moderne. Pour ce faire, nous avons repris les deux modes de calcul de fréquence opérés précédemment. Le [tableau 4.8](#) présente la répartition des niveaux de sensibilisation et d'expérience de pratique contraceptive définie selon ces différentes zones de migration. Les différentes variations seront aussi appréciées à structure par âge égale.

Si l'on compare les non-migrants avec les migrants qui ont migré vers les zones 1, 2 et 3, on observe qu'ils sont proportionnellement moins nombreux à avoir entendu parler de la contraception moderne (7/10 contre en moyenne 8/10). Paradoxalement, les non-migrants sont plus nombreux à connaître (28,1 % contre 26,2%) ou à avoir déjà utilisé (13,2% contre 12,8%) la contraception que les migrants de la zone 2. Les non-migrantes (57,4%) sont aussi moins nombreuses que les migrantes des zones 1 (68,8%) et 2 (62,3%) à avoir reçu une information sur la contraception. Mais seules les migrantes de la zone 1 ont une plus grande

connaissance (19,6% contre 15,6%) et expérience de pratique de la contraception que les non-migrantes (4,4% contre 1,7%).

Après contrôle de l'effet d'âge, les différences constatées dans la sensibilisation à la planification familiale entre migrant(e)s et non migrant(e)s persistent. A structure par âge équivalent, les migrantes apparaissent aussi moins nombreuses à avoir eu une expérience de pratique contraceptive que les migrantes de la première zone. Par contre, la plus forte expérience contraceptive des migrants de la zone 1 par rapport aux non-migrants semble relever des différences de structure d'âge.

TABLEAU 4. 7 : Homme et femme. Accès à l'information, à la connaissance et à l'expérience contraceptive moderne selon la zone d'émigration

	Non migrants	Zone 1	Zone 2	Zone 3
Homme				
Ont entendu parler d'une méthode moderne	70.5 (72.9)	79.6 (77.5)	80.5 (80.7)	85.7 (90.1)
$\chi^2 = 10.0$ Signification à $p = 0.019$				
Connaît une méthode moderne	28.1 (31.3)	39.1 (35.7)	26.2 (26.7)	33.3 (38.1)
$\chi^2 = 12.0$ Signification à $p = 0.007$				
Ont déjà utilisé une méthode moderne	13.2 (15.8)	13.9 (12.0)	12.8 (13.3)	14.3 (18.0)
$\chi^2 = 0.2$ Signification à $p = 0.98$				
N	281	338	164	21
() Entre parenthèses : proportion à structure par âge égale à celle de l'ensemble des hommes.				
Femme				
Ont entendu parler d'une méthode moderne	57.4 (59.3)	68.8 (67.3)	62.3 (63.2)	50.0 (33.7)
$\chi^2 = 13.1$ Signification à $p = 0.004$				
Connaît une méthode moderne	15.6 (17.0)	19.6 (19.3)	7.2 (9.3)	0.0 (0.0)
$\chi^2 = 8.7$ Signification à $p = 0.034$				
Ont déjà utilisé une méthode moderne	1.7 (2.0)	4.4 (4.2)	1.4 (1.9)	0.0 (0.0)
$\chi^2 = 6.1$ Signification à $p = 0.107$				
N	353	613	69	4
() Entre parenthèses : proportion à structure par âge égale à celle de l'ensemble des femmes				
Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC.				

Après comparaison des différents résultats, l'hypothèse de l'influence de la migration dans l'accès à la contraception semble se vérifier. Les séjours à Dakar favoriseraient un accès plus facile à la contraception moderne des hommes et des femmes. Pour confirmer définitivement cette relation, nous proposons de tester cette hypothèse au moyen d'une étude multivariée qui tiendrait compte des effets des autres variables.

2.2.3.3.4 L'influence de l'expérience migratoire : analyse multivariée

L'intérêt de cette partie est de mesurer l'influence effective de l'expérience migratoire dans l'accès à la contraception. Les hommes et les femmes qui ont souvent été en ville ont plus de chance de profiter d'une telle information du fait des campagnes de sensibilisation à la planification familiale plus vigoureuse dans les villes. L'interaction sociale qui y prévaut est aussi source d'information en la matière. Pour tester cette hypothèse, il faudra s'assurer que les différences selon le statut migratoire persistent même lorsque l'influence de certaines variables socio-démographiques fondamentales est prise en compte. Les résultats sont présentés aux [tableaux 4.8 et 4.9](#).

TABLEAU 4. 8 : Homme, risques relatifs de la connaissance de la contraception moderne selon les variables socio-économiques et migratoires retenues dans l'analyse

Variables explicatives (Référence)	Modèle 1 Caractéristiques socio-économiques	Modèle 2 Caractéristiques socio-économiques et fréquence des séjours à Dakar	Modèle 3 Caractéristiques socio-économiques fréquence des séjours à Dakar, lieu de migration
Groupes d'âge (H 20-24)			
25-34	1,050	1,066	0,893
35-44	0,923	0,906	0,698
45-54	0,381*	0,380*	0,291***
H 55 et +	0,468	0,457	0,396**
Religion (musulmane)			
Chrétienne	1,558	1,599	1,627
Traditionnelle	0,254*	0,257*	0,254
Zone de résidence (concentré)			
Dispersé	0,703	0,705	0,701
Situation matrimoniale (non célibataire)			
Célibataire	1,495	1,551	- - -
Niveau d'instruction (sans)			
Primaire incomplet	1,246	1,191	1,255
Primaire complet	2,719***	2,643***	2,526***
Secondaire et +	10,056***	9,621***	11,727***
Autres	1,163	1,139	1,102
Activité de saison sèche (aucune)			
Commerçant(e)	2,028**	1,976**	1,973**
Artisan	1,276	1,155	0,988
Transporteur	2,137	2,020	2,082
Salarié(e) temporaire	3,097***	3,011***	2,865***
En formation	1,679	1,669	1,994
Autre	0,664	0,671	0,806
Nombre de séjour à Dakar (aucun)			
1		1,356	1,336
2 et +		6,529*	6,813*
Zone de migration (sans)			
Zone 1			1,592*
Zone 2			0,917
Zone 3			0,966
p>chi2	0,0001	0,0001	0,0001
Signification : * p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001			

TABLEAU 4. 9 : Femme, risques relatifs de la connaissance de la contraception moderne selon les variables socio-économiques et migratoires retenues dans l'analyse

Variables explicatives (Référence)	Modèle 1 Caractéristiques socio-économiques	Modèle 2 Caractéristiques socio-économiques et fréquence des séjours à Dakar	Modèle 3 Caractéristiques socio-économiques fréquence des séjours à Dakar, lieu de migration
Groupes d'âge (F 15-24)			
25-34	1,389	1,368	1,324
35-44	0,843	0,845	0,865
45-54	0,561	0,558	0,649
H 55 et +			
Religion (musulmane)			
Chrétienne	0,967	0,970	0,970
Traditionnelle	0,737	0,752	0,785
Zone de résidence (concentré)			
Dispersé	0,885	0,897	0,883
Situation matrimoniale (non célibataire)			
Célibataire	0,584	0,589	0,586
Niveau d'instruction (sans)			
Primaire incomplet	2,860***	2,848***	2,866***
Primaire complet	3,420***	3,429***	3,600***
Secondaire et +	11,33***	11,40***	13,049***
Autres	1,506	1,489	1,552
Activité de saison sèche (aucune)			
Commerçant(e)	3,320***	3,33***	3,146***
Artisan	2,332	2,391	2,253
Salarié(e) temporaire	2,160**	2,125**	1,894***
En formation	3,700	3,757	
Autre			3,382
Nombre de séjour à Dakar (aucun)			
1		0,981	1,008
2 et +		1,518	1,603
Zone de migration (sans)			
Zone 1			1,381
Zone 2			0,574
Zone 3			
p>chi2	0,0001	0,0001	0,0001

Signification : p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001

Il ressort des analyses multivariées du modèle 1 que les hommes ont une connaissance relative de la contraception moderne, mais elle diffère selon l'âge, la religion, et surtout le niveau d'instruction et l'activité saisonnière. Pour les femmes, l'âge ne présente aucun effet. La religion chrétienne favorise la connaissance des méthodes modernes pour les hommes. L'instruction améliore considérablement la connaissance des méthodes de contraception moderne tant pour les hommes que pour les femmes. L'instruction primaire incomplète n'est liée à une meilleure connaissance des méthodes modernes que pour les femmes. Le fait

d'exercer une activité commerciale et le salariat temporaire jouent aussi un rôle important dans la connaissance de la contraception moderne. On remarque que, la situation matrimoniale et la zone de résidence rurale n'affectent pas la connaissance lorsque les autres variables sont contrôlées.

L'expérience urbaine²⁵, mesurée à travers le nombre de séjours saisonniers effectués à Dakar ne semble avoir d'influence qu'après des hommes (modèle 2). Autrement dit, les hommes semblent être plus en mesure d'acquérir des connaissances sur la contraception moderne lors de leurs séjours urbains. La zone de migration ne présente aussi d'impact que pour les hommes (modèle 3). Ce sont particulièrement les séjours à Dakar qui se trouvent discriminants dans l'accès à l'information sur la contraception moderne.

D'autres analyses ont été effectuées pour apprécier les facteurs déterminants dans la connaissance de ces méthodes modernes (annexes C.5 et C.6). Dans l'analyse dans laquelle on opère méthode par méthode, il s'avère que la meilleure connaissance de la contraception moderne par les jeunes générations masculines se résume en fait à une meilleure connaissance du condom. Les générations les plus âgées sont visiblement moins bien informées sur le préservatif que ne le sont les plus jeunes, mais mieux informées des autres méthodes modernes. L'instruction est un facteur d'information constant pour l'ensemble des méthodes modernes. Son effet est significatif pour les hommes à partir du primaire complet et pour les femmes dès le primaire incomplet. L'activité commerciale apparaît aussi déterminante du niveau d'information, mis à part le condom pour lesquelles les femmes salariées temporaires sont les mieux informées. Les hommes salariés temporaires ont une meilleure connaissance de la pilule et du DIU que les hommes sans activité autre qu'agricole.

L'analyse dans laquelle on combine lieu de première migration et nombre total de migration confirme l'impact de la présence à Dakar des migrants. Cette influence apparaît même chez les femmes qui ne présentaient aucune différence d'accès d'après l'expérience urbaine.

Nous avons jugé par ailleurs que la recherche d'effets spécifiques de la migration dans un modèle intégrant l'activité saisonnière norane n'est pas justifiée ici car ces deux

²⁵ Nous n'avons pas intégré dans les modèles la durée totale de résidence à Dakar car non significative en analyse bivariée.

indicateurs sont assez proches. Les personnes avec une activité saisonnière sont essentiellement constituées d'individus ayant déjà migré or nous cherchons ici à relever que l'effet dû à l'expérience urbaine. En excluant cette variable, on s'aperçoit que l'influence des séjours à Dakar devient plus nette²⁶. L'influence de l'expérience urbaine apparaît mais elle est ici imputable à la présence à Dakar (zone 1) pour les hommes et les femmes, et pour les hommes uniquement lorsqu'ils sont présents dans la zone 2 (Thiès, Kaolack, Fatick, Kolda et Ziguinchor). Cependant, c'est la présence à Dakar qui procure une meilleure connaissance des méthodes.

Vue d'ensemble

Au terme de cette étude, on peut dire que la sensibilisation à la contraception apparaît relativement faible dans la population. Seulement 46% des hommes et 23% des femmes citent de manière spontanée une méthode de contraception. Ces proportions tombent à 33% et 17% lorsqu'il s'agit uniquement des méthodes modernes. Qualitativement, la diffusion de l'information n'est pas également répartie dans la population. Plusieurs facteurs expliquent cette sensibilisation différentielle.

Les analyses montrent que l'âge est un facteur important dans l'accès à l'information et à la connaissance de la contraception et son influence varie selon le type de méthode. Par contre, les effets du milieu de résidence et de la religion restent limités. Quant à la scolarisation, elle influe nettement sur la connaissance de la contraception des hommes et des femmes. Un niveau d'instruction élevé est synonyme d'une plus grande connaissance d'un type de contraception. La fréquentation d'une école arabe ou d'un centre d'alphabétisation semble favoriser la connaissance des hommes. Ce résultat proviendrait de l'action des infirmiers en poste responsables des centres de planification familiale qui profitent des cours d'alphabétisation pour sensibiliser la population. Cependant, les résultats observés mettent en évidence la plus grande capacité de l'école à faciliter la réceptivité de l'information et l'accès à une connaissance effective des types de méthode.

Le statut matrimonial n'est pas fondamentalement déterminant dans l'accès à l'information. Les hommes et les femmes mariés semblent être sensibilisés aux différentes méthodes, mais il s'agit d'une connaissance assez vague des méthodes en général. L'activité

²⁶ Nous ne présentons pas ici ces résultats pour éviter d'alourdir la présentation.

distingue aussi les hommes et les femmes informés ou qui connaissent la contraception. L'effet de l'occupation saisonnière est assez perceptible. L'exercice d'une activité commerciale et la qualité de salarié temporaire favorisent une plus grande connaissance de la contraception.

Au regard des analyses précédentes, on ne peut écarter le rôle de l'expérience urbaine dans l'accès à la connaissance des méthodes. L'impact de la présence à Dakar est indéniable lorsque la migration est caractérisée par le nombre total de séjour à Dakar ou par le lieu de séjour. Dans toutes les autres typologies de la migration, aucune signification n'a été relevée. Elle pourrait constituer un moteur important de diffusion de la contraception moderne dans cette zone rurale. L'intensité de l'influence des séjours en ville peut être atténuée par la diffusion intra-générationnelle des messages dans le cadre des migrations de retour.

En conclusion, on peut dire que ce n'est pas la migration en soi qui est déterminante, mais la fréquence des séjours dans certains lieux, Dakar en particulier. Les hommes et les femmes qui ont subi l'influence du style de vie, des valeurs sociales et des pratiques culturelles du milieu urbain, présentent un meilleur accès à la connaissance des méthodes modernes de planification des naissances. La participation croissante de la population à l'exode rural vers la principale citée urbaine est source de diffusion des connaissances en matière de planification familiale.

Vu la faiblesse des effectifs, nous ne procédons à une analyse poussée de l'influence de la migration dans la pratique de la contraception. Cependant, nous effectuerons une différenciation des pratiques passées et actuelles de la contraception selon que la personne a déjà été ou non en migration. On tentera, avec des tests d'analyses bi-variées de voir si les différences sont significatives. Auparavant, il est important de connaître le niveau d'expérience passée de la contraception de la population et de leur pratique actuelle. Nous tenterons au passage d'analyser la diffusion de la pratique contraceptive dans les différentes couches de la population.

C. L'utilisation de la contraception

Les différences socio-économiques constatées dans la connaissance de la contraception moderne existent lorsque l'on analyse son utilisation. Nous allons dans ce qui suit prendre la mesure de la diffusion de la contraception. Comme nous l'avons déjà signalé, cette étude ne se fera pas au moyen de modèle logistique du fait des faibles effectifs en cause. Cependant, nous effectuerons des analyses bivariées pour tester statistiquement la signification des différences catégorielles de chaque variable.

1. Niveau général et méthodes utilisées

1.1 L'utilisation passée de la contraception

Le [tableau 4.10](#) nous indique que 16,3% des hommes ont déjà utilisé, au moins une fois, une méthode contraceptive. L'utilisation passée de la contraception a été plus importante pour les méthodes modernes (13,4%) que pour les méthodes traditionnelles (4,4%). La forte utilisation des méthodes modernes des hommes se justifie par leur usage des condoms (12,3%). Un faible part des hommes déclarent avoir déjà utilisé la pilule (1,4%), les injections (0,7%) et le DIU (0,2%) avec leurs partenaires. Quant aux méthodes traditionnelles, ce sont la continence périodique (2,6%) et les amulettes (1 %) qui sont plus utilisées.

TABLEAU 4. 10 : Proportion (%) d'hommes et de femmes ayant déjà utilisé la contraception selon le type de méthode et la situation matrimoniale

Méthodes	A déjà utilisé					
	Homme			Femme		
	Mariés	Non mariés	Ensemble	Mariées	Non mariées	Ensemble
<i>Méthodes modernes</i>	8.2	29.6	13.4	3.1	4.0	3.3
Pilule	1.6	0.5	1.4	1.3	0.6	1.2
Injection	1.0	0.0	0.7	1.0	0.6	1.0
Diu	0.2	0.5	0.2	0.3	0.0	0.3
Condom	6.9	29.1	12.3	1.2	4.0	1.6
<i>Méthodes naturelles</i>	3.0	4.1	3.2	1.0	1.7	1.1
Contenance périodique	2.5	3.1	2.6	0.9	1.7	1.1
Retrait	0.5	1.0	0.6	0.1	0.0	0.1
Abstinence	-	-	-	-	-	-
<i>Méthodes traditionnelles</i>	2.6	1.0	2.1	0.7	0.6	0,6
Plantes	0.7	0.5	0.6	0.1	0.6	0.2
Amulettes	1.2	0.5	1.0	0.5	0.0	0.4
Autres	0.7	0.0	0.5	0.1	0.0	0.1
Au moins une méthode	11.0	32.7	16.3	4.1	5.6	4.3
Aucune méthode	89.0	67.3	83.7	95.9	94.4	95.7
Ensemble	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Effectif	608	196	804	862	177	1039

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Le niveau d'utilisation de la contraception des femmes est très inférieur à celui des hommes. Seulement 4,3% des femmes déclarent avoir déjà utilisé au moins une méthode de contraception. Cet usage s'est porté sur les mêmes méthodes déclarées par les hommes, les méthodes modernes. Leur niveau d'utilisation de la contraception traditionnelle (1,5%) est moitié moins important que celui de la contraception moderne (3,3%). L'utilisation des condoms (1,6%) reste plus fréquent, après suivent la pilule (1,2%), les injections (1 %) et le DIU (0,3%). La pratique de la contenance périodique (1,1%) est aussi relativement plus importante, suit le port d'amulettes (0,4%), les plantes (0,2%) et la pratique du retrait (0,2%).

L'utilisation de la contraception des hommes a été plus importante chez les non mariés (32,7%) que chez les mariés (11%). L'explication de ce niveau de pratique chez les non mariés résulte du recours massif aux méthodes modernes, notamment les condoms (29,1%). Il faut noter que chez les hommes, en général, l'utilisation des condoms est généralement fréquente. Cette utilisation importante des condoms justifie aussi l'usage plus important de la contraception moderne par rapport à la contraception traditionnelle des hommes mariés (8,2%

contre 4,1%) et des hommes non mariés (29,6% contre 5,1%). La contraception est un peu plus pratiquée par les femmes célibataires (5,6%) que par les femmes mariées (4,1%), et ce quel que soit le type de méthode.

1.2 L'utilisation actuelle de la contraception

Le niveau général de l'utilisation actuelle de la contraception moderne nous indique la prévalence contraceptive dans la zone d'étude de Niakhar. Les résultats observés dans le [tableau 4.11](#) nous renseignent sur les niveaux de prévalence de l'ensemble des femmes et des femmes mariées. Ce tableau nous indique aussi la prévalence selon les différentes méthodes. L'utilisation actuelle de la contraception des hommes n'a été mesurée que dans le mariage.

TABLEAU 4. 11 : Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femme de 15-49 ans utilisant actuellement la contraception, selon la situation matrimoniale

Méthodes	Hommes Mariés ^a de 20-69 ans	Femmes				EDS III 1997
		Non Célibataires	Célibataires	Ensemble		
				Toutes les femmes	dont femmes de 15-49	
Méthodes modernes	1.7	1.4	2.3	1.9	1,8	2,1
Pilule		0.3	0.0	0.3	0,3	0,8
Injection		0.3	0.0	0.3	0,3	0,7 b
Condom	1.5	0.5	2.2	0.8	0,8	0,2
DIU		0.2	0.6	0.3	0,3	0,2
Autres	0.2					0,1
Méthodes naturelles	1.2	0.0	1.1	0.2	0,2	0,5
Contenance périodique	0.3	0.0	1.1	0.2	0,2	0,4
Retrait	0.8	0.0	0.0	0.0	0	0,1
Méthodes traditionnelles	0.5	0.1	0.6	0.2	0,2	4,5
Plantes		0.0	0.6	0.1	0,1	3,6
Amulettes		0.0	0.0	0.0	0	0,6
Autres	0.5	0.1			0,1	0,3
Au moins une méthode	3.3	1.6	3.4	1.8	2,1	7,1
Aucune méthode	96.7	98.4	96.6	98.2	97.9	92.9
Ensemble	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Effectif	595	862	177	1039	962	3810

a. Pratique dans l'union en cours uniquement ; b. en 1997, Norplant et injections sont confondus

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

La prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes de 15-49 ans s'établit à 2,1%. Un niveau d'utilisation qui est loin de correspondre à celui de la connaissance (20% des femmes connaissent au moins une méthode de contraception). Cette pratique de la

contraception est plus fréquente chez les femmes célibataires que chez les femmes mariées (respectivement 2,3% contre 1,4%).

Tout comme il l'a été dans la pratique passée, la pratique actuelle de la contraception des femmes est orientée vers l'utilisation des méthodes modernes plutôt que vers les méthodes traditionnelles. Parmi les méthodes modernes les plus utilisées, on trouve le condom (0,8%). Il est d'ailleurs l'une des deux méthodes les plus utilisées dans l'ensemble du milieu rural sénégalais (EDS-III, 1997). Les niveaux d'utilisation de la pilule, des injections et des Diu sont identiques (0,3%).

L'utilisation de certaines méthodes naturelles et traditionnelles est inexistante (retrait et le port d'amulettes). Seule la continence périodique (0,2 %) et les plantes (0,1 %) sont utilisées, mais leurs niveaux restent faibles comparés à l'usage d'une quelconque méthode moderne. Ces résultats sont aussi très éloignés de ceux observés en 1997 dans l'ensemble du milieu rural du pays (4,5%). Si l'on se réfère aux niveaux de la pratique de la contraception traditionnelle dans le pays, on est tenté de dire qu'elle baisse au profit de la contraception moderne.

2 Recours à la contraception et facteurs socio-démographiques

2.1 Age et méthode spécifique déjà utilisé

Nous avons vu que la connaissance effective des méthodes modernes était liée à l'âge. En particulier, le niveau de connaissance diminuait avec l'âge. Cette relation est-elle aussi établie avec l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ? [Les tableaux 4.12 et 4.13](#) indiquent les proportions (en %), à chaque âge, des hommes et des femmes ayant déjà utilisé la contraception moderne par méthode spécifique.

TABLEAU 4. 12 : Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes et des femmes actuellement mariées ayant déjà utilisé une méthode contraceptive par méthode spécifique selon l'âge à l'enquête

Groupes d'âge	Méthode moderne				N'importe quelle méthode moderne	Méthode traditionnelle					NQMT	NQMM	NJU	Total	Effectif
	Pilule	Injection	Diu	Condom		Contenance périodique	Retrait	Plantes	Gris gris	Autres					
Toutes les femmes															
15-19	0	0	0	1,8	1,8	0	0	0	0	0	0	2,4	97,6	100	168
20-24	1,6	1,1	0	3,8	4,9	3,3	2,7	0,5	0,5	0,5	0	6,6	93,4	100	182
25-29	3,2	1,3	0	2,6	5,8	2,6	2,6	0	0	0	0	7,1	92,9	100	154
30-34	0	0	0,7	0,7	1,5	2,2	0,7	0	0	0,7	0,7	3	97	100	134
35-39	2,4	2,4	1,6	0,8	4,8	1,6	0,8	0	0	0,8	0	5,6	94,4	100	126
40-44	0,9	0,9	0	0	1,7	0	0	0	0	0	0	1,7	98,3	100	116
45-49	0	2,5	0	1,3	3,8	0	0	0	0	0	0	3,8	96,3	100	80
50-54	0	0	0	0	0	1,3	0	0	1,3	1,3	0	2,5	97,5	100	79
Ensemble	1,2	1	0,3	1,6	3,3	1,5	1,1	0,1	0,2	0,4	0,1	4,3	95,7	100	1039
Femmes actuellement mariées															
15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	41
20-24	2,1	1,4	0	3,5	4,9	2,8	2,8	0,7	0	0,7	0	5,6	94,4	100	143
25-29	2,7	0,7	0	1,4	4,8	0	0	0	0	0	0	4,8	95,2	100	146
30-34	0	0	0,8	0,8	1,5	3,8	2,3	0	0	0,8	0,8	4,5	95,5	100	132
35-39	2,4	2,4	1,6	0,8	4,8	1,6	0,8	0	0	0,8	0	5,6	94,4	100	126
40-44	0,9	0,9	0	0	1,7	0	0	0	0	0	0	1,7	98,3	100	116
45-49	0	2,5	0	1,3	3,8	0	0	0	0	0	0	3,8	96,3	100	80
50-54	0	0	0	0	0	1,3	0	0	1,3	1,3	0	2,6	97,4	100	78
Ensemble	1,3	1	0,3	1,2	3,1	1,4	0,9	0,1	0,1	0,5	0,1	4,1	95,9	96,9	862

TABLEAU 4. 13 : Utilisation de la contraception des hommes à un moment quelconque

Répartition (en %) de l'ensemble des hommes et des hommes actuellement mariés ayant déjà utilisé une méthode contraceptive par méthode spécifique selon l'âge à l'enquête

Groupes d'âge	Méthode moderne				N'importe quelle méthode moderne	Méthode traditionnelle					NQMT	NQMM	NJU	Total	Effectif
	Pilule	Injection	Diu	Condom		Contenance périodique	Retrait	Plantes	Gris gris	Autres					
Tous les hommes															
20-24	0.0	0.0	0.7	19.4	20.1	1.4	0.7	0.0	0.7	0.0	2.8	22.9	77.1	100.0	144
25-29	0.0	0.0	0.0	29.6	29.6	3.7	2.8	1.9	0.0	0.9	7.4	32.4	67.6	100.0	108
30-34	2.4	1.2	1.2	15.7	15.7	10.8	1.2	1.2	1.2	2.4	12.0	24.1	75.9	100.0	83
35-39	3.3	0.0	0.0	13.0	15.2	3.3	0.0	0.0	1.1	0.0	4.3	16.3	83.7	100.0	92
40-44	2.1	1.1	0.0	12.6	13.7	1.1	0.0	0.0	2.1	0.0	3.2	16.8	83.2	100.0	95
45-49	2.4	2.4	0.0	2.4	6.0	2.4	0.0	1.2	1.2	0.0	3.6	9.5	90.5	100.0	84
50-59	1.9	1.9	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.9	98.1	100.0	104
60-69	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.1	1.1	2.1	2.1	97.9	100.0	94
Ensemble	1.4	0.7	0.2	12.3	13.4	2.6	0.6	0.6	1.0	0.5	4.4	16.3	83.7	100.0	804
Hommes actuellement mariés															
20-24	0.0	0.0	0.0	8.3	8.3	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	4.2	12.5	87.5	100.0	24
25-29	0.0	0.0	0.0	13.5	13.5	5.8	1.9	1.9	0.0	1.9	7.7	19.2	80.8	100.0	52
30-34	1.4	1.4	1.4	10.0	10.0	8.6	1.4	1.4	1.4	2.9	10.0	15.7	84.3	100.0	70
35-39	3.4	0.0	0.0	13.5	15.7	3.4	0.0	0.0	1.1	0.0	4.5	16.9	83.1	100.0	89
40-44	2.2	1.1	0.0	13.0	14.1	1.1	0.0	0.0	2.2	0.0	3.3	17.4	82.6	100.0	92
45-49	2.4	2.4	0.0	2.4	6.0	2.4	0.0	1.2	1.2	0.0	3.6	9.5	90.5	100.0	84
50-59	1.9	1.9	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.9	98.1	100.0	103
60-69	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.1	1.1	2.1	2.1	97.9	100.0	94
Ensemble	1.6	1.0	0.2	6.9	8.2	2.5	0.5	0.7	1.2	0.7	4.1	11.0	89.0	100.0	608

L'utilisation des méthodes modernes correspond à la configuration constatée dans la connaissance de ce type de méthode. A savoir, elles ont surtout été utilisées par les plus jeunes. La pratique passée est globalement importante chez les hommes et les femmes avant 30 ans, et faible au-delà de cet âge. C'est dans la tranche d'âge 25-29 ans qu'on retrouve le plus fort pourcentage d'hommes (30 %) et de femmes (6%) ayant une plus grande expérience d'utilisation de la contraception moderne. Aucune expérience de pratique contraceptive n'est enregistrée pour les femmes de 50 à 54 ans et pour les hommes de 60 à 69 ans. Cela semble montrer que les femmes des anciennes générations n'étaient pas très attirées par la pratique de la contraception. Si en moyenne 2,4% des hommes et des femmes de 45-49 ans déclarent avoir déjà utilisé la pilule, seuls les hommes affirment dans ce même groupe d'âge avoir recouru aux injectables, aux condoms et avoir pratiqué l'abstinence. Les femmes ne sont que 1,3% à affirmer avoir déjà recouru aux condoms. Moins de 2% des hommes de 50-59 ans ont recouru à la pilule et aux produits injectables. La forte fécondité des femmes des anciennes générations est certainement liée à cet usage très limité de la contraception.

La diffusion relativement importante du condom dans les jeunes générations montre l'accès difficile aux méthodes « classiques » des populations. Ce constat révèle les possibilités assez limitées de ces populations à se prémunir contre une éventuelle grossesse non désirée.

2.2 Méthode déjà utilisée : différenciation socio-démographique selon le niveau d'instruction

L'analyse se concentre sur la pratique passée de la contraception, observée d'après le croisement du niveau d'instruction et des caractéristiques socio-démographiques des hommes et des femmes de la population étudiée. L'utilisation passée de la contraception se présente sous le même schéma que la connaissance des méthodes contraceptives avec des variantes notables entre méthodes traditionnelles et modernes. Le comportement passé en matière de pratique de la contraception des hommes et des femmes est assez influencée par le niveau de scolarisation. Pour la mettre en évidence, nous avons calculé pour chaque catégorie de groupe d'âges, de zone de résidence, de religion, de situation matrimoniale, d'activité et selon l'expérience urbaine le niveau d'utilisation passé de la contraception moderne, selon le niveau d'instruction, et mesuré l'association statistique par le calcul du χ^2 .

2.2.1 Méthode moderne

Les résultats de l'analyse concernant l'utilisation passée de la contraception moderne sont présentés dans les [tableaux 4.14 et 4.15](#). L'importance du niveau d'instruction dans la pratique passée de la contraception moderne est plus perceptible chez les hommes ($p=0,001$) que chez les femmes ($p=0,006$). Chez les hommes, lorsque le niveau d'instruction augmente, l'expérience de pratique contraceptive s'élève aussi. En guise d'illustration, le niveau le plus élevé atteint s'observe chez les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus, alors que chez les femmes ce niveau apparaît chez celles qui ont déclaré avoir un niveau scolaire primaire.

La pratique contraceptive passée varie aussi avec l'âge, et elle paraît beaucoup plus marquée chez les hommes. Elle est plus importante avant 30 ans (respectivement 24,2% et 4,2% des hommes et des femmes), et rare après 50 ans (en moyenne moins de 2% des hommes et des femmes). Le recours passé à la contraception, plus important aux âges les plus jeunes, s'explique aussi par une expérience assez importante des hommes les plus instruits, ce qui n'est pas le cas chez les femmes. Aucune femme enquêtée n'a, avant cet âge, déclaré une pratique passée de la contraception. Les femmes qui ont plus utilisé la contraception sont du niveau d'instruction le plus élevé et se situent dans le groupe d'âges 30-39 ans (14,3% d'entre elles ont déjà recouru à la contraception). Autrement, leur recours passé à la contraception est surtout important chez celles qui déclarent avoir terminé un cycle d'étude primaire et ce, après 30 ans. Avant cet âge, l'expérience contraceptive n'est manifeste que chez celles qui affirment n'avoir pas terminé leur formation scolaire primaire.

L'importance du niveau de scolarisation dans l'utilisation passée de la contraception se vérifie d'ailleurs statistiquement beaucoup plus chez les hommes que chez les femmes²⁷.

²⁷ La statistique du chi2 est significative chez les hommes âgés de moins de 30ans, de 30-39 ans, de 40-49 et de 50-59 ans. Par contre, elle ne l'est significative qu'à 40-49 ans chez les femmes.

TABLEAU 4. 14 : Utilisation passée de la contraception moderne par les hommes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=804)

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	N'a jamais utilisé	Total	P > chi2	Effectif
	Sans	Primaire incomplet	Primaire complet	Second . et +	Autres					
<i>Age</i>										
< 30 ans	8,0	18,9	18,6	60,4	17,9	24,2	75,8	100,0	0,001	252
30-39 ans	7,3	11,4	33,3	61,5	8,3	15,4	84,6	100,0	0,001	175
40-49 ans	3,6	17,4	18,8	41,2	0,0	10,1	89,9	100,0	0,001	179
50-59 ans	1,2	0,0	0,0	33,3	0,0	1,9	98,1	100,0	0,003	104
60-69 ans	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	94
<i>Zone de résidence</i>										
Concentrée	4,4	17,0	20,0	59,0	15,0	17,0	83,0	100,0	0,001	536
Dispersée	3,1	7,3	26,1	25,0	2,8	6,3	93,7	100,0	0,001	268
<i>Religion</i>										
Musulmane	2,4	9,1	20,7	49,1	8,3	10,2	89,8	100,0	0,001	588
Catholique	9,9	24,3	24,0	67,7	13,3	23,6	76,4	100,0	0,001	199
Traditionnelle	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	13
Autres	0,0	50,0	-	-	-	25,0	75,0	100,0	0,248	4
<i>Situation matrimoniale</i>										
Célibataire	9,8	23,3	11,5	63,6	23,8	29,6	70,4	100,0	0,001	196
Monogame	3,9	10,2	29,5	46,2	5,1	10,2	89,8	100,0	0,001	422
Polygame	1,7	8,0	18,2	20,0	0,0	4,0	96,0	100,0	0,016	173
Divorcé. Veuf	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	13
<i>Activité</i>										
Sans	1,9	5,7	12,5	43,5	0,0	7,2	92,8	100,0	0,001	249
Commerçant	0,7	10,3	26,3	44,4	16,0	7,4	92,6	100,0	0,001	242
Artisan	11,9	0,0	7,1	0,0	0,0	7,3	92,7	100,0	0,500	82
Transporteur	0,0	18,2	50,0	100,0	0,0	20,7	79,3	100,0	0,012	29
Salariée temporaire	12,9	34,5	33,3	63,6	13,6	29,3	70,7	100,0	0,001	164
Formation	0,0	-	50,0	91,7	-	80,0	20,0	100,0	0,046	15
Autres	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	-	23
<i>Expérience saisonnière</i>										
Aucune	1,8	11,4	21,4	57,8	5,9	13,2	86,8	100,0	0,001	281
Au moins une	5,4	14,9	21,7	53,7	10,2	13,6	86,4	100,0	0,001	523
Total	4,0	14,0	21,7	55,8	9,2	13,4	86,6	100,0	0,001	804

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

La pratique passée de la contraception varie aussi selon la zone de résidence et la religion des hommes. De même, les différences sont moins marquées chez les femmes. En effet, elle est plus élevée chez les hommes et les femmes de la zone de résidence à forte activité (respectivement 17,0 et 3,8 %) que chez ceux et celles de la zone de résidence à faible activité (respectivement 6,3 et 2,1 %). Cette constatation est vérifiée quel que soit le niveau d'instruction atteint. Mais les différences observées sont significatives dans les deux zones chez les hommes ($p=0,001$), alors qu'elles ne le sont que dans la zone de résidence à forte activité pour les femmes ($p=0,003$).

TABLEAU 4. 15 : Utilisation passée de la contraception moderne par les femmes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=1039)

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	N'a jamais utilisé	Total	P > chi2	Effectif
	Sans	Primaire incomplet	Primaire complet	Second . et +	Autres					
<i>Age</i>										
< 30 ans	3,1	8,8	4,4	0,0	4,9	4,2	95,8	100,0	0,180	504
30-39 ans	1,6	5,4	11,1	14,3	3,8	3,1	96,9	100,0	0,142	261
40-49 ans	1,3	5,0	40,0	0,0	0,0	2,6	97,4	100,0	0,001	196
50-59 ans	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	78
<i>Zone de résidence</i>										
Concentrée	2,0	8,8	9,6	3,1	4,1	3,8	96,2	100,0	0,003	710
Dispersée	2,0	2,2	0,0	0,0	3,4	2,1	97,9	100,0	0,978	329
<i>Religion</i>										
Musulmane	2,0	6,6	7,3	5,3	4,3	3,2	96,8	100,0	0,041	808
Catholique	2,4	7,7	10,5	0,0	3,3	3,7	96,3	100,0	0,310	215
Traditionnelle	0,0	-	-	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	14
Autres	0,0	-	-	-	-	0,0	100,0	100,0	-	2
<i>Situation matrimoniale</i>										
Célibataire	1,3	12,0	0,0	0,0	12,0	4,0	96,0	100,0	0,017	177
Monogame	1,5	6,8	9,1	16,7	1,9	2,9	97,1	100,0	0,011	479
Polygame	1,9	4,4	30,0	0,0	0,0	2,9	97,1	100,0	0,001	349
Divorcée. Veuve	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	91,2	100,0	0,849	34
<i>Activité</i>										
Sans	1,2	2,3	5,7	0,0	1,9	1,6	98,4	100,0	0,297	687
Commerçante	3,5	7,7	27,3	0,0	0,0	5,3	94,7	100,0	0,010	189
Artisan	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	19
Salarié temporaire	5,1	21,1	0,0	25,0	14,3	8,9	91,1	100,0	0,088	135
Formation	-	-	-	0,0	-	0,0	100,0	100,0	-	2
Autre	0,0	50,0	-	-	-	14,3	85,7	100,0	0,088	7
<i>Expérience saisonnière</i>										
Aucune	1,3	4,0	3,1	0,0	0,0	1,7	98,3	100,0	0,575	353
Au moins une	2,4	8,2	14,3	16,7	4,5	4,1	95,9	100,0	0,001	686
Total	2,0	6,8	8,3	3,0	3,9	3,3	96,7	100,0	0,006	1039

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

La différence dans le recours passé à la contraception moderne apparaît nette entre hommes de religion catholique et musulmane. En effet, alors que 23,6% des hommes de religion catholique déclarent avoir déjà recouru à la contraception moderne, seulement 10,2% des hommes de religion musulmane affirment avoir déjà utilisé ce type de méthode. Comparativement, les différences observées chez les femmes restent relativement faibles. Si 3,7% des femmes de religion catholique déclarent avoir déjà utilisé une méthode de contraception moderne, la proportion de celles de religion musulmane ayant eu recours à ce procédé contraceptif s'établit à 3,2%. L'importance des écarts d'expérience de pratique de

la contraception se reflète beaucoup plus significativement selon le niveau de scolarisation des hommes que des femmes²⁸.

La pratique contraceptive passée varie aussi fortement entre célibataires et non célibataires. A l'exception du niveau primaire, les hommes célibataires affichant une plus grande expérience quel que soit le niveau de scolarisation atteint. Celui-ci semble cependant moins peser sur le comportement des femmes en rupture d'union²⁹. L'utilisation passée relativement élevée de la contraception des hommes et des femmes célibataires traduit certainement un besoin de se prémunir contre les naissances prénuptiales.

La pratique passée de la contraception varie aussi selon l'activité, notamment des hommes. Alors que 7,2% des hommes sans activité déclarent avoir déjà utilisé la contraception moderne, cette proportion atteint 20,7% chez les hommes transporteurs, voire même 29,3% pour les salariés temporaires. Par ailleurs, seulement 1,6% des femmes sans activité ont eu à utiliser dans le passé cette méthode contre 5,3% pour les commerçantes et 8,9% pour les salariées temporaires. A activité identique les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus affichent une plus grande expérience contraceptive que leurs autres homologues. Il en est de même chez les femmes lorsque cette pratique est déclarée chez les plus instruites.

D'après l'expérience saisonnière, la pratique passée de la contraception moderne semble avoir plus touché la population migrante masculine que féminine. Cela dit, l'impact relatif du passé migratoire se perçoit mieux chez les femmes. L'écart absolu entre migrants et non migrants est de 0,4 point (16,6% contre 13,2%) alors que celui des migrantes et non migrantes s'élève à 2,4 points (4,1% contre 1,7%).

Les attitudes passées diffèrent selon le niveau d'instruction. Sans instruction, l'utilisation passée de la contraception met en évidence l'importance de l'expérience urbaine. Les hommes et les femmes sans instruction ont une plus grande expérience de pratique contraceptive que leurs congénères lorsqu'ils sont sans aucun séjour urbain (respectivement 5,4% contre 1,8% et 2,4% contre 1,3%). Si chez les femmes cette

²⁸ Les différences observées pour les hommes de religion musulmane et catholique sont significatives au seuil de 1% ($p=0,001$), mais uniquement chez les femmes de religion musulmane et ce, au seuil de 5% ($p=0,041$).

²⁹ Probabilité p non significative même au seuil de 10%.

différence est nette pour tout autre niveau scolaire, nous apercevons chez les hommes que lorsque celui augmente l'écart diminue et même, tourne à la faveur des non migrants si le niveau atteint est secondaire et plus. Si l'on considère que les femmes rurales quittent plus facilement l'école que les hommes, on peut comprendre que les différences de pratique passée de la contraception soient plus prononcées. Au même titre, voire à un degré encore plus élevé que l'expérience urbaine, la scolarisation facilite l'accès à la contraception (accès plus facile à l'information). Il est d'ailleurs important de noter qu'elle différencie significativement les individus qui ont une expérience migratoire ($p=0,001$).

2.2.2 Méthodes naturelles et traditionnelles

Comme pour la contraception moderne, l'utilisation des méthodes naturelles ou traditionnelles peut aussi varier selon les différentes caractéristiques socio-démographiques. Mais la configuration des variations peut être différente de celles observées dans le recours passé à la contraception moderne. Autrement dit, il est plus prévisible que l'instruction favorise l'accès à l'information et à la pratique de la contraception moderne. Par contre, on ne peut pas en dire autant pour la contraception naturelle ou traditionnelle. En milieu rural, la connaissance de ces méthodes dépend plutôt de la transmission du savoir dans ce domaine que des capacités scolaires des uns et des autres. Par conséquent, toutes les personnes en milieu rural, instruites ou pas, peuvent accéder à ce savoir³⁰. On peut toutefois se demander si l'instruction procure une attitude différente à l'égard de l'utilisation de ces procédés ([tableau 4.16 et 4.17](#)).

³⁰ Nous précisons que les hommes bénéficient de ce savoir traditionnel sur la fécondité à l'occasion de leur initiation (circoncision) et les femmes lors de leur mariage.

TABLEAU 4. 16 : Utilisation passée de la contraception naturelle et traditionnelle par les hommes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=804)

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	N'a jamais utilisé	Total	P > chi2	Effectif
	Sans	Primaire incomplet	Primaire complet	Second. et +	Autres					
Age										
< 30 ans	1.3	5.7	9.3	7.5	0.0	4.8	95.2	100,0	0,178	252
30-39 ans	3.7	2.9	14.3	38.5	8.3	8.0	92.0	100,0	0,001	175
40-49 ans	1.8	4.3	12.5	5.9	0.0	3.4	96.6	100,0	0,217	179
50-59 ans	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	1.0	99.0	100,0	0,001	104
60-69 ans	2.5	0.0	0.0	-	0.0	2.1	97.9	100,0	0,949	94
Zone de résidence										
Concentrée	2.6	3.4	13.3	14.1	0.0	5.4	94.6	100,0	0,001	536
Dispersée	0.6	4.9	4.3	0.0	5.6	2.2	97.8	100,0	0,225	268
Religion										
Musulmane	1.2	2.3	8.6	9.1	0.0	2.7	97.3	100,0	0,001	588
Catholique	3.3	8.1	16.0	19.4	13.3	9.0	91.0	100,0	0,050	199
Traditionnelle	10.0	0.0	-	-	0.0	7.7	92.3	100,0	0,850	13
Autres	0.0	0.0	-	-	-	0.0	100.0	100,0	-	4
Situation matrimoniale										
Célibataire	3.9	2.3	7.7	9.1	0.0	5.1	94.9	100,0	0,389	196
Monogame	1.6	6.8	13.6	19.2	5.1	5.0	95.0	100,0	0,001	422
Polygame	1.7	0.0	9.1	20.0	0.0	2.3	97.7	100,0	0,035	173
Divorcé. Veuf	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	100.0	100,0	-	13
Activité										
Sans	0.0	5.7	12.5	4.3	8.3	2.8	97.2	100,0	0,004	249
Commerçant	3.3	5.1	0.0	33.3	0.0	4.1	95.9	100,0	0,001	242
Artisan	2.4	0.0	21.4	16.7	12.5	7.3	92.7	100,0	0,105	82
Transporteur	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	96.6	100,0	0,606	29
Salariée temporaire	0.0	3.4	11.1	15.2	0.0	4.9	95.1	100,0	0,009	164
Formation	0.0	-	50.0	8.3	-	13.3	86.7	100,0	0,254	15
Autres	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	95.7	100,0	0,916	23
Expérience saisonnière										
Aucune	0.6	5.7	0.0	6.7	5.9	2.5	97.5	100,0	0,077	281
Au moins une	2.7	3.2	13.0	19.5	1.7	5.4	94.6	100,0	0,001	523
Total	1.9	3.9	10.8	12.8	2.6	4.4	95.6	100,0	0,001	804

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

La pratique passée de la contraception autre que moderne varie également avec l'âge des hommes et des femmes, mais cette variation n'est pas linéaire. Elle n'est pas non plus une fonction inverse du recours passé à la contraception moderne. Le sens de la variation n'est identique que lorsque nous nous intéressons uniquement aux femmes. Leur pratique contraceptive avec utilisation de méthodes naturelles et traditionnelles est, au même titre que leur utilisation de la contraception moderne, plus fréquente aux jeunes âges qu'aux âges avancés. La pratique passée de la contraception toutes méthodes non modernes confondues est

plus importante chez les femmes de moins de 30 ans (2,0 %), et moins importante chez les femmes de 50-59 ans (1,3 %). Le comportement passé des premières femmes est lié à leur niveau d'instruction ($p=0,004$). S'agissant de la pratique contraceptive passée des hommes, nous avons des résultats assez contrastés. Le niveau maximal est atteint entre 30-39 ans (8,0 %) et le niveau minimal entre 50-59 ans (1,0 %), et les différences observées selon le niveau de scolarisation sont significatives ($p=0,001$). Selon les catégories d'instruction et pour les hommes sans instruction, la plus forte expérience d'utilisation de ces types de méthode se trouve chez les 30-39 ans pendant que la plus faible se note chez les moins de 30 ans (1,3 %). Les niveaux maxima et minima diffèrent aussi selon que l'homme est de niveau d'instruction primaire ou secondaire et plus. Ces résultats assez disparates montrent que l'utilisation de la contraception naturelle ou traditionnelle dépend de facteurs autres que l'âge chez les hommes.

La pratique à un moment quelconque de la contraception varie aussi avec la zone de résidence mais cette variation diffère selon le sexe. Si chez les hommes le recours passé à la contraception est plus important pour ceux de la zone de résidence à forte activité comparés à ceux de faible activité (5,4 % contre 2,2 %), c'est le contraire qui s'observe chez les femmes (1,3% contre 2,1%). Une observation similaire ne se constate qu'au regard des femmes de niveau d'instruction primaire incomplet (4,9 % contre 4,4%), mais aussi complet car aucune femme de ce niveau scolaire en milieu d'habitat dispersé n'affirme avoir déjà utilisé ce type de méthode contraceptive. L'intensité de l'utilisation des méthodes dans les zones d'activité dynamique relève du niveau de scolarisation ($p=0,001$ chez les hommes et $p=0,002$ chez les femmes).

La religion semble déterminer le plus les hommes et les femmes qui ont eu dans leur vie à utiliser ces types de contraception. Tout d'abord, notons le niveau de recours important des hommes et des femmes de religion traditionnelle et ensuite, observons la pratique déclarée des hommes et des femmes de religion musulmane et chrétienne. Quel que soit le sexe, la pratique de ces types de méthode semble plus fréquente chez les individus de religion catholique que musulmane. Ce résultat relève certainement de l'activité de conseil en méthode naturelle principalement développée dans le dispensaire de Diohine gérée par une mission évangélique. La population de cette religion est fortement présente dans ce village.

TABLEAU 4. 17 : Utilisation passée de la contraception naturelle et traditionnelle par les femmes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=1039)

Caractéristiques	Niveau d'instruction				Autres	Tous niveaux	N'a jamais utilisé	Total	P > chi2	Effectif
	Sans	Primaire incomplet	Primaire complet	Second . et +						
<i>Age</i>										
< 30 ans	1.4	6.3	2.2	0.0	0.0	2.0	98.0	100.0	0,004	504
30-39 ans	1.1	2.7	11.1	0.0	3.8	1.9	98.1	100.0	0,242	261
40-49 ans	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	-	196
50-54 ans	0.0	10.0	0.0	-	0.0	1.3	98.7	100.0	0,076	78
<i>Zone de résidence</i>										
Concentrée	0.4	4.9	3.8	0.0	0.0	1.3	98.7	100.0	0,002	710
Dispersée	1.6	4.4	0.0	0.0	3.4	2.1	97.9	100.0	0,755	329
<i>Religion</i>										
Musulmane	0.7	5.0	2.4	0.0	1.4	1.5	98.5	100.0	0,013	808
Catholique	1.6	3.8	5.3	0.0	0.0	1.9	98.1	100.0	0,618	215
Traditionnelle	0.0	-	-	-	0.0	0.0	100.0	100.0	-	14
Autres	0.0	-	-	-	-	0.0	100.0	100.0	-	2
<i>Situation matrimoniale</i>										
Célibataire	1.3	12.0	0.0	0.0	0.0	2.3	97.7	100.0	0,012	177
Monogame	0.9	5.4	4.5	0.0	1.9	1.9	98.1	100.0	0,109	479
Polygame	0.4	0.0	10.0	0.0	0.0	0.6	99.4	100.0	0,003	349
Divorcée. Veuve	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	97.1	100.0	0,980	34
<i>Activité</i>										
Sans	0.8	2.3	2.9	0.0	1.9	1.2	98.8	100.0	0,575	687
Commerçante	0.9	5.1	9.1	0.0	0.0	2.1	97.9	100.0	0,224	189
Artisan	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	100.0	100.0	-	19
Salarié temporaire	1.3	15.8	0.0	0.0	0.0	3.0	97.0	100.0	0,012	135
Formation	-	-	-	0.0	-	0.0	100.0	100.0	-	2
Autres	0.0	0.0	-	-	-	0.0	100.0	100.0	-	7
<i>Expérience saisonnière</i>										
Aucune	0.0	2.0	3.1	0.0	0.0	0.6	99.4	100.0	0,131	353
Au moins une	1.3	6.2	3.6	0.0	1.1	2.0	98.0	100.0	0,033	686
Total	0.9	4.8	3.3	0.0	1.0	1.5	98.5	100.0	0,007	1039

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Selon la situation matrimoniale, les hommes célibataires et les femmes en rupture d'union ont déclaré une pratique contraceptive passée relativement plus importante (respectivement 5,1% et 2,9%). Contrairement aux hommes, les femmes en union notamment polygame ont rarement utilisé ces méthodes. Le niveau d'études intervient plus significativement dans le recours passé à la contraception naturelle ou traditionnelle des hommes en union monogame ($p=0,001$) et des femmes en union polygame ($p=0,003$).

Le comportement contraceptif passé des hommes et des femmes est aussi lié à leur activité. Si chez les hommes les artisans affichent une plus grande expérience contraceptive

(7,3%)³¹, ce sont plutôt chez les femmes les salariées temporaires qui se distinguent dans l'usage de ces types de procédé contraceptif (3%). Les différences dues à la scolarisation sont significatives chez ces dernières ($p=0,012$). Les hommes de cette activité ont proportionnellement plus utilisé ces méthodes que leurs homologues de sexe féminin (4,9%). Les autres niveaux d'utilisation passée relativement importants par catégorie d'activité sont enregistrés chez les hommes, et l'impact de l'instruction apparaît assez significatif chez les hommes sans occupation ($p=0,004$), commerçants ($p=0,001$) et salariés temporaires ($p=0,009$).

L'expérience urbaine paraît favorisé le recours passé à la contraception naturelle ou traditionnelle. On peut penser que le regroupement d'hommes et de femmes en milieu urbain semble faciliter les échanges sur les valeurs traditionnelles en matière de reproduction. L'utilisation de ces méthodes par les migrants est, comme le met en avant l'analyse univariée, due au niveau scolaire. Cette relation est plus vérifiée chez les hommes ($p=0,001$) que chez les femmes ($p=0,033$).

2.3 Utilisation actuelle: différenciation socio-démographique selon le niveau d'instruction

Du fait de la faible utilisation de la contraception, à l'enquête, nous n'opérons pas ici de distinction par type de méthode. Nous n'effectuons aussi l'analyse que dans le mariage car l'information n'a pas été saisie en dehors de l'union chez les hommes. L'analyse se concentre sur l'influence de la scolarisation dans l'utilisation d'une méthode quelconque ([tableau 4.18 et 4.19](#)).

Les hommes utilisateurs de la contraception ont moins de 30 ans (4,1%), sont des milieux d'habitats concentrés (4,2%), surtout de religion catholique (6,8%), en union monogame (3,6%) ou transporteurs routiers (9,5%). L'analyse du niveau d'utilisation de la contraception par groupe de niveau d'instruction ne fait pas apparaître de différences significatives pour ces derniers. Pour les autres utilisateurs de la contraception, la signification statistique des différences observées se notent surtout chez les hommes de 40-49 ans, de la zone de résistance faible et des hommes sans expérience urbaine (signification au seuil de 1%), mais beaucoup moins chez ceux qui sont sans occupation (signification au seuil de 1%).

³¹ A l'exception des hommes en formation.

TABLEAU 4. 18 : Utilisation actuelle d'une méthode quelconque de contraception les hommes actuellement mariés dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=595)

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	N'a jamais utilisé	Total	P > chi2	Effectif
	Sanctus incomplet	Primaire complet	Second. et +	Autres						
<i>Age</i>										
< 30 ans	0,0	0,0	11,8	0,0	14,3	4,1	95,9	100,0	0,159	74
30-39 ans	2,6	6,9	10,0	0,0	0,0	3,8	96,2	100,0	0,350	158
40-49 ans	0,0	5,0	6,7	23,5	9,1	4,0	96,0	100,0	0,001	173
50-59 ans	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	98,0	100,0	0,955	99
60-69 ans	1,3	0,0	0,0	-	0,0	1,1	98,9	100,0	0,983	91
<i>Zone de résidence</i>										
Concentrée	2,1	5,8	5,3	14,3	7,7	4,2	95,8	100,0	0,030	379
Dispersée	0,0	0,0	17,6	0,0	0,0	1,4	98,6	100,0	0,001	216
<i>Religion</i>										
Musulmane	1,0	1,6	7,7	5,6	4,4	2,2	97,8	100,0	0,055	451
Catholique	2,7	9,1	12,5	23,1	0,0	6,8	93,2	100,0	0,054	132
Traditionnelle	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	10
Autres	0,0	-	-	-	-	0,0	100,0	100,0	-	2
<i>Type matrimonial</i>										
Monogame	1,2	3,4	9,1	15,4	5,1	3,6	96,4	100,0	0,001	422
Polygame	1,7	4,0	9,1	0,0	0,0	2,3	97,7	100,0	0,523	173
<i>Activité</i>										
Sans	0,8	0,0	14,3	0,0	0,0	1,7	98,3	100,0	0,005	178
Commerçant	2,9	0,0	6,3	20,0	5,0	3,3	96,7	100,0	0,199	210
Artisan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	-	68
Transporteur	0,0	12,5	25,0	-	0,0	9,5	90,5	100,0	0,544	21
Salariée temporaire	0,0	12,5	10,0	15,0	8,3	6,7	93,3	100,0	0,153	105
Formation	0,0	-	-	-	-	0,0	100,0	100,0	-	1
Autres	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	100,0	100,0	-	12
<i>Expérience saisonnière</i>										
Aucune	1,3	0,0	22,2	16,7	6,7	3,3	96,7	100,0	0,001	210
Au moins une	1,4	4,8	6,5	10,5	2,6	3,1	96,9	100,0	0,089	385
Total	1,3	3,6	9,1	12,9	3,7	3,2	96,8	100,0	0,001	595

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Comme constaté chez les hommes, il apparaît que la pratique contraceptive est plus fréquente chez les femmes des zones de résidence à forte activité économique (2,0), de religion catholique (3,1%), mariées monogames (2,1%) ou ayant une expérience urbaine (1,8%). Il n'existe de différences liées à la scolarisation statistiquement significatives chez les femmes de religion catholique et ce, même au seuil de 10%.

D'après l'activité, les femmes les plus utilisatrices de la contraception sont salariées temporaires (5,8%) et selon l'âge, elles ont 30-39 ans (2,4%). Les différences constatées selon la formation scolaire apparaissent plus nettes chez les premières (p=0,001). Le niveau scolaire explique aussi les comportements différents des femmes de 40-49 ans ou en union polygame³²; mais surtout ceux des femmes commerçantes ou de religion musulmane (p=0,001)

TABLEAU 4. 19 : Utilisation actuelle d'une méthode quelconque de contraception les femmes actuellement mariées dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=828)

<i>Cara</i> <i>ctéri</i> <i>stiqu</i> <i>es</i>	Niveau d'instruction					Tous niveaux	N'utilise pas	Ensemble	P > chi2	Effectif
	Sans	Primaire incomplet	Primaire complet	Second. et +	Autres					
<i>Age</i>										
< 30 ans	1.0	1.9	1.9	0.0	0.0	1,3	98,7	100,0	0,550	318
30-39 ans	1.1	2.7	2.7	16.7	4.0	2,4	97,6	100,0	0,010	249
40-49 ans	1.3	0.0	5.0	0.0	0.0	1,6	98,4	100,0	0,023	188
50-59 ans	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0	100,0	100,0	-	73
<i>Zone de Résidence</i>										
Concentré	1.3	1.3	3.9	3.6	2.1	2,0	98,0	100,0	0,003	540
Dispersé	0.5	2.4	0.0	0.0	0.0	0,7	99,3	100,0	0,714	288
<i>Religion</i>										
Musulmane	0.8	1.1	2.1	4.0	0.0	1,2	98,8	100,0	0,001	658
Catholique	2.0	4.0	4.0	0.0	4.2	3,1	96,9	100,0	0,476	159
Traditionnelle	0.0	-	-	-	-	0,0	100,0	100,0	-	10
Autres	0.0	-	-	-	-	0,0	100,0	100,0	-	1
<i>Type matrimonial</i>										
Mariée monogame	1.2	2.7	2.7	4.5	1.9	2,1	97,9	100,0	0,012	479
Mariée polygame	0.7	0.0	2.2	0.0	0.0	0,9	99,1	100,0	0,033	349
<i>Activité</i>										
Sans	0.5	1.4	0.0	0.0	2.4	0,7	99,3	100,0	0,593	570
Commerçant	2.8	0.0	7.9	0.0	0.0	3,3	96,7	100,0	0,001	182
Artisan	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0	100,0	100,0	-	17
Salariée temporaire	3.1	11.1	0.0	33.3	0.0	5,8	94,2	100,0	0,001	52
Autres	0.0	0.0	0.0	-	-	0,0	100,0	100,0	-	7
<i>Expérience saisonnière</i>										
Aucune	1.0	0.0	2.9	0.0	0.0	1,1	98,9	100,0	0,416	275
Au moins une	1.0	2.4	2.4	7.1	1.6	1,8	98,2	100,0	0,001	553
Total	1.0	1.7	2.5	3.1	1.3	1,6	98,4	100,0	0,001	828

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Rappelons que les femmes ne recourent quasiment qu'aux méthodes modernes. Nous pouvons avancer quelques hypothèses sur leur comportement. Leur moindre utilisation de la

³² Les différences sont significatives au seuil de 5%.

contraception naturelle ou traditionnelle peut aussi s'assimiler à un intérêt plus grand dans l'usage de méthode plus moderne et probablement plus efficace. Le fait de vouloir paraître plus moderne peut aussi pousser les femmes à déclarer recourir à des méthodes autres que populaires. Cela peut s'expliquer aussi par le fait que les femmes, migrant très tôt et ne revenant au village que pour entrer en vie conjugale, seraient plutôt mieux informées sur les méthodes (modernes) diffusées en ville.

3 Méthodes utilisées : différences entre migrants et non migrants

A défaut de ne pouvoir effectuer une étude approfondie de l'impact de la migration³³, nous analysons ci-dessous les différences de comportements entre migrants et non migrants selon les méthodes déjà utilisées ou utilisées actuellement (tableau 4.20)

TABLEAU 4. 20 : Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femmes de 15-54 ans ayant déjà utilisé ou utilisant actuellement la contraception moderne par méthode, selon l'expérience migratoire

Sexe	Utilisation passée de la contraception				Toutes méthodes	N°utilise aucune méthode	Ensemble	Effectif
	Pilule	Injections	Diu	Condom				
Hommes								
migrants	1.7 (9)	0.8 (4)	0.4 (2)	12.2 (64)	13.6 (71)	86.4	100,0	523
non migrants	0.7 (2)	0.7 (2)	0.0 (0)	12.4 (35)	13.2 (37)	86.8	100,0	281
Femmes								
migrantes	1.5 (10)	1.2 (8)	0.1 (1)	2.0 (14)	4.1 (28)	95.9	100,0	686
non migrantes	0.6 (2)	1.3 (2)	1.1 (2)	0.1 (3)	1.7 (6)	98.3	100,0	353
Utilisation actuelle de la contraception								
Hommes^a								
migrants	-	-	-	1.8 (7)	1.8 (7)	98.2	100,0	385
non migrants	-	-	-	-	1.4 (3) ^b	98.6	100,0	210
Femmes								
migrantes	0.4 (3)	0.4 (3)	0.3 (2)	0.7 (5)	1.9 (13)	98.1	100,0	686
non migrantes	0.0 (0)	0.0 (0)	0.3 (1)	0.8 (3)	1.1 (4)	98.9	100,0	353

Source : enquête ICOFEC

a : Utilisation dans l'union ; b : Trois hommes utilisent une méthode moderne sans autre précision ;

() Entre parenthèses : nombre d'individus utilisant ou ayant utilisé la méthode.

Source : calculs propres d'après données enquête ICOFEC

Le recours passé à la contraception présente des disparités selon la méthode spécifique utilisée. Chez les hommes, parmi les méthodes modernes déjà utilisées, le condom est la méthode la plus utilisée (12,2 %). L'utilisation des autres méthodes citées par ces derniers se réfère certainement à l'usage par le partenaire. Ainsi, les hommes déclarent ensuite avoir

³³ Nous l'avons déjà signalé, du fait de la très faible pratique de la contraception.

recouru à la pilule (1,7 %) et aux injections (0,8 %). Le recours au Diu a été moins fréquent (0,4 %).

L'utilisation passée importante des condoms par les migrants se reflète chez les migrantes car c'est la méthode qu'elles citent le plus (2 %). Il est suivi des procédés contraceptifs féminins dont le plus utilisé est la pilule (1,5 %), puis les injectables (1,2 %) et enfin le Diu (0,1 %). Parmi les femmes utilisatrices de la contraception, 7 d'entre elles sur 10 ont eu une expérience migratoire.

Avec un niveau relativement plus élevé de pratique de la contraception, il ne se dégage aucune différence significative dans le comportement passé des migrants et non migrants. Il en est de même pour l'utilisation actuelle selon le statut migratoire des deux sexes. Un écart significatif ne semble s'établir que dans le comportement passé des migrantes et non migrantes.

Vue d'ensemble

Les hommes non encore en union ont déjà utilisé la contraception parce qu'ils sont plus jeunes, mais aussi plus instruits. Leur recours à la contraception peut se justifier par la crainte d'une naissance prénuptiale, fortement réprouvée dans la société. La pratique de la contraception à l'enquête semble être une exception dans cette population. Le recours à la contraception a lieu avant le mariage et s'estompe dès l'entrée dans une union légale. Nous avons vu dans cette analyse que le niveau de scolarisation était un puissant facteur de différenciation dans l'accès à la connaissance et à l'utilisation des méthodes. En milieu urbain, il discrimine sensiblement les migrants et les migrantes dans leur accès aux méthodes.

Par ailleurs, soulignons que la connaissance des méthodes modernes, relativement faible des femmes, peut être l'une des causes du faible recours passé et actuel. D'autres facteurs plus personnels peuvent expliquer ce moindre engouement quant à la pratique de la contraception.

A ce stade de l'étude, il est important de dégager les interrogations qui s'imposent. S'il existe un besoin de contrôler les naissances, la pratique contraceptive devrait être importante dès l'entrée en vie conjugale. Par contre, si le souhait est de limiter les naissances, le recours à

la contraception n'apparaîtra qu'après la constitution de la fécondité désirée. La traduction du premier point devait faire apparaître un recours, à l'enquête, à la contraception aux plus jeunes âges chez les hommes et les femmes mariés. Le second point correspond à un recours plus tardif à la contraception. Mais d'après ce qui précède, il apparaît assez clairement une faible utilisation de la contraception. Nous devons donc nous interroger sur les comportements reproductifs dans cette société. Ainsi, il est utile de quantifier les objectifs de fécondité, croiser les prétentions des conjoints afin d'apprécier l'idéal de fécondité au niveau individuel et les concordances des désirs dans les couples. Ces résultats nous permettent de savoir qui désire recourir à la contraception, et en rapport avec les résultats qualitatifs, nous pourrions comprendre l'orientation probable des décisions en matière de contraception. Par ailleurs, l'étude des préférences de fécondité présente deux intérêts : apprécier la demande de contraception et la tendance probable future de la fécondité. Cette connaissance est utile dans l'appréciation actuelle (couples actuellement mariés) et future (jeunes non encore mariés) des négociations sur la fécondité.

Au préalable, nous proposons de faire une étude du comportement reproductif des femmes interrogées dans cette enquête (données enquête ICOFEC). La connaissance du calendrier des mariages, du devenir des unions et de la durée de vie conjugale nous renseignera sur la vie reproductive. L'étude de la mortalité intra-utérine et de la survie des enfants déjà nés apparaît aussi nécessaire puisqu'ils peuvent justifier les désirs de fécondité. Connaître l'espacement récent des naissances est, de même, significatif dans la compréhension de comportements contraceptifs. A travers ces différents points d'analyse, nous envisageons dans la partie qui va suivre d'apporter les premiers éléments de compréhension de cette faible diffusion de la contraception dans la zone d'étude.

II - Fécondité, demande et pratique de la contraception dans l'union

Une faible utilisation de la contraception, un discours relativement pro-nataliste et des contraintes institutionnelles (liées à l'offre) et sociales importantes sont caractéristiques de la disposition de cette population à l'égard de la contraception. Ayant mesuré la connaissance et l'utilisation de la contraception en général, il nous faut maintenant mettre en rapport le comportement de fécondité, la pratique contraceptive et la demande de contraception. L'objectif de ce paragraphe est de mettre en exergue les facteurs qui peuvent expliquer cette faible diffusion de la pratique contraceptive. L'examen des mariages nous permet d'apprécier

la durée de vie en union des femmes. A travers l'analyse des histoires génésiques, nous montrerons l'importance des grossesses improductives (avortements spontanés et fausses couches ou des mort-nés). Il est connu que la forte mortalité (notamment infantile) conduit à mettre beaucoup d'enfants au monde en guise de sécurité. Mais nous pensons qu'il faut aussi tenir compte de l'issue des grossesses antérieures dans l'étude de la contraception. Il influe non seulement sur la décision d'avoir ou non un autre enfant, mais aussi sur le calendrier des naissances. L'analyse des intervalles intergénésiques nous renseignera sur le rythme de constitution des descendance. Dans l'analyse de la demande de contraception, nous montrerons les divergences d'optiques reproductives entre hommes et femmes, différences qui nécessiteraient une négociation dans le cadre du recours à la contraception. Une analyse en termes de couple sera conduite pour mettre en évidence les désaccords des conjoints dans leur choix de fécondité. Les stratégies développées en matière de contraception seront également évoquées.

A. Un mariage précoce et stable

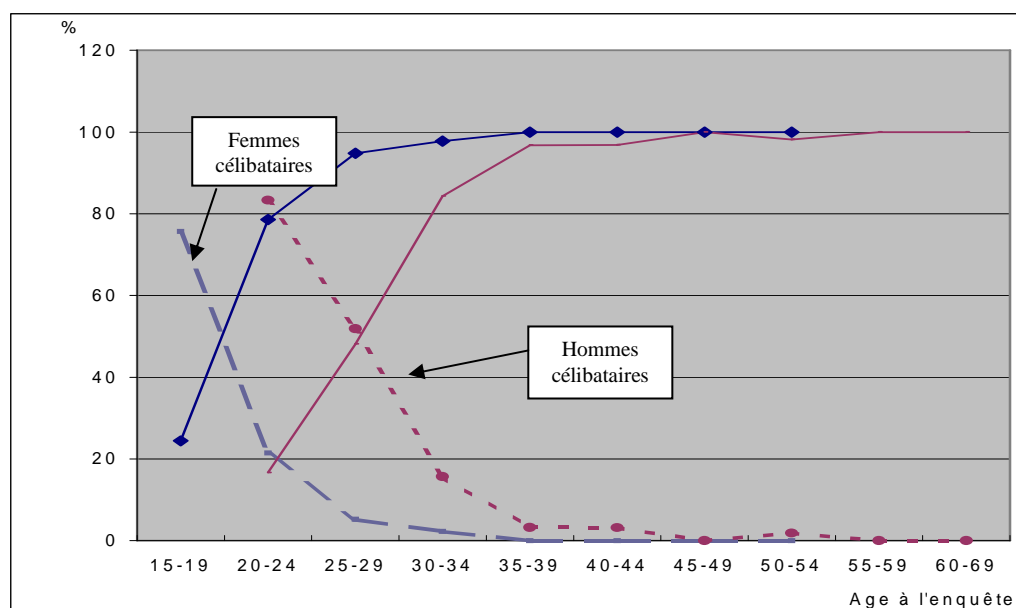
La démographie s'intéresse à la dynamique des populations par l'étude des phénomènes qui favorisent l'accroissement ou la diminution d'une population. Ces observations sont généralement faites par l'étude de la fécondité, de la mortalité et des mouvements migratoires. Certes un mariage n'augmente ni ne diminue l'effectif démographique, mais son objet est de constituer une descendance. Il a donc une influence dans la fécondité des populations, notamment celles dans lesquelles les naissances ne sont admises que dans le mariage. A cet égard, l'âge au mariage de la femme va constituer une caractéristique essentielle dans l'étude de la fécondité différentielle. Son importance dans l'appréciation de la taille des familles sera d'autant plus importante qu'on soit en présence d'une société dans laquelle l'usage de la contraception est rare. Notre objectif n'est pas ici de mesurer la nuptialité de générations successives³⁴.

³⁴ En toute rigueur, il aurait fallu tenir compte des individus dont le décès a empêché de se marier (effet perturbateur de la mortalité) et de ceux qui ont quitté entre temps le village (effet perturbateur de la migration). A défaut d'informations détaillées, on pourrait aussi recourir à l'approche selon la fréquence du célibat définitif en examinant la situation matrimoniale au décès d'individus pour lesquels les chances de se marier sont pratiquement nulles. Par exemple, analyser le célibat définitif de femmes décédées à 50 ans voire plus. A ce sujet, il serait important de tenir compte de la mortalité différentielle entre mariées et célibataires pour la qualité de la mesure. Les données dont nous disposons ne nous permettent pas d'aller à un niveau aussi approfondi. D'ailleurs, notre but ici est d'avoir une description de la situation matrimoniale et des éléments sur la stabilité des unions des hommes et des femmes au moment de l'enquête

1 Age au premier mariage et devenir des unions

Nous présentons à la [figure 4.3](#) les proportions d'hommes et de femmes célibataires au moment de l'enquête.

Figure 4. 3: Proportion (%) d'hommes et de femmes célibataires ou mariés (au moins une fois) au moment de l'enquête selon l'âge



A 30-34 ans, seulement 3 femmes n'ont pas encore contracté de mariage. Au-delà de cet âge, toutes les femmes sont en union. Les hommes se marient généralement un peu plus tard que les femmes. De la même façon que les femmes, seulement 3 hommes sont restés encore célibataires mais à 35-39 et à 40-44 ans. Tous les hommes de 45 ans et plus ont contracté au moins un mariage.

Nous présentons dans le [tableau 4.21](#) la répartition des hommes et des femmes selon l'âge d'entrée en première union. Les résultats font apparaître un fait assez fréquent. A savoir, les femmes entrent plus tôt en union que les hommes. L'écart d'âge à la primo-nuptialité atteint 8 ans. La moitié des hommes et des femmes rentrent respectivement en union à 25 et 17 ans. Selon le type matrimonial actuel, il apparaît que les hommes et les femmes en union polygame rentrent plus tôt en mariage que leurs autres homologues. Ceci est peut être le signe, du moins pour les hommes, d'une forte probabilité d'entrer plus tard dans ce type d'union.

TABLEAU 4. 21 : Age moyen à l'entrée à la première union des hommes et des femmes

Age à l'enquête	Age moyen à la première union				
	Marié (e) monogame	Marié (e) polygame	Divorcé(e), veuf(ve)	Ensemble	Effectif
Homme					
20-34	24,2	22,5	21,7	23,9 (23,5)	146
35-44	28,0	23,8	31,0	26,7 (26,0)	181
45-54	28,2	24,6	31,0	26,0 (25,0)	138
55 et plus	27,5	26,4	25,0	26,6 (25,0)	143
Total	26,5 (26,0)	25,0 (24,0)	26,7 (25,2)	25,8 (25,0)	608
Femme					
15-24	17,7	17,3	16,4	17,6 (17,0)	184
25-34	18,4	17,9	18,3	18,3 (18,0)	278
35-44	18,0	17,6	22,0	17,9 (17,0)	242
45-54	16,5	16,6	17,3	16,6 (16,0)	158
Total	17,9 (18,0)	17,4 (17,0)	18,5 (17,6)	17,7 (17,0)	862

Source : calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC. () Entre parenthèses : âge médian.

D'après l'enquête, le remariage après une rupture d'union apparaît assez fréquent (tableau 4.22). Les mariages rompus par un divorce ou par le décès du conjoint se traduisent généralement par un remariage.

TABLEAU 4. 22 : Répartition des hommes et des femmes déjà mariées et devenir des unions jusqu'à la date d'enquête

Age de la femme au premier mariage	Effectif de premiers mariage à l'enquête	Nombre de rupture par divorce à l'enquête	Nombre de rupture par veuvage à l'enquête	Nombre d'individus encore en rupture d'union à l'enquête	Nombre d'individus actuellement en union à l'enquête
Homme					
14-18 ans	28	10	4	0	28
19-23 ans	186	59	22	5	181
24-28 ans	240	62	21	3	237
29 ans et +	154	39	6	5	149
Total	608	170	53	13	595
Femme					
Moins de 13 ans	43	16	6	2	41
14-18 ans	518	92	59	19	499
19-23 ans	263	41	26	10	253
24 ans et +	38	7	3	3	35
Total	862	156	94	34	828
Source : calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC					

Parmi les 250 femmes qui ont déclaré avoir connu une rupture d'union, seulement 34 n'étaient pas remariées au moment de l'enquête. Chez les hommes, 223 unions ont été rompues et à l'enquête, seulement 13 hommes sont encore sans conjoint. La probabilité qu'un homme ou une femme divorcé(e) ou veuf(ve) retrouve un conjoint, est donc très importante dans cette population. Ce constat peut fortement influencer sur le temps passé en union dans cette population.

2 Nombre d'union et durée vécue en union

L'étude précédente a montré que les unions contractées ne sont pas toutes stables. Les données dont nous disposons nous permettent de mesurer le nombre d'union d'un homme ou d'une femme ainsi que le nombre total d'années vécues en union depuis le premier mariage. La stabilité de l'union est ici mesurée par le calcul d'un *indice de stabilité conjugale* (ISC) proposé par TABUTIN (2000)³⁵. Cet indice est uniquement calculé pour les femmes car il nous semble le plus approprié pour mesurer l'exposition au risque de procréation.

³⁵ Il s'agit « de la durée totale passée en union(s) par une femme par rapport à ce que cette durée aurait pu être compte tenu de son âge au mariage ». Il est calculé en faisant le rapport du nombre total d'années passées en

Globalement, les hommes et les femmes ont contracté en moyenne moins de deux mariages ([tableau 4.23](#)). Ceux et celles qui sont actuellement dans un ménage monogame ne comptent qu'une seule union à l'enquête. Par contre, les hommes et les femmes polygames ont contracté respectivement 2,8 et 1,5 mariages en moyenne. La multiplication des unions est aussi assez fréquente chez ceux et celles qui ont connu une rupture d'union. Le nombre d'unions chez les femmes (1,7 union) et chez les hommes (2,5 unions) donne une bonne indication du nombre de mariage contracté dans les anciennes générations. Le fait que le nombre moyen de mariage noté chez les femmes monogames soit égal à l'unité reflète une certaine stabilité de ce type de ménage. Nous reviendrons sur ce point dans l'analyse de l'ISC.

TABLEAU 4. 23 : Nombre moyen d'union contracté par les hommes et les femmes selon l'âge et la situation matrimoniale à l'enquête

Age à l'enquête	Nombre moyen d'union				
	Actuellement Marié(e) monogame	Actuellement marié(e) polygame	Actuellement Divorcé(e) ou Veuf(ve)	Ensemble	Effectif
Homme					
20-34	1,0	2,3	1,0	1,2	146
35-44	1,0	2,3	1,0	1,4	181
45-54	1,0	2,7	1,3	2,1	138
55 et plus	1,2	3,3	2,8	2,9	143
Total	1,0	2,8	1,7	1,8	608
Femme					
15-24	1,1	1,1	1,4	1,1	184
25-34	1,1	1,4	1,3	1,2	278
35-44	1,1	1,4	1,3	1,3	242
45-54	1,4	1,9	1,9	1,7	158
Total	1,1	1,5	1,5	1,3	862

Source : calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Dans les biographies matrimoniales ont été saisies les périodes successives de mariages, de ruptures et de remariages des femmes. Ces informations nous ont permis de connaître les durées des divers épisodes de vie matrimoniale. La somme des durées passées dans chaque union, de la première à l'union actuelle, est présentée dans le [tableau 4.24](#). La durée moyenne vécue en union est entre 35 et 54 ans, relativement plus importante chez les femmes en union monogame. A 15-24 ans, les femmes polygames affichent une durée supérieure. Au-delà de 45 ans, ce sont les femmes divorcées ou veuves qui disposent d'une plus longue vie conjugale.

union par la différence entre son âge actuel et son âge au premier mariage, autrement dit la durée écoulée depuis son premier mariage.

Il est aussi intéressant de noter l'importance de la stabilité conjugale dans cette population. L'ISC est égal à 1 pour une femme sans aucune rupture, il lui est inférieur dans les autres cas. Un indice trouvé proche de l'unité est synonyme d'une mobilité conjugale faible de la femme. Sa valeur moyenne se situe à 0,9 pour l'ensemble des femmes observées.

TABLEAU 4. 24 : femme de 15-54 ans. Durée de vie en union (années) et stabilité conjugale

	Age à l'enquête				Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	
Durée moyenne vécue en union à l'enquête					
Mariée monogame	3,7	10,8	20,4	27,2	12,3
Marié polygame	4,6	10,0	18,7	23,0	16,6
Divorcée, veuve	3,9	9,8	13,8	29,9	14,6
Ensemble	3,8	10,5	19,2	24,7	14,1
Indice de stabilité conjugale (ISC)	0,9	0,9	0,9	0,7	0,9
Effectif	184	278	242	158	862

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Au total, l'ISC mesuré chez les femmes de 45 ans et plus montre une stabilité relativement importante des unions dans cette population rurale. Le degré de stabilité des unions peut avoir un grand impact sur la fécondité. Le remariage assez intense des divorcées et veuves contribue à accroître cette fécondité. Surtout, l'importance des durées de vie en union nous renseigne sur l'exposition au risque de procréer dans cette population. Ces résultats ne manqueront pas de se refléter dans la vie reproductive des femmes.

B. Une fécondité et une mortalité intra-utérine importante

1 Issue des différentes grossesses

Comme nous venons de nous en apercevoir, les femmes de la zone d'étude de Niakhar rentrent en union assez tôt et se trouvent donc exposées aux risques de concevoir pour une bonne partie de leur période féconde. L'entrée en union constitue dans les sociétés à faible fécondité pré-nuptiale le début d'exposition au risque de concevoir³⁶. En l'absence de pratique contraceptive, plus le mariage arrive tôt, plus la descendance sera importante.

³⁶ Ce n'est pas le cas aujourd'hui à Niakhar car 1/4 des premières naissances ont lieu avant le mariage.

Nous reproduisons dans le [tableau 4.25](#) la répartition de l'issue des différentes grossesses observées des femmes dont l'histoire génésique a été recueillie, selon leur âge à l'enquête. Tous les avortements déclarés (8 au total) ont lieu dans le mariage actuel. On supposera qu'ils sont spontanés et non provoqués. Nous intégrerons dans la catégorie des avortements spontanés (AVS) les fausses couches puisqu'ils correspondent généralement aux interruptions de grossesse antérieures au seuil de viabilité du fœtus (6 mois de durée de gestation). Les mort-nés interviennent au-delà de ce seuil. L'ensemble des décès ainsi énumérés caractérise la mortalité intra utérine. En moyenne, 9 grossesses sur 10 (91,2%) aboutissent sur une naissance vivante, 5,6% par un mort-né et 3,2% des grossesses par un avortement spontané.

TABLEAU 4. 25 : Issue des grossesses et taux de mortalité intra-utérine (%)
des femmes mariées selon l'âge à l'enquête

Age à l'enquête	Mortalité intra-utérine		Total des grossesses non abouties	Proportions (%) de grossesses dont l'issue est une naissance vivante ^a	Ensemble	Nombre total de grossesses	Nombre de femmes
	Avortement spontané	Mort-né					
15-19	7,1	7,1	14,3	85,7	100,0	28	24
20-24	5,9	8,6	14,5	85,5	100,0	221	124
25-29	2,8	4,3	7,1	92,9	100,0	467	147
30-34	2,6	5,5	8,0	92,0	100,0	697	131
35-39	2,9	6,2	9,1	90,9	100,0	892	123
40-44	2,9	5,1	8,0	92,0	100,0	902	113
45-49	3,4	5,4	8,8	91,2	100,0	702	78
50-54	3,4	5,8	9,2	90,8	100,0	671	75
Ensemble	3,2	5,6	8,8	91,2	100,0	4580	815

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC. a : y compris les naissances gémellaires

Le [tableau 4.26](#) présente la répartition des naissances vivantes suivant l'âge des femmes à l'enquête. Surtout, il nous permet de mesurer le nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes en fin de vie féconde. Il est de 8,2 et 8,1 enfants par femme respectivement à 45-49 ans et 50-54 ans.

TABLEAU 4. 26 : Répartition (%) des femmes mariées selon l'âge à l'enquête et le nombre de naissances vivantes

Naissances vivantes	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Ensemble
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	78,6	27,1	3,6	1,0	0,2	0,3	0,3	0,0	2,5
2	7,1	33,5	15,8	0,9	0,7	0,4	0,3	0,0	3,7
3	-	23,1	30,8	5,2	3,0	2,3	0,9	0,9	6,4
4	-	1,8	25,7	13,2	2,7	0,9	1,7	1,8	5,9
5	-	-	11,8	20,1	7,3	5,5	2,1	3,7	7,6
6	-	-	5,1	32,7	14,8	4,7	4,3	5,4	10,7
7	-	-	-	12,1	18,8	12,4	8,0	13,6	11,2
8	-	-	-	6,9	16,1	16,9	18,2	9,5	11,7
9	-	-	-	-	21,2	29,9	16,7	21,5	15,7
10	-	-	-	-	2,2	8,9	14,2	10,4	5,9
11	-	-	-	-	2,5	9,8	14,1	14,8	6,7
12	-	-	-	-	1,3	-	8,5	7,2	2,6
13	-	-	-	-	-	-	1,9	3,9	0,9
14	-	-	-	-	-	-	-	2,1	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre moyen de grossesses	1,2	1,8	3,2	5,3	7,3	8,0	9,0	8,9	5,6
Nombre moyen d'enfants nés vivants	1,0	1,5	3,0	4,9	6,6	7,3	8,2	8,1	5,1
Effectif	24	124	147	131	123	113	78	75	815

Sources : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

2 Issue des grossesses et fréquence de la mortalité intra-utérine

L'étude de la mortinatalité est très importante dans l'appréciation de la fréquence des grossesses. C'est un phénomène généralement négligé dans les études bien qu'il ait un impact probable dans le recours à la planification familiale. Dans une population non malthusienne, la multiplication de grossesses non abouties ne peut inciter à la limitation des naissances. Trois éléments sont retenus ici pour son appréciation : le nombre de fausses couches (ou avortement spontané), le nombre de mort-nés et le nombre total de grossesses de la femme. Nous ne disposons pour notre étude d'aucune durée de gestation. Seule la déclaration des enquêtées de l'issue des différentes grossesses est prise en compte.

A la différence des taux habituellement calculés en matière de mortalité, le calcul du taux de mortalité intra-utérine ne se réfère pas à une population origine connue. Il s'obtient par simple rapport du nombre total d'avortements spontanés et de mort-nés par le nombre total de grossesses relevées (avortements spontanés + mort-nés + naissances vivantes). Nous avons établi dans le [tableau 4.27](#) la répartition de l'issue des grossesses d'après leur rang et l'âge de la femme à l'enquête. Ainsi, nous pouvons observer l'influence du rang et de la génération dans la manifestation du phénomène. Aucune franche tendance ne semble se dégager. On ne peut que souligner le fort risque de mortinatalité avant 25 ans, notamment

pour les femmes qui ont eu 3 à 4 grossesses à cet âge. Cela correspond probablement à des grossesses rapprochées.

TABLEAU 4. 27 : Taux de Mortalité intra-utérine selon le rang des grossesses et l'âge à l'enquête de la mère, pour 100 grossesses observées

Rang de la grossesse	Issue de la grossesse	Age à l'enquête						Ensemble
		< 25 ans	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et p	
1	AVS, MN	22	12	15	13	9	18	89
	NV	126	135	116	110	104	135	726
	Total	148	147	131	123	113	153	815
	Taux	14,9	8,2	11,5	10,6	8,0	11,8	10,9
2	AVS, MN	8	9	8	8	9	8	50
	NV	60	126	115	114	101	145	661
	Total	68	135	123	122	110	153	711
	Taux	11,8	6,7	6,5	6,6	8,2	5,2	7,0
3_4	AVS, MN	6	10	12	18	10	25	81
	NV	26	147	217	213	201	276	1080
	Total	32	157	229	231	211	301	1161
	Taux	18,8	6,4	5,2	7,8	4,7	8,3	7,0
5_6	AVS, MN		2	10	21	16	23	72
	NV	1	26	145	183	179	255	789
	Total	1	28	155	204	195	278	861
	Taux	0,0	7,1	6,5	10,3	8,2	8,3	8,4
7 et plus	AVS, MN			11	21	28	50	110
	NV			48	191	245	438	922
	Total			59	212	273	488	1032
	Taux			18,6	9,9	10,3	10,2	10,7
Tous rangs	AVS, MN	36	33	56	81	72	124	402
	NV	213	434	641	811	830	1249	4178
	Total	249	467	697	892	902	1373	4580
	Taux	14,5	7,1	8,0	9,1	8,0	9,0	8,8

AVS : avortement spontané ; MN : mort-né ; NV : naissance vivante.
Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

LERIDON (1971) a montré que l'issue de la grossesse précédente avait un grand impact sur la mortinatalité, en particulier lorsqu'elle s'agit d'une fausse couche. Nous avons utilisé cette approche sur nos données. Le [tableau 4.28](#) nous donne les taux calculés par âge, rang et issue de la grossesse précédente. Egalement pour notre étude, *le risque de mortalité intra-utérine apparaît plus net chez les femmes qui ont connu une fausse couche ou un mort-né dans leur grossesse précédente. Ce risque est estimé à 7% après une naissance vivante et à 21% dans le cas contraire.*

Quel que soit l'âge considéré, le risque apparaît aussi plus important pour les femmes ayant connu précédemment une fausse couche ou un mort-né. Il en est de même

lorsque l'on considère le rang de la grossesse. Comparativement aux femmes dans le premier cas, plus de femmes dans le second cas présente ce risque et ce, quel que soit le rang.

TABLEAU 4. 28 : Mortalité intra-utérine selon l'issue de la grossesse précédente, l'âge à l'enquête ou le rang, pour 100 grossesses observées

Issue de la grossesse précédente	Issue de la grossesse étudiée	Age à l'enquête						Ensemble
		<25ans	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et p	
NV	AVS, MN	10	16	36	51	55	77	245
	NV	73	277	484	642	676	1036	3188
	Total	83	293	520	693	731	1113	3433
	Taux	12,0	5,5	6,9	7,4	7,5	6,9	7,1
AVS et MN	AVS, MN	4	5	5	17	8	29	68
	NV	14	22	41	59	50	78	264
	Total	18	27	46	76	58	107	332
	Taux	22,2	18,5	10,9	22,4	13,8	27,1	20,5
		Rang de la grossesse étudiée						Tous rangs
		2	3	4	5	6	7 et p	
NV	AVS, MN	40	34	29	34	18	90	245
	NV	594	548	468	403	340	835	3188
	Total	634	582	497	437	358	925	3433
	Taux	6,3	5,8	5,8	7,8	5,0	9,7	7,1
AVS et MN	AVS, MN	10	12	6	9	11	20	68
	NV	67	33	31	19	27	87	264
	Total	77	45	37	28	38	107	332
	Taux	13,0	26,7	16,2	32,1	28,9	18,7	20,5

AVS : avortement spontané ; MN : mort-né ; NV : naissance vivante.
Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

De ces résultats, il apparaît donc clairement que le taux de mortalité intra-utérine est assez élevé dans cette population. Par ailleurs, il semble que le risque augmente l'arrivée d'un avortement spontané ou d'un mort-né chez la plupart des femmes. Il est assez exceptionnel d'associer dans la plupart des études les souhaits de fécondité et, en reprenant l'expression de HENRY, « les décès dans le sein de la mère ». Nous pensons que ces types de décès peuvent peser autant que la mortalité infantile sur les désirs d'enfants. Ces points méritent d'être analysés, et nous proposons de le faire dans ce qui suit.

3 Fécondité et pratique actuelle de l'espacement des naissances

La combinaison des taux de fécondité par âge³⁷, puis leur cumul, permet d'obtenir les descendance atteintes aux divers anniversaires. Ce sont ces résultats que nous présentons dans le [tableau 4.29](#).

³⁷ L'explication du calcul est donnée en annexe C. 9.

TABLEAU 4. 29 : Table de fécondité (pour 100 femmes en union) par âge et groupe de générations

Anniversaire atteint x	Ages						
	1980-84	1975-79	1970-74	1965-69	1960-64	1955-59	1950-54
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	Descendance atteinte à l'âge x selon le groupe de générations						
15	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
20	1,0	0,8	0,7	0,9	1,0	0,9	1,2
25	-	1,5	2,4	2,6	2,7	2,6	2,9
30	-	-	3,0	4,3	4,5	4,3	4,4
35	-	-	-	4,9	6,1	5,8	6,2
40	-	-	-	-	6,6	7,0	7,5
45	-	-	-	-	-	7,3	8,1
50	-	-	-	-	-	-	8,2

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Globalement, la descendance finale des femmes ayant achevé (ou presque) leur vie féconde montrent la tendance à la baisse de la fécondité. Tout d'abord, la comparaison des descendances atteintes à un même anniversaire, montre une augmentation de la fécondité, du groupe de générations 1945-49 au groupe 1950-54. La modification des comportements de fécondité apparaît dans les générations suivantes. Les femmes de la génération 1950-54 avaient à 40 ans 7,5 enfants en moyenne alors que celles de la génération 1955-59 n'en avaient que 7,0. Cette diminution de la fécondité devrait se confirmer dans les générations suivantes car, à chaque anniversaire, les taux de fécondité ont tendance à baisser lorsque l'on passe des générations les plus anciennes aux plus jeunes. La baisse future de la fécondité apparaît plus nette au regard de l'évolution des descendances des générations aux différents anniversaires. En guise d'illustration, à 30 ans, la descendance atteinte par la génération 1960-64 s'établissait à 4,5 enfants en moyenne, à 4,3 par celle de 1965-69 et seulement à 3,0 par celle de 1970-74. En l'absence de pratique véritable de la contraception, la baisse de la fécondité observée ne peut s'expliquer que par le recul de l'âge au mariage, actuellement en vigueur dans la zone d'étude. Comme nous allons le voir, le rythme des naissances ne permet pas d'observer une franche logique de contrôle de la fécondité.

L'intérêt de l'espacement des naissances est indéniable pour la santé de la mère et de l'enfant (LOCOH, 1984). La multiplication des grossesses expose en général les femmes à des risques de santé. Ainsi, la planification des naissances apparaît comme un moyen de

réduire les risques de décès maternels, notamment dans des zones où les niveaux d'accès aux soins et de fréquentation des centres de soins sont réduits.

Pour connaître le comportement d'ensemble des femmes mariées à l'égard de l'espacement des naissances, nous avons déterminé leur âge moyen à la naissance de chaque enfant et l'intervalle moyen entre les naissances successives dans différentes générations. Pour connaître le comportement actuel, nous avons ensuite calculé l'intervalle moyen entre les naissances successives au cours des 5 années précédant l'enquête. Ces derniers résultats sont rapprochés à ceux observés en milieu rural sénégalais.

L'arrivée relativement tôt du premier enfant (19 ans) en l'absence de contraception explique la haute fécondité des femmes observée dans cette population (tableau 4.30). Ces femmes parviennent à totaliser 4 enfants à 27 ans. L'estimation des intervalles entre naissances effectuée à partir de l'histoire génésique situe cet indicateur, toutes générations confondues, à 32,4 mois (2,7 ans). Cet intervalle moyen a été estimé à 32,3 mois par DELAUNAY (2000). Il semble donc se dresser une certaine stabilité dans les comportements.

On se demande assez souvent comment les femmes rurales parviennent-elles à observer un espacement des naissances de cette ampleur en dehors de toute utilisation de la contraception ? Dans une société où la pratique de la contraception reste une exception, l'abstinence post-partum³⁸ et l'aménorrhée post-partum (pratique de l'allaitement prolongé) constituent les deux moyens d'espacement des naissances. La durée moyenne de l'allaitement dans la zone était estimée à 23 mois en 1983-84 (Garenne et al, 1987), et sa durée médiane à 26 mois en 1991. La fréquence de cet allaitement est accentuée par l'insuffisance des suppléments alimentaires pour l'enfant dans les premiers mois de sa vie qui oblige les mères d'allaiter à la demande, jour et nuit. Ceci favorise une inhibition de l'ovulation sur une durée plus longue, d'où des intervalles entre naissances de l'ordre de 3 ans (Locoh, 2003).

³⁸ Période d'interdiction de rapports sexuels après une naissance. Sa durée est variable selon les sociétés, elle d'environ 45 jours dans la zone d'étude. Elle est généralement destinée à favoriser l'allaitement du dernier-né.

TABLEAU 4. 30 : Ages moyens des femmes mariées à la maternité par groupe de générations, selon le rang de naissance des enfants

Génération	Age moyen de la mère à la naissance du								Age moyen ^a
	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
G80-84	17,7	18,0	-	-	-	-	-	-	17,72
G75-79	19,0	20,6	22,2	22,0	-	-	-	-	19,81
G70-74	19,9	22,0	23,7	24,9	25,4	25,8	-	-	22,13
G65-69	19,2	21,4	24,1	26,4	28,3	29,9	30,7	30,7	24,32
G60-64	19,5	22,1	24,6	26,8	29,1	31,3	33,0	34,4	26,77
G55-59	19,7	22,3	24,9	27,3	29,9	32,1	34,3	36,4	28,49
G50-54	19,5	21,9	24,8	27,4	29,5	31,8	33,9	36,1	29,02
G45-49	19,1	22,4	25,0	27,9	30,4	32,6	34,8	36,4	29,40
Total	19,41	21,9	24,42	26,9	29,3	31,53	33,80	35,60	26,65
	Intervalle (en années)							Intervalle moyen ^a	
	1 ^{er} -2 ^e	2 ^e -3 ^e	3 ^e -4 ^e	4 ^e -5 ^e	5 ^e -6 ^e	6 ^e -7 ^e	7 ^e -8 ^e		
G80-84	2,0	-	-	-	-	-	-	2,00	
G75-79	2,6	2,4	2,0	-	-	-	-	2,54	
G70-74	2,5	2,5	2,6	2,4	1,5	-	-	2,50	
G65-69	2,4	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,58	
G60-64	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,8	2,66	
G55-59	2,8	2,6	2,8	2,7	2,5	2,6	2,6	2,65	
G50-54	2,7	2,9	2,7	2,8	2,6	2,6	2,7	2,68	
G45-49	3,3	2,8	2,9	2,5	2,6	2,7	2,8	2,80	
Total	2,66	2,70	2,71	2,64	2,57	2,64	2,71	2,66	

a. Age et Intervalle moyens 1^{er} – 14^{ème} naissance selon la génération
 Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Au vu de nos résultats³⁹ les intervalles entre naissances semblent baisser au fil des générations. Le calendrier des naissances semble avoir été plus stable mais plus allongé dans les anciennes générations, notamment celles d'avant 1959. Ce résultat concorde avec une étude antérieure dans laquelle les intervalles moyens entre naissances des générations d'avant 1962 se stabilisaient d'un groupe de générations à l'autre (Delaunay, 2000).

Lorsque l'on analyse les intervalles successifs entre les générations, les âges et les intervalles varient assez sensiblement. Ces indicateurs sont dépendants de plusieurs facteurs : l'âge de la mère, son âge au mariage, le nombre total d'enfants nés vivants, les ruptures d'union. On peut y ajouter la survie d'un enfant précédemment né car, en zone rurale,

³⁹ Nous ne prenons en compte dans cette analyse que les grossesses dont l'issue est une naissance vivante. Il va de soi de signaler que les naissances gémellaires ne sont prises en compte qu'une seule fois. Bien entendu, nous n'ignorons pas que tous les cas de mort-nés, de fausse couche ou d'avortement spontané peuvent raccourcir les intervalles intergénéraliques. Ces échecs de grossesses auront un grand impact dans l'évolution des intervalles entre naissances des femmes les plus touchées.

l'intervalle entre deux naissances est peut être plus ou moins long selon le destin de l'aîné. Si l'aîné est mort précocement (s'il était mort-né, ou s'il est mort dans le premier mois qui a suivi sa naissance), l'intervalle est en général assez court (Pison et al., 2001). Tous ces facteurs doivent donc être pris en compte dans l'analyse.

Le principal facteur de biais dans l'analyse des intervalles entre naissances reste la taille de famille des générations à comparer. Il peut y avoir donc un biais de sélection qui fait que l'on sélectionne les femmes les plus fécondes. Le calcul d'intervalles intergénéraliques sur des familles complètes de dimension familiale identique permet de séparer l'action du rang et de la dimension des familles⁴⁰. En empruntant un tel procédé, on fait implicitement l'hypothèse selon laquelle le rythme de l'espacement des naissances diffère selon la taille de descendance désirée. Cela suppose donc un projet de fécondité préalablement défini, qui peut d'ailleurs être revu avec le temps. La question de la pertinence d'une telle approche se pose dans des sociétés où la question de la taille de famille à avoir ne se pose pas.

Puisque nous menons une étude dans le but de comprendre les comportements de régulation des naissances dans une phase d'offre de contraception en direction des populations rurales, il nous semble plus opportun d'observer l'espacement actuel des naissances des femmes.

Les activités de planification familiale ont vu le jour assez récemment dans les sociétés rurales avec la méconnaissance des instigateurs des besoins des populations dans ce domaine. Puisque les activités de planification familiale ont démarré dans le secteur d'étude à partir de 1995, il nous semble important de nous interroger sur le comportement d'espacement des naissances des femmes sur cette période. L'examen de ce comportement jusqu'à l'enquête

⁴⁰ On peut aussi travailler, comme le suggère HENRY (1984), uniquement sur les femmes ayant 5 accouchements et plus car réduisant l'effet de ces facteurs de biais. Ainsi, nous pouvons faire la comparaison des intervalles dans nos familles jugées assez nombreuses mais de dimensions différentes en calculant :

- D'abord les intervalles de même rang en partant de l'intervalle 1-2 dans tout le groupe de familles à l'exception de celui qui fait intervenir les dernières naissances ;
- Pour prolonger l'examen au-delà du 5^{ème} enfant, il faut ensuite calculer la durée moyenne entre la dernière naissance moyenne et l'avant-dernière et celle de l'intervalle précédant, puisque ces deux durées font intervenir les mêmes familles que précédemment. Cette approche est généralement utilisée pour tenir compte de la relation entre, les durées d'allaitement, d'aménorrhée post-partum et d'abstinence avec l'intervalle entre les naissances (LERIDON et VILLENEUVE-GOKALP, 1988. HERTRICH, 1994).

nous permet d'observer si elles parviennent à espacer leurs naissances malgré une rare pratique de la contraception. Nous présentons dans le [tableau 4.31](#) la répartition (%) des naissances sur la période 1994-1999⁴¹ selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente. Ces résultats sont croisés avec l'âge de la mère et le rang de naissance.

TABLEAU 4. 31 : Intervalle intergénérisique. Répartition (%) des naissances sur la période 1994-1999 par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, par âge et rang de naissance, Comparaison avec les données de l'EDS-III 1997.

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Durée médiane	Effectifs de naissances
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 +			
Groupe d'âges								
20-29	8,9	12,3	57,5	18,5	2,7	100,0	30,4	146
30-39	4,5	6,3	53,8	27,0	8,3	100,0	32,3	396
40 ou plus	1,9	8,8	47,5	29,4	12,5	100,0	34,6	160
Rang de naissance								
2-3	9,6	9,6	45,8	26,5	8,4	100,0	32,1	83
4-6	4,4	9,1	54,4	23,1	9,1	100,0	32,4	320
7 ou plus	4,0	6,7	53,8	28,4	7,0	100,0	32,5	299
Total	4,8	8,1	53,1	25,8	8,1	100,0	32,4	702
Sénégal EDS-III, 1997								
Sereer	5,1	13,5	45,7	18,8	16,9	100,0	32,6	947
Milieu urbain	6,6	11,3	41,1	20,9	20,1	100,0	33,5	1856
Milieu rural	5,7	12,1	46,6	20,1	15,5	100,0	32,8	3935
Total	6,0	11,8	44,8	20,4	17,0	100,0	33,0	5791
Les femmes de 15-19 ans observées sur cette période n'ont pas de naissances de rang 2.								
Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC, EDS-III 1997, Sénégal								

D'après nos résultats, la plupart des naissances dans la zone (53,1%) surviennent entre 24 et 35 mois après la naissance précédente, la moitié de ces naissances se produisant avant 32,4 mois. La durée médiane de l'intervalle intergénérisique s'établit donc à un peu plus de 2 ans et demi. Par ailleurs, on constate que le comportement des femmes de la zone en matière d'espacement des naissances est assez analogue à celui des femmes Sereer du pays selon les données de l'EDS-III 1997. Leur pratique ne s'éloigne pas non plus de celles des femmes rurales observées dans cette dernière enquête. Ces intervalles varient sensiblement avec l'âge et dans une moindre mesure, le rang de naissance. Plus l'âge ou le rang de naissance s'élève, plus l'intervalle entre naissance s'allonge.

Ces résultats semblent montrer un écart entre naissances conforme aux pratiques traditionnelles d'espacement des naissances. Dans les zones rurales du pays et dans la zone

⁴¹ Il s'agit des naissances survenues cinq ans avant l'enquête. Cela nous permet d'ailleurs de les rapprocher aux résultats de la dernière enquête démographique et de santé (EDS-III 1997). Bien évidemment les naissances de rang 1 sont exclues.

d'étude, l'intervalle intergénérisique n'atteint jamais 3 ans. Cette hypothèse est d'autant plus vérifiée que ces intervalles tiennent compte de l'importance des avortements spontanés et des mort-nés⁴². On ne peut donc dire que les femmes de cette zone rurale observent une pratique d'espacement des naissances dans le but de réduire leur fécondité. Avec un tel écart médian entre les naissances, on serait tenté de dire qu'il est relativement important pour ne pas exposer les femmes aux risques de mortalité liés aux intervalles trop courts. Nous pouvons aussi penser légitimement que les grossesses improductives pèsent sur ces intervalles, et que l'écart aurait été plus court si toutes les grossesses aboutissaient sur une naissance vivante. Ainsi, ce risque ne peut être écarté de la vie gènesique des femmes. Ces résultats suffisent-ils pour autant à estimer que les femmes n'expriment pas le souhait d'espacer les naissances ? Nous ne pouvons l'affirmer à ce stade de l'étude. Nous avons tenu compte de l'information des femmes sur les possibilités existantes, des difficultés qu'elles rencontrent à espacer leurs naissances (si souhait différent de celui de leur mari) et l'expression de leurs préférences actuelles en matière de fécondité. Les données dont nous disposons sur ce dernier point nous permettent d'avoir un début de réponse.

L'étude des préférences en matière de fécondité est réalisée dans le but de répondre à cette question. Cette étape est importante car elle nous permet d'observer les besoins de planification familiale, de mettre en opposition les désirs des jeunes et des adultes, mais surtout des conjoints. Ce dernier point nous permettra de mettre en exergue les différences de choix reproductifs qui peuvent exister entre époux, et ainsi rendre compte d'un premier axe de négociation.

C. Une préférence d'une forte fécondité encore réelle

Pour apprécier la demande de contraception, nous tentons dans cette analyse d'apprécier la fécondité actuelle des hommes et des femmes ainsi que leurs préférences de fécondité. Les résultats sur les désirs de fécondité seront comparés avec ceux du milieu rural et des Sereer du reste du pays.

⁴² Les femmes concernées par les naissances de cette période étudiée ont totalisé 209 grossesses n'ayant pas abouti à une naissance vivante. L'intervalle intergènesique est généralement plus allongé lorsqu'il y a entre deux grossesses dont les issues sont une naissance vivante, un mort-né, une fausse couche ou un avortement.

1. Notions de désir supplémentaire d'enfants et de fécondité idéale

Les comportements en matière de reproduction sont édictés par les préférences des couples en matière de fécondité. Cette vision correspond généralement à l'attitude des couples dotés d'une indépendance de décision. En réalité, le comportement sexuel et reproductif de toute société dépend des normes communautaires. Par conséquent, les choix reproductifs sont généralement liés aux normes socioculturelles. Dans les milieux les plus modernes ou les plus traditionnels, ces comportements reproductifs vont refléter des attitudes sociales en vigueur du milieu. Plus précisément, les familles des sociétés occidentales ont généralement une descendance assez restreinte et les familles des pays sous développés une descendance souvent nombreuse, car le malthusianisme est plus prononcé dans le premier milieu. Se renseigner sur le désir d'avoir ou non d'autres enfants, revient quelque part à s'interroger sur l'attitude des populations à l'égard de la régulation des naissances.

Question 348 Femmes : « Avec tout le respect pour Dieu, combien d'enfants supplémentaires voudriez-vous avoir ? ».

Question 318 Hommes : « Avec tout le respect pour Dieu, combien d'enfants supplémentaires voudriez-vous avoir encore avec (nom de la femme⁴³) ? »

Les réponses recueillies à cet effet peuvent permettre de connaître les personnes enquêtées qui veulent avoir d'autres enfants. Cette question qui fait référence à la « *fécondité complémentaire* » pour les personnes ayant déjà un enfant, à la « *fécondité attendue* » pour les individus n'ayant pas encore d'enfant, correspond aux intentions de *fécondité du moment* des personnes interrogées. A partir de ces informations et de la descendance atteinte à l'enquête, nous avons établi la *dimension familiale supposée désirée*. Cela peut servir d'indicateur de l'évolution future de la fécondité et par conséquent, renseigner sur le besoin en moyens de contraception tout en sachant aussi que les couples peuvent changer d'avis par la suite. *Le nombre de couples qui ne désirent plus d'enfants donne le nombre minimal de couples en besoin de planification familiale.*

⁴³ Cette spécification permet de saisir la taille de descendance désirée des hommes avec chaque femme s'ils sont polygames.

Les données enregistrées dans cette étape de la recherche suscitent une interrogation fondamentale : peut-on se demander si ces réponses vont être guidées par un réflexe naturel d'ordre social. Dans des sociétés où la fécondité est fortement magnifiée, cas des zones rurales africaines, le désir d'augmenter la taille de la famille sera nécessairement important.

Par ailleurs, l'utilisation de telles données ne sont pas sans inconvénients. D'autres biais éventuels pourraient provenir des femmes qui, dans le but de rationaliser leurs réponses, seraient amenées à ajuster leur fécondité actuelle et leur fécondité désirée. Les femmes peuvent aussi déclarer un nombre d'enfants supérieur en tenant compte du risque de mortalité infantile assez élevé dans la zone. Par exemple, une femme qui désirerait avoir 5 enfants pourrait déclarer en vouloir 7 en espérant en garder 5 jusqu'à l'âge adulte.

2. Pertinence des données sur les préférences de fécondité

L'analyse précédente nous a permis de soulever les principales réserves à émettre dans l'interprétation de ce type de données. Nous avons établi dans le [tableau 4.32](#) les résultats de base du questionnaire sur les préférences de fécondité. Comme nous pouvons nous en rendre compte, les réponses non-numériques (Autant que Dieu voudra, ne sait pas) sont très importantes⁴⁴. Une majorité d'hommes et de femmes se retranchent derrière la réponse « *Autant que Dieu voudra* » pour exprimer leur désir de fécondité supplémentaire. Ceci pose la question de la pertinence de la généralisation de l'estimation de la taille de la famille désirée à l'ensemble de la population. On peut se demander si la notion de fécondité idéale recouvre dans cette population l'idée que l'on peut se faire du nombre d'enfant qu'il est possible d'élever ? Vouloir autant d'enfants qu'il est possible d'en avoir est synonyme d'une vie reproductive sans maîtrise. Les hommes et les femmes auront donc tendance à vouloir engendrer tant qu'il sera possible de le faire. Dans ce cas, la taille de famille désirée qui sera estimée représentera la taille minimale souhaitée dans cette population.

L'ampleur des réponses non-numériques aux âges élevés (après 50 ans), en particulier chez les hommes, suscite d'autres interrogations. A ce stade, ces réponses peuvent

⁴⁴ Dans une **régression logistique** du **type de réponse** (numérique ou non numérique), les caractéristiques déterminantes du fait de donner une réponse numérique ou non-numérique ont été relevées. Chez les hommes, ce sont ceux scolarisés en secondaire, résident dans une zone d'activité intense et ayant migré à Dakar qui ont répondu de manière plus numérique. D'après l'activité, les artisans répondent moins numériquement que leurs autres confrères. Pour les femmes, ce sont les plus âgées qui fournissent plus de réponses numériques. Les réponses numériques sont aussi déterminées par le fait d'être scolarisée ou alphabétisée, d'avoir une activité commerciale et résidence dans une zone d'activité intense ou moyenne.

correspondre à un simple stéréotype de comportement qu'à un désir précis (Locoh, 1984). Ne peut-on donc pas se demander si l'ensemble de ce type de réponses n'a pas la même signification ? Même si l'estimation de la fécondité idéale peut comporter d'autres biais, les réponses exprimées semblent plutôt correspondre à un désir important de fécondité qu'à son contraire.

La question sur le désir supplémentaire d'enfant reste tout de même pertinente dans l'appréciation de la demande de contraception. A la différence de la taille de famille désirée, il s'agit d'intentions actuelles qui peuvent justifier à court terme le comportement d'une population. Par contre, la taille de fécondité souhaitée renvoie à un projet qui peut être révisé avec le temps.

TABLEAU 4. 32 : « Avec Tout le respect pour Dieu, combien d'enfants supplémentaire voudriez-vous avoir ? »

Réponse :	Homme										Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	
<i>Ne veut plus d'enfants</i>	-	0,7	2,8	4,8	8,7	9,5	11,9	5,5	26,5	26,6	9,5
En veut d'autres	-	94,4	94,4	91,6	89,1	85,3	83,3	87,3	61,2	55,3	80,3
1	-	6,9	3,7	2,4	5,4	5,3	6,0	3,6	6,1	3,2	4,9
2	-	10,4	15,7	7,2	1,1	8,4	1,2	9,1	2,0	3,2	7,1
3	-	7,6	3,7	6,0	0,0	3,2	2,4	7,3	2,0	3,2	4,1
4 et +	-	6,3	2,8	4,8	3,3	1,1	7,1	3,6	4,1	1,1	0,0
Autant que Dieu voudra	-	63,2	68,5	71,1	79,3	67,4	66,7	63,6	46,9	44,7	64,3
Indécis	-	4,9	2,8	3,6	2,2	5,3	4,8	7,3	12,2	18,1	6,3
Total	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	-	144	108	83	92	95	84	55	49	94	804
		Femme									
<i>Ne désire plus d'enfants</i>	1,2	1,6	1,9	14,1	31,7	50,0	67,5	84,6	-	-	23,6
En veut d'autres	74,4	94,0	95,5	80,7	64,3	46,6	25,0	5,1	-	-	68,4
1	0,0	1,1	3,9	5,2	1,6	3,4	1,3	0,0	-	-	2,1
2	1,2	1,1	7,1	8,1	5,6	1,7	0,0	0,0	-	-	3,4
3	3,6	9,3	6,5	3,7	1,6	0,0	1,3	0,0	-	-	3,9
4 et +	14,9	15,9	9,7	5,9	2,4	1,7	1,3	0,0	-	-	8,0
Autant que Dieu voudra	54,8	66,5	68,2	57,8	53,2	39,7	21,3	5,1	-	-	51,0
Indécis	24,4	4,4	2,6	5,2	4,0	3,4	7,5	10,3	-	-	8,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0
Effectif	168	182	154	135	126	116	80	78	-	-	1039

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Pour notre étude, la connaissance de la descendance adéquate n'est pas dénuée d'intérêt car elle permet aussi d'appréhender les attitudes face à la régulation des naissances, même si nous pouvons comprendre un changement ultérieur d'attitude. En toute rigueur, *le désir d'une grande famille va à l'encontre de la notion de limitation des naissances*. En ces périodes de crise, la tendance est de croire à une remise en cause de cet idéal social rural. Les

crises agricole et écologique ne justifient plus certes la quête de bras multiples pour les travaux champêtres, mais peut-on en attendre une demande de fécondité réduite ? Il faut aussi envisager l'hypothèse selon laquelle les adaptations de crise peuvent faire perdurer des comportements sociaux, notamment lorsqu'elles aboutissent aux mêmes gains attendus. Dans une société rurale en pleine crise agricole, minée par l'absence d'emploi et où les activités d'appoints ne sont pas très rémunératrices, l'addition de revenus minimes, même irréguliers, est perçue comme très importante. A Niakhar, la migration des jeunes vers les grandes villes est l'une des stratégies de survie ou d'adaptations de crise qui peut justifier un désir important d'enfants. Les familles qui ont plus d'enfants dans les villes ressentent beaucoup moins les difficultés actuelles. Cela dit, rien n'empêche un désir de fécondité moindre lorsque prime le poids de la charge d'éducation des enfants. Après avoir présenté la distribution des individus selon leur descendance actuelle et leur taille de famille désirée, nous analyserons leur profil socio-démographique.

3. Fécondité actuelle et descendance souhaitée

La plupart des populations rurales, dont celles de Niakhar, sont généralement très peu scolarisées. Sans mouvement migratoire, les ruraux restent très peu confrontés à des valeurs modernes. Ce manque d'ouverture vers l'extérieur conforte la survivance des valeurs traditionnelles d'une société. C'est la raison pour laquelle les sociétés rurales restent en général en marge des avancées observées dans tous les domaines en milieu urbain africain. A Niakhar, la dynamique migratoire assez importante suscite l'intérêt d'apprécier dans les différentes générations l'évolution du rapport population/désir de fécondité.

Cette analyse s'inscrit dans notre démarche car, en plus du fait qu'elle permettra de connaître les prétentions de fécondité dans cette population, elle donne également l'occasion d'apprécier la demande de contraception dans cette population. L'état actuel de la diffusion des méthodes de planification des naissances ne peut être isolé du désir de fécondité. Il va de soi de dire que plus une population désire d'enfants, moins elle utilisera toute méthode destinée à la limitation des naissances. Plus précisément, nous essayons de savoir si les choix de fécondité des hommes et des femmes se différencient selon l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction.

Le module 3 du questionnaire qui reprend les grossesses et les naissances nous a permis d'estimer le nombre d'enfants nés vivants des hommes et des femmes. Rapprocher à la fécondité supplémentaire souhaitée, nous obtenons la taille de famille envisagée. La distribution des tailles de familles et du nombre d'enfants souhaités selon l'âge est présentée dans le [tableau 4.33](#). Ces résultats montrent que plus de la moitié des personnes interrogées remettent la constitution de leur descendance entre les mains de Dieu. Plus de 6 hommes et 5 femmes sur 10 sont concernés. La propension à confier la formation de la famille est importante lorsque le nombre d'enfants vivants se situe entre 1 et 3 enfants.

TABLEAU 4. 33 : Répartition (%) de l'ensemble des hommes et des femmes de 20-69 ans actuellement mariés selon la parité atteinte et le nombre idéal d'enfants

Nombre total d'enfants désirés	Nombre d'enfants nés vivants							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
0-2	1,2	1,7	0	0	0	0	0	0,4
3-5	19,2	8,6	4	16,4	4,8	11,8	0	8,6
6 et +	11,6	12,1	17,6	8,2	17,1	26,5	30,5	20,3
Autant que Dieu voudra	62,4	70,7	78,4	73,5	68,3	61,8	60,7	64,3
Ne sait pas	5,6	6,9	0,0	2,0	9,8	0,0	8,7	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	250	58	51	49	41	34	321	804
Nombre idéal d'enfants (Ensemble)	6,1	8,3	8,7	6,3	8,1	8,3	13,7	9,7
Effectif	80	13	11	12	9	13	98	236
Hommes en union	8,2	8,3	8,7	6,3	8,1	8,3	13,7	11,3
Effectif	12	12	11	12	9	13	98	167

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

4. Préférences selon quelques caractéristiques socio-démographiques

Les variations observées dans l'analyse précédente se précisent dans le [tableau 4.34](#). Le nombre idéal d'enfants aux jeunes âges, en particulier chez les hommes, est largement moins important que celui observé aux âges plus élevés. La dimension familiale désirée semble se réduire dans les jeunes générations. Cette observation importante peut être analysée comme un indicateur de l'évolution future de la fécondité. C'est notamment le fait que la demande d'enfants des hommes aux âges jeunes soit relativement moins élevée qui est plus révélatrice de nouvelles aspirations en matière de fécondité. La fécondité désirée reste quand même à un niveau assez élevé (entre 5 et 6 avant 25 ans et plus de 9 après cet âge).

TABLEAU 4. 34 : Fécondité actuelle et désir supplémentaire d'enfants
de l'ensemble des hommes et des femmes selon l'âge.

Groupe d'âge	Effectifs	%	Nombre moyen de naissances vivantes	% ayant donné une réponse numérique	Réponse numérique dans nombre d'enfants supplémentaires désirés		
					Nombre de naissances vivantes	Nombre d'enfants supplémentaires désirés	Total
Femme							
15-19	168	16.2	0.1	20.8	0.1	4.3	4.4
20-24	182	17.5	1.0	29.1	1.2	3.9	5.1
25-29	154	14.8	2.8	29.2	3.1	3.0	6.1
30-34	135	13.0	4.7	37.0	5.0	1.8	6.8
35-39	126	12.1	6.4	42.9	7.3	0.6	7.9
40-44	116	11.2	7.1	56.9	7.6	0.2	7.8
45-49	79	7.6	8.0	70.9	8.2	0.1	8.3
50-54	79	7,6	7,6	84,8	7,9	0,0	7,9
Total	1039	100.0	4.0	41.0 (426)	5.5	1.5	7.0
Homme							
20-24	144	17.9	0.1	31.9	0.0	6.7	6.7
25-29	108	13.4	0.6	28.7	0.3	4.9	5.2
30-34	83	10.3	2.2	25.3	2.0	7.7	9.9
35-39	92	11.4	3.9	18.5	3.5	5.6	9.1
40-44	95	11.8	5.7	27.4	5.3	3.6	8.9
45-49	84	10.5	8.1	29.8	8.1	5.8	13.9
50-59	104	12.9	9.7	33.7	9.7	3.5	13.1
60-69	94	11.7	10.5	37.2	10.4	1.5	11.9
Total	804	100.0	4.8	29.3 (236)	5.0	4.8	9.7

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Dans le mariage, les désirs supplémentaires des hommes et des femmes s'éloignent sensiblement selon l'âge et la parité (figure 4.4 et 4.5). Les pentes des courbes des hommes sont significativement plus prononcées que celles des femmes. Ces observations persistent selon que le désir d'enfant est analysé d'après l'âge ou la parité, et quel que soit le type matrimonial.

Si chez les hommes le désir supplémentaire d'enfant reste assez important avec l'âge et la parité atteinte, il baisse nettement chez les femmes lorsque ces deux facteurs augmentent. De même, l'évolution de la proportion d'hommes ne désirant plus d'enfants reste assez timide avec l'élévation de l'âge et de la parité, alors qu'elle augmente rapidement chez les femmes. Le désir de ne plus procréer est exprimé par une bonne partie des femmes en fin de vie féconde, notamment monogames. L'impact de l'âge et de la parité dans le désir de ne plus avoir d'enfant apparaît aussi plus accentué chez les hommes monogames que polygames.

L'évolution des réponses « Autant que Dieu voudra » (AQDV) selon la parité semble répondre à un effet de seuil. A partir de 6 enfants, elle devient systématique et reste à

un niveau relativement élevé quel que soit le sexe et le type matrimonial. L'importance de cette réponse et de sa stabilité aux âges élevés est plus marquée chez les hommes. Si l'on traduit cette attitude par un désir d'autres enfants, les hommes seraient plus portés à agrandir leur descendance que les femmes. Ce résultat peut être interprété comme une différence de projet de fécondité.

Figure 4. 4: Désir supplémentaire d'enfants selon l'âge

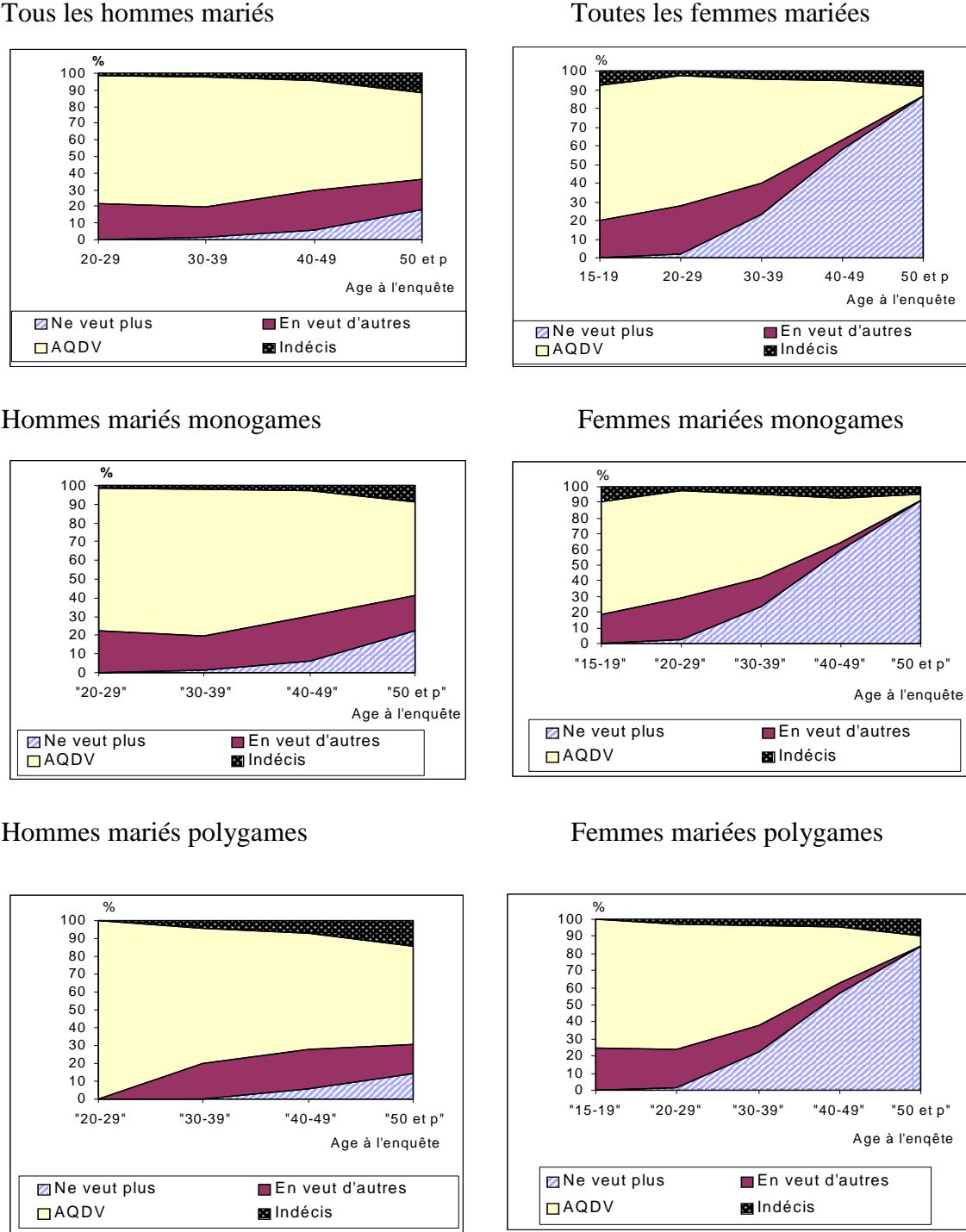
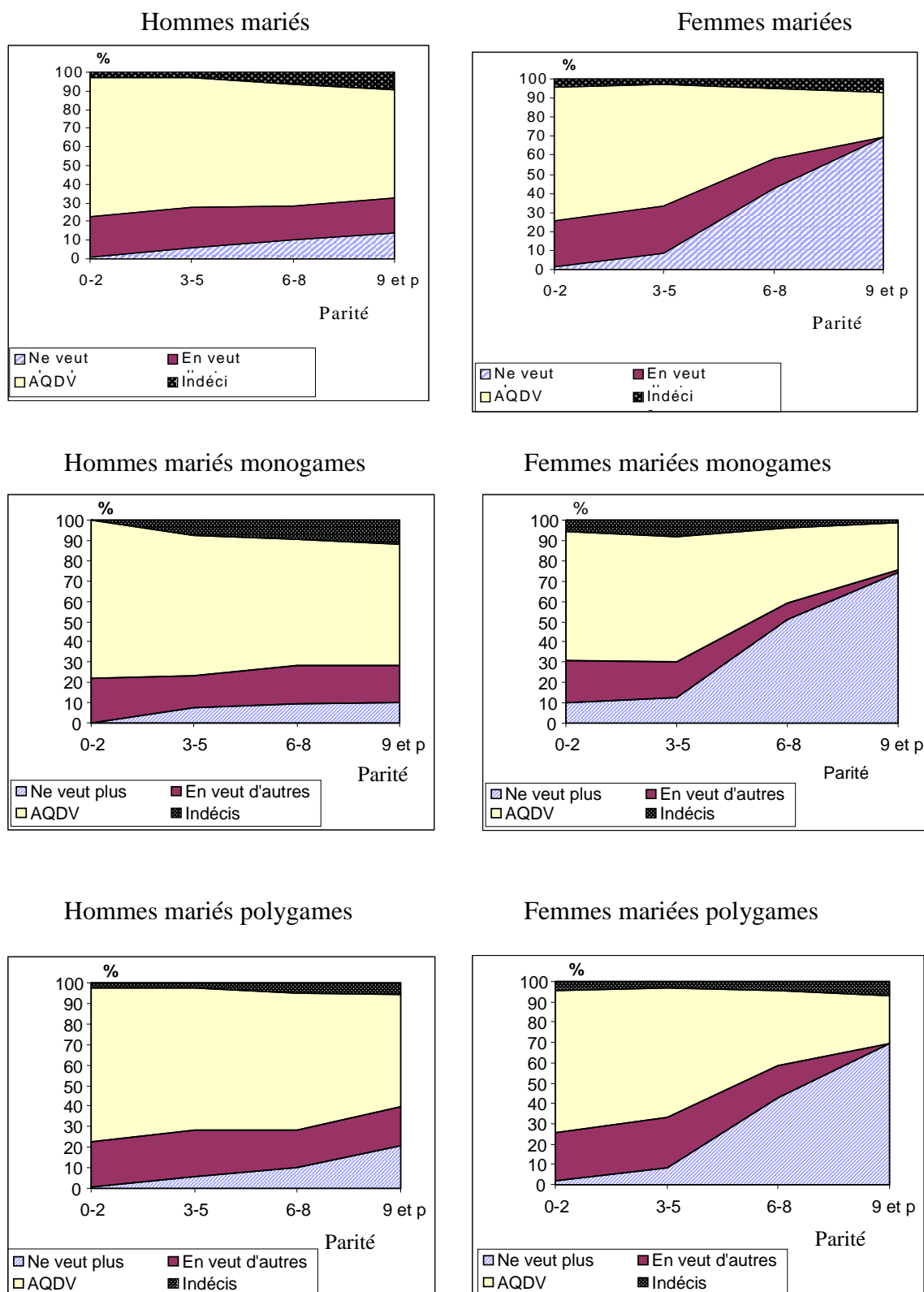


Figure 4. 5: Désir supplémentaire d'enfants selon la parité atteinte



Dans cette étude, il serait important d'analyser la taille de famille désirée des seuls individus qui déclarent un nombre spécifié d'enfant supplémentaire. L'analyse des désirs de

fécondité de ceux ci selon leurs caractéristiques socio-démographiques auraient aussi permis de relever les personnes qui seraient potentiellement disposées à contrôler leurs naissances. Nous avons procédé à cette analyse mais les faibles effectifs en jeu consécutifs à la très forte proportion de réponses non numériques font que les résultats obtenus ne sont pas d'un grand intérêt. Nous pensons que leur signification est d'une portée très limitée.

Nous avons cependant procédé à une étude détaillée, intégrant l'ensemble des caractéristiques individuelles recueillies dans cette enquête. L'objectif était de déterminer les spécificités des hommes et des femmes qui souhaitent d'autres enfants ou une taille de famille réduite (régression logistique). Les résultats montrent que les femmes les plus âgées⁴⁵ et celles résidant dans une zone d'activité intense souhaitent moins d'enfants que leurs autres consœurs. En revanche, aucun impact du niveau d'instruction, de l'activité, de la religion et de la migration n'a été relevé. En ce qui concerne la taille de famille désirée, l'intention des femmes reste liée à l'âge : les plus âgées désirent une taille plus grande. Ce résultat semble être lié à un biais relatif à la descendance atteinte. Par exemple, une femme qui a déjà 8 enfants, ne peut pas avoir une taille désirée inférieure. Les femmes en union veulent aussi une descendance importante. Seules les femmes de niveau d'instruction primaire ou secondaire et celles ayant résidé à Dakar optent pour une famille plus réduite.

Quant aux hommes, leur désir d'enfants supplémentaires dépend aussi de leur âge⁴⁶. Ce sont les polygames qui souhaitent avoir plus d'enfants supplémentaires. Par contre, ceux de niveau d'instruction secondaire et des zones de résidence à activité intense ou moyenne en veulent moins. Comme chez les femmes, la migration ne présente pas d'effet significatif. Contrairement au désir supplémentaire d'enfants, l'âge ne présente aucun impact sur la taille de descendance désirée. Les hommes polygames restent désireux d'une grande descendance, ce qui n'est pas le cas de ceux d'instruction primaire ou secondaire et des zones de résidence d'activité intense ou moyenne.

Que peut-on conclure sur le désir d'enfants des hommes et des femmes qui ont exprimé leurs préférences ? Les sentiments pro-natalistes semblent perdurer dans les anciennes générations. Il ressort de cette étude qu'aux âges élevés, hommes et femmes

⁴⁵ Pour les femmes, le nombre d'enfants supplémentaires déclarés dépend de l'âge et du nombre de naissances vivantes.

⁴⁶ Par contre à la différence des femmes, le nombre de naissances vivantes n'est pas déterminant.

continuent de désirer une grande descendance. L'enfant semble constituer encore une valeur sociale indéniable. Ce sentiment est cependant moins marqué chez les femmes. L'écart de la dimension familiale désirée masculine et féminine est de plus de 2 enfants. A tous les âges, les femmes désirent avoir moins d'enfants que les hommes. Leur désir d'une moindre fécondité s'observe aussi à situation matrimoniale et niveau d'instruction équivalent. Les variations du désir de fécondité des hommes et des femmes peuvent s'expliquer en partie par ces caractéristiques. D'une façon générale, on peut dire que les niveaux désirés de fécondité sont globalement élevés. Des niveaux suffisamment élevés pour justifier un moindre intérêt pour la planification familiale. Il est important d'insister sur le fait que les préférences des hommes et des femmes apparaissent relativement éloignées. Ce constat pose la question de la nécessaire négociation des conjoints pour le recours à la contraception.

D. Demande et pratique de la contraception

1. Une demande différente selon le sexe

Si la connaissance du niveau de prévalence contraceptive permet d'apprécier l'état de la pratique contraceptive, elle reste insuffisante pour comprendre les raisons de la faible diffusion de la pratique contraceptive dans la zone. Le recours à l'analyse des préférences de fécondité et de l'estimation de la « demande réelle des femmes et des hommes » en planification des naissances nous semblent fondamentale.

Après avoir été lancé par Westoff en 1988, la définition de la notion de besoins non satisfaits (BNS) en planification familiale a beaucoup évolué⁴⁷. Ce concept, utilisé aujourd'hui dans les enquêtes démographiques et de santé, concerne « les femmes (généralement en union) non utilisatrices de la contraception qui ont déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants (limitation des naissances) et celles qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (espacement des naissances) ». La définition de ce concept est devenue plus restrictive. Elle ne tient plus compte des femmes dont la

⁴⁷ NORTMAN (1982) va l'étendre aux femmes qui désirent attendre au moins deux ans années avant leur prochaine naissance, WESTOFF et OCHOA (1991) vont y exclure les femmes enceintes ou en période d'aménorrhée suite à l'échec de la contraception. WESTOFF et BANKOLE (1995), tenant compte des critiques de DIXON et MUELLER, 1992), incluront dans cette notion les femmes non mariées (célibataires ou en rupture d'union). Ainsi, elle désigne aujourd'hui « *toutes les femmes, mariées ou non, qui déclarent vouloir attendre au moins 2 années avant la prochaine naissance, les femmes dont la grossesse est due à un accident, celles dont la grossesse n'est pas désirée et celles qui sont indécises par rapport à une prochaine naissance* ».

grossesse est due à un accident, celles dont la grossesse n'est pas désirée et celles qui sont indécises dans leur choix de constitution de leur descendance. Puisque la sexualité n'est admise que dans le mariage et que l'absence de désir supplémentaire d'enfants est inexistante chez les personnes non encore en union, nous avons jugé plus pertinent d'étudier ce besoin chez les hommes et les femmes actuellement en union. Cependant, nos données ne nous permettent pas de tenir compte des femmes qui souhaitent espacer leurs naissances. Une telle question n'a pas été posée aux enquêtées. Par contre, nous sommes en mesure d'exclure toutes les femmes enceintes ou en période d'aménorrhée post-partum. Nous ne tenons non plus compte des femmes qui se sont déclarées être en ménopause. Ces informations apparaissent aux questions 345 et 346 du questionnaire femme⁴⁸.

L'analyse est d'abord faite pour l'ensemble des femmes actuellement mariées. On s'intéressera ensuite à ceux et à celles présumées fertiles, actuellement en union, qui déclarent ne plus vouloir d'enfants supplémentaires alors qu'ils n'utilisent pas la contraception, pour une raison ou pour une autre. La proportion de femmes ne désirant plus d'enfants s'est révélé une puissante variable prédictive de la prévalence contraceptive et de l'indice synthétique de fécondité (Westoff, 1990 cité par Westoff et Bankolé, 2000). Les proportions d'hommes et de femmes ne désirant plus d'enfants et ne pratiquant pas la contraception sont d'abord examinées, puis le pourcentage de ceux qui souhaitent avoir d'autres enfants et ne recourant pas à la contraception et, enfin, la part de ceux qui sont indécis dans leur décision d'une naissance supplémentaire (tableaux 4.35 et 4.36).

Généralement, ce genre d'étude n'est pas fait pour les hommes du fait de sa complexité. Il serait important par exemple d'exclure les hommes dont la femme est enceinte, aménorrhéique ou en ménopause pour donner plus de sens aux résultats. Seule une approche en termes de couple pourrait le permettre. Mais celle-ci trouve ces limites dans le système matrimonial de type polygamique, sauf si l'on considère que toute union est constitutive d'un couple. La prise en compte de l'âge dans l'analyse permet de situer les hommes encore féconds. L'approche individuelle n'est pourtant pas dénuée d'intérêt. Elle peut apporter un

⁴⁸ Il s'agit des femmes qui déclarent ne pas avoir vu leurs règles au cours des 30 derniers jours avant l'enquête car :

1 – accouchement récent/allaitement	2 – grossesse
3 – trop vieille/trop jeune	4 – malade
6 – autre	8 – ne sais pas

début d'explication de l'attitude des hommes face à la contraception. Les réserves mises en exergue ne nous dispensent pas d'observer une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

Si l'on considère que les hommes qui ne désirent plus d'enfants présentent un besoin en planification familiale, cette demande apparaît faible. Moins d'un homme sur dix désire ne plus avoir d'enfants. La proportion de ceux qui sont indécis est du même ordre de grandeur. La demande d'enfants supplémentaires est par contre importante chez ces hommes. Elle concerne plus de 9 hommes sur 10. Ce désir est très important avant 40 ans. Son importance se justifie par le fait que beaucoup d'hommes remettent la constitution de leur descendance à la volonté divine (autant que Dieu voudra). La taille de famille désirée reste aussi élevée. Parmi ceux qui donnent un nombre bien spécifié, on s'aperçoit qu'au moins 1 homme sur 10 souhaite avoir 4 enfants supplémentaires.

TABLEAU 4. 35 : Désir supplémentaire d'enfants des hommes de 20-69 ans actuellement mariés ne pratiquant pas la contraception, selon l'âge à l'enquête

Désir supplémentaire d'enfants	Age à l'enquête							Tous âges
	< 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60-69	
Ne veut plus d'enfants	0.0	0.0	2.3	2.3	6.3	2.0	25.0	7.6
En veut d'autres	98.6	97.0	95.3	93.0	90.0	92.2	61.8	86.6
1	0.0	3.0	2.3	1.2	1.3	0.0	0.0	1.0
2	1.4	0.0	2.3	4.7	2.5	3.9	3.7	2.8
3	1.4	0.0	4.7	4.7	1.3	5.9	3.7	3.1
4 et +	16.9	16.7	7.0	16.3	17.5	15.7	8.1	13.2
Autant que Dieu voudra	78.9	77.3	79.1	66.3	67.5	66.7	46.3	66.5
Indécis	1.4	3.0	2.3	4.7	3.8	5.9	13.2	5.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Effectif	71	66	86	86	80	51	136	576

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Le désir de naissances supplémentaires des femmes ne pratiquant pas la contraception contraste avec celui des hommes (figure 4.6). Globalement, plus de 30% des femmes ne désirent plus d'enfants (30,7%). Cette proportion s'établit à 23% chez les femmes de 15-49 ans.

En utilisant les définitions retenues dans l'analyse des BNS, 3 femmes sur 10 ne désirent plus procréer. Ce désir augmente avec l'âge. Par ailleurs, la demande d'enfants concerne 6 femmes sur 10, et baisse avec l'âge. Elle s'établit à 9 femmes sur 10 à moins de 30

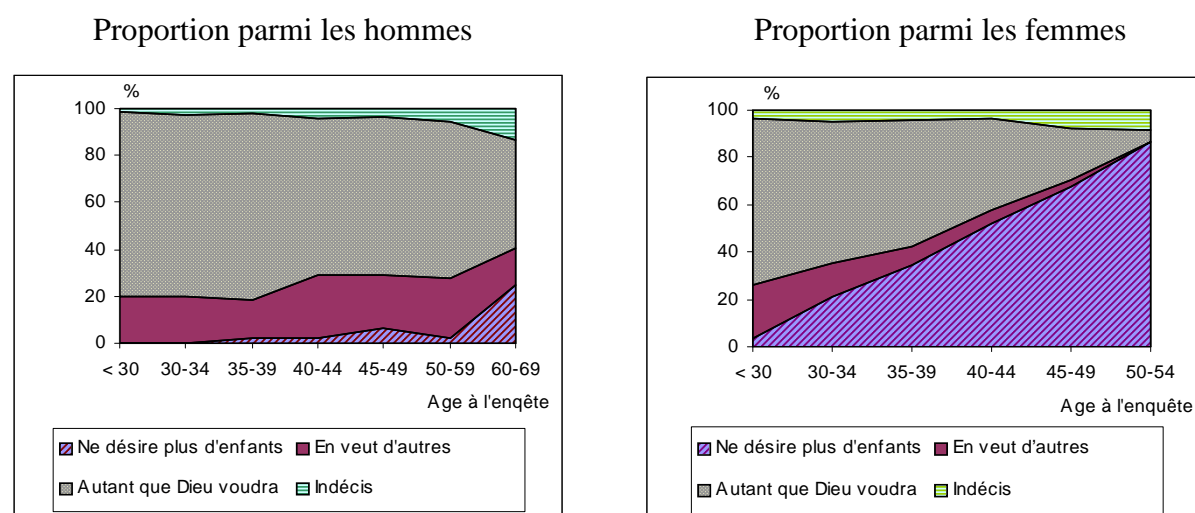
ans, 6 sur 10 à 35-39 ans et à moins de 2 sur 10 à 50-54 ans. A ce dernier âge, 9 hommes sur 10 souhaitent avoir d'autres enfants. Ces résultats montrent l'étendue de la divergence des hommes et des femmes en union dans leurs optiques reproductives. Une analyse en terme de couple (qui se fera plus loin) confirmera certainement cette observation.

TABLEAU 4. 36 : Désir supplémentaire d'enfants des femmes de 15-54 ans actuellement mariées ne pratiquant pas la contraception, selon l'âge à l'enquête

Désir supplémentaire d'enfants	Age à l'enquête						Ensemble	
	< 30 ans	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Toutes les femmes	dont femmes ayant vu leurs règles 30 jrs avant l'enquête
<i>Ne désire plus d'enfants</i>	3,8	20,8	34,7	52,3	67,6	86,3	30,7	31,5
En veut d'autres	92,7	74,4	61,0	44,1	24,3	5,5	64,7	64,8
1	8,3	7,2	5,9	4,5	1,4	0,0	5,9	5,2
2	7,6	4,8	0,8	0,9	1,4	0,0	4,0	2,4
3	4,1	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	1,8	1,5
4 et +	2,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2
Autant que Dieu voudra	70,4	60,0	53,4	38,7	21,6	5,5	51,8	54,5
<i>Indécis</i>	3,5	4,8	4,2	3,6	8,1	8,2	4,7	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	314	125	118	111	74	73	815	

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Figure 4. 6: Désir d'enfant supplémentaire des hommes de 20-69 ans et des femmes de 15-54 ans mariés ne pratiquant pas la contraception selon l'âge



Ces résultats semblent montrer un moindre attrait des hommes à ne plus vouloir d'enfants. En revanche, les femmes semblent afficher des désirs à des fins de limitation des naissances. Ces avis contradictoires pèseront certainement sur la décision de recours à la

contraception dans l'union. A présent, essayons d'analyser la caractéristique de la pratique actuelle à la contraception des femmes dans l'union.

2. L'analyse du recours à la contraception des femmes mariées

2.1 *Une pratique liée aux étapes de vie maritale*

En l'absence de pratique contraceptive, la taille de la descendance va dépendre, entre autres facteurs, de l'âge et de la durée de vie maritale. Presque 80% des femmes de 40-49 ans actuellement en union se sont mariées avant 20 ans, et 73% des femmes âgées de moins de 30 ans l'ont été avant cet âge. Cela signifie que les anciennes générations se mariaient plus tôt que les générations les plus récentes. Par conséquent, elles sont restées plus longtemps exposées aux risques de grossesse. S'il y a un désir de contraception, il devrait être plus fort chez les femmes dont le mariage est célébré avant 20 ans et dont la durée de vie en union est élevée. La fréquence de l'utilisation de la contraception moderne augmente avec l'âge pour les femmes mariées avant 20 ans ([tableau 4.37](#)). Elle est de 1,3% avant 30 ans et de 2,0% à 40-49 ans. Parmi les femmes mariées à 20-24 ans, celles du groupe d'âge 30-39 ans sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser la contraception (6,7%). Les femmes mariées à 25 ans ou plus ne recourent pas à la contraception. On constate que la pratique de la contraception moderne chez les femmes mariées avant 20 ans touche surtout les anciennes générations. Par contre, à 20-24 ans d'âge au mariage elle atteint d'abord les femmes des générations moyennes (30-39 ans) avant de concerner les plus jeunes. Il semble aussi que le recul de l'âge au mariage ne favorise pas le recours à la contraception dans l'union. Cela se comprend car dans une société où la fécondité est fortement valorisée, les personnes qui se marient tardivement sont plus soucieuses de la constitution de leur descendance que des mesures pour la planifier. Cela est d'autant plus vrai qu'elles disposent de moins de temps pour former une famille, notamment une grande famille.

TABLEAU 4. 37 : Femmes de 15-49 ans actuellement mariées utilisant à l'enquête la contraception moderne selon l'âge au mariage

	Age au premier mariage	Age à l'enquête			Tous âges			Effectif
		<30 ans	30-39	40-49	Utilise	N'utilise pas	Ensemble	
< 20 ans		1,3 (256)	1,0 (208)	2,0 (161)	1,4	98,6	100,0	625
20-24 ans		1,3 (58)	6,7 (33)	0,0 (22)	2,5	97,5	100,0	113
25 ou plus		0,0 (4)	0,0 (8)	0,0 (5)	0,0	100,0	100,0	17
Total		1,3 (318)	1,7 (249)	1,7 (188)	1,6	98,4	100,0	755

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC.

Puisque 50% des femmes actuellement mariées interrogées ont 5 enfants ou plus, on peut s'attendre à ce que la pratique de la contraception soit plus élevée si leur désir est de limiter leurs naissances. Nous avons présenté dans le [tableau 4.38](#) l'utilisation à l'enquête de la contraception moderne selon l'âge, la méthode spécifique utilisée et le nombre de naissances vivantes.

TABLEAU 4. 38 : Femme de 15-49 ans actuellement mariées utilisant à l'enquête la contraception moderne selon la méthode spécifique utilisée et le nombre de naissances vivantes¹ (N=755)

Méthode utilisée	Naissances vivantes	Age à l'enquête			Tous âges		
		<30 ans	30-39	40-49	Utilise	N'utilise pas	Ensemble
Pilule	0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	2-4	1,2	0,0	0,0	1,2	98,8	100,0
	5 et +	0,0	6,7	0,0	6,7	93,3	100,0
	Ensemble	0,6	0,3	0,0	0,9	99,1	100,0
Injection	0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	2-4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	5 et +	0,0	0,5	1,2	0,8	99,2	100,0
	Ensemble	0,0	0,4	1,1	0,4	99,6	100,0
Diu	0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	2-4	0,0	2,0	0,0	0,4	99,6	100,0
	5 et +	0,0	0,0	0,6	0,3	99,7	100,0
	Ensemble	0,0	0,4	0,5	0,3	99,7	100,0
Condom	0	1,8	0,0	0,0	1,4	98,6	100,0
	1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
	2-4	0,6	2,0	0,0	0,9	99,1	100,0
	5 et +	0,0	0,5	0,0	0,3	99,7	100,0
	Ensemble	0,6	0,8	0,0	0,5	99,5	100,0
Toutes méthodes modernes		1,3 (4)	2,0 (5)	1,6 (3)	1,6 (12)	98,4	100,0

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC. () Entre parenthèses : femmes qui pratiquent la contraception

On constate que l'utilisation de la pilule et des condoms intervient avant 40 ans. Si le recours à la pilule concerne uniquement les femmes de parité 2 ou plus, les condoms sont utilisés par toutes les femmes quelle que soit leur parité. Quant aux injections et au Diu, ils sont utilisés à partir de 30 ans.

Ces méthodes, notamment les injectables, sont généralement utilisées par des multipares. Toutes les femmes utilisatrices de produits injectables totalisent 5 enfants voire plus. Nous pouvons penser que l'utilisation de la pilule et des condoms comme contraceptif est à but d'espacement. Par contre, le recours aux injectables après une descendance assez importante ne peut être assimilé qu'à de la contraception d'arrêt. En avançant cette hypothèse on ne doute aucunement de l'efficacité de la pilule ni des autres méthodes. On suppose que la prise d'injections trimestrielles procure plus de sûreté en ce sens que la femme ne risque pas de l'oublier. Par conséquent, une femme très soucieuse de maîtriser ses naissances s'orienterait nécessairement vers cette méthode.

Cette analyse montre que l'utilisation des différentes méthodes modernes de planification familiale n'est pas indépendante des différentes étapes de vie reproductive des femmes. La durée de mariage ainsi que la taille de la descendance semblent influencer sur le choix de la méthode. Par ailleurs, peut-on dire que ces pratiques sont liées à la pratique du confiage des enfants. Nous proposons d'examiner ce point maintenant.

2.2 *Placement des enfants et pratique de la contraception*

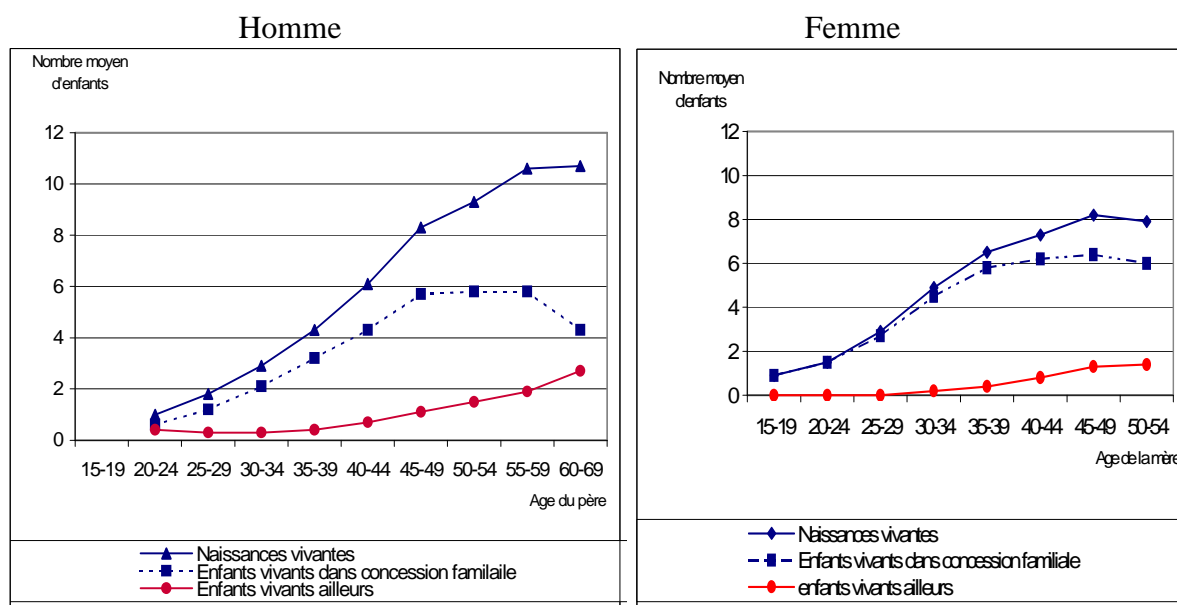
La pratique des enfants confiés est l'une des expressions traditionnelles des solidarités familiales. Il s'agit des solidarités intra-lignagères vis-à-vis des enfants, des responsabilités respectives des pères et des mères dans la prise en charge de leurs descendants et aussi des solidarités intergénérationnelles qui définissent les coûts et avantages de la descendance (LOCOH, 2002). Ainsi, en même temps qu'elles permettent d'alléger les charges d'éducation des enfants, elles créent et renforcent les liens entre les familles. Le placement des enfants se fait généralement au sein de la famille élargie. Les principales bénéficiaires sont les membres sous-fécondes des familles. La plupart des placements des enfants au Sénégal ont pour but d'alléger la charge des mères ayant des naissances rapprochées (Vandermeersch, 2002). La pratique du placement des enfants au Sénégal concerne surtout les femmes Diola et Sereer.

A partir du recueil de l'histoire génésique de quelques hommes et femmes interrogés nous avons tenté d'évaluer le nombre d'enfants vivants élevés dans les concessions familiales. Les résultats obtenus nous montrent que tous les enfants nés vivants n'habitent pas nécessairement chez leurs parents. La propension des grandes familles à confier leurs enfants est assez importante. Près de la moitié des enfants nés d'une famille donnée vit dans une concession différente de celle des parents biologiques. A Niakhar, les motifs qui peuvent conduire des parents à confier leur enfant sont assez divers. Les enfants confiés constituent des aides précieuses aux travaux domestiques ou champêtres des familles d'accueil. Les parents confient aussi leur enfant à un membre du groupe familial dans le but d'assurer sa formation scolaire. Cette forme de placement s'est déjà développée avec l'urbanisation (Savané, 1994). Elle conduit les parents à scolariser de plus en plus leurs enfants en espérant en tirer des retours pour leurs vieux jours. Les femmes Sereer confient surtout des jeunes filles de 6-14 ans. Ce type de placement d'enfants est lié à leurs stratégies migratoires (Vandermeersch, 2000). Les jeunes filles Sereer migrent généralement très tôt en ville à la recherche d'un emploi de domestique. Ce type de placement, fréquent chez les Diola et les Sereer, semble aussi être un moyen « *de renforcer les liens entre individus séparés par une migration, mais également un moyen d'accéder à de nouveaux revenus en particulier par les migrations temporaires des jeunes filles vers le milieu urbain* »⁴⁹.

Nous tenons à relativiser la teneur du partage des charges d'éducation qui apparaît dans la [figure 4.7](#) puisque parmi les enfants vivants ailleurs, une partie peut vivre avec le père ou la mère suite à une rupture d'union ou parce que la mère n'a pas encore rejoint le domicile conjugal. Ceci dit, un certain partage de la prise en charge des enfants semble se faire avec les membres de la communauté familiale.

⁴⁹ Idem.

Figure 4. 7: Nombre moyen d'enfants nés vivants, d'enfants vivants dans la concession familiale et d'enfants vivants ailleurs, selon l'âge des parents



Dans un tel contexte l'examen de la mise en rapport du placement des enfants avec la pratique de la contraception est important à deux titres. D'une part, elle est utile dans l'analyse de la diffusion de la contraception dans la mesure où elle contribue à l'amoinrir en renforçant les préférences pour une descendance nombreuse. D'autre part, elle peut décourager les familles qui seraient tentées de limiter leurs naissances car elles risquent de constituer des familles d'accueil potentielles. Si une famille a peu d'enfants, elle sera amenée à exercer sa solidarité à l'égard de ceux de son groupe. La pratique de la contraception apparaît difficile dans cette situation.

Les résultats du [tableau 4.39](#) semblent infirmer la thèse selon laquelle les femmes qui confient sont moins portées à utiliser la contraception que celles qui ne confient pas. En effet, les femmes utilisatrices de la contraception sont relativement plus importantes chez celles qui ont déclaré confier au moins un enfant (3,2% contre 1,4%).

TABLEAU 4. 39 : Femmes mariées de 15-49 ans. Placement des enfants et pratique de la contraception

Confiage	Parité actuelle				Toutes parités		Effectif
	0	1	2-4	5 et +	Utilise	N'utilise pas	
Non	1,7	0,0	2,0	1,3	1,4	98,6	659
Oui	0,0	0,0	3,8	4,2	3,2	96,8	95
Non renseigné	-	-	-	0,0	0,0	100,0	1
Ensemble	1,4 (1)	0,0 (0)	2,2 (5)	1,7 (6)	1,6 (12)	98,4	755

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Que faut-il penser de cette observation ? Ces résultats sont à interpréter avec une grande précaution. En effet, il peut y avoir un effet d'âge ou de parité. Mais compte tenu de nos faibles effectifs, nous ne pouvons procéder à une analyse plus poussée. A partir des résultats obtenus nous pouvons suggérer quelques hypothèses. Tout d'abord, la circulation des enfants qui permet la distribution des charges d'élevation des enfants semble ne pas constituer un frein à l'utilisation de la contraception. La pratique de la contraception des femmes confiant ou non serait liée à la taille de la descendance. Deux hypothèses peuvent être avancées. D'abord, si on suppose que les familles qui confient ont plus d'enfants à charge, il est possible qu'ils ressentent avec plus d'acuité les difficultés économiques, d'où leur besoin de maîtriser leur fécondité (raison économique). Ensuite, parce que des besoins de repos peuvent être exprimés, le rythme des naissances des familles plus fécondes incite à l'utilisation de la contraception de ces dernières (raison sanitaire).

2.3 *Désir de fécondité et pratique de la contraception moderne*

Désirer un nombre d'enfants donné implique de faire des choix en matière de contraception. Mais choisir une méthode suppose une bonne connaissance des différentes possibilités existantes. Quant à l'expérience de la pratique, elle va renforcer la qualité de cette connaissance et faciliter le choix de la méthode la plus adaptée à la nature de la contraception souhaitée (espacement ou limitation des naissances). Ces différents éléments sont mis en relation dans le [tableau 4.40](#).

Les hommes qui ne désirent plus d'enfants sont proportionnellement plus nombreux à recourir à la contraception moderne (6,4%). Ces hommes (34%) connaissent mieux ce type de méthode que leurs confrères qui en désirent un nombre précis (33,3%), qui disent en vouloir autant que dieu voudra (22,1%) et ceux qui sont indécis (29,4%). Les hommes qui connaissent le nombre d'enfant qu'ils désireraient avoir sont les plus expérimentés en matière

de pratique contraceptive. En effet, 19,2% de ces hommes ont déjà utilisé la contraception contre 8,5% pour ceux qui n'en désirent plus, 5,1% pour ceux qui sont sans limite et 8,8% pour les indécis.

TABLEAU 4. 40 : Mesure de la pratique de la contraception parmi les hommes de 20-69 ans et les femmes de 15-54 ans actuellement mariés selon le désir de fécondité

Désir d'enfant supplémentaire	Connaissance	Utilisation passée	Utilisation actuelle		Ensemble	Effectif
	% connaissant au moins une méthode moderne de limitation	% ayant déjà utilisé au moins une méthode moderne de limitation	% utilisant actuellement une méthode moderne de limitation	% n'utilisant actuellement aucune méthode de limitation		
Tous les hommes actuellement mariés						
Ne désire plus d'enfants	34.0	8.5	6.4	93.6	100,0	47
En désire un nombre spécifié	33.3	19.2	3.3	96.7	100,0	120
En désire autant que possible	22.1	5.1	2.8	97.2	100,0	394
Indécis	29.4	8.8	2.9	97.1	100,0	34
Ensemble	25.7	8.4	3.2	96.8	100,0	595
Toutes les femmes actuellement mariées						
Ne désire plus d'enfants	18,2	3,8	2,5	97,5	100,0	236
En désire un nombre spécifié	26,5	6,1	3,0	97,0	100,0	132
En désire autant que possible	13,7	1,7	0,5	99,5	100,0	423
Indécis	16,2	0,0	0,0	100,0	100,0	37
Ensemble	17,1	2,9	1,4	98,6	100,0	828

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Il apparaît dans ce même tableau que les femmes les plus utilisatrices de la contraception sont celles qui expriment avec précision le nombre d'enfants qu'elles veulent avoir. Elles sont 3% à y recourir pendant qu'on note que 2,5% de femmes ne désirent plus d'enfants et 0,5% de femmes qui ne se limitent pas l'utilisent. Ces femmes ont une meilleure connaissance des méthodes. Si pratiquement 3 d'entre elles sur 10 connaissent au moins une méthode, moins de 2 sur 10 le sont chez les femmes qui ne désirent plus d'enfants ou qui sont indécises, et celles qui sont sans limite dans leur descendance. Elles disposent aussi de la plus grande expérience contraceptive car elles sont 6,1% à avoir déjà utilisé la contraception. L'utilisation passée de la contraception des femmes qui ne désirent plus d'enfants et celles qui sont sans aucune limite se chiffre respectivement à 3,8 et 1,7%. Les femmes indécises quant à la taille de leur descendance désirée ne pratiquent pas, et n'ont d'ailleurs jamais pratiqué, la contraception.

En conclusion, on peut dire que lorsque les hommes ne veulent plus d'enfants ils ont plus tendance à utiliser la contraception que les femmes. Il en est de même lorsque leur nombre

d'enfants désirés porte sur un nombre précis. La connaissance de la contraception favorise l'expérience de pratique passée des hommes. Cette expérience d'utilisation passée de la contraception favorise plus la pratique actuelle des femmes que des hommes, en particulier lorsque le nombre d'enfant désiré est spécifié⁵⁰.

Cette analyse serait incomplète si elle n'est pas faite au sein des couples. La diffusion de la contraception implique certes un moindre besoin d'enfant des conjoints. Mais la quantification de ce besoin nécessite une discussion et un accord des époux à ce sujet. Ainsi, pour mieux appréhender le comportement reproductif nous allons tenter de répondre à quelles questions. Tout d'abord, il est nécessaire d'évaluer la convergence des préférences en matière de fécondité des conjoints. Ensuite, nous apprécierons la concordance des réponses sur les désirs d'enfants. Et enfin, l'utilisation actuelle de la contraception des conjoints est analysée selon leur connaissance et leur expérience contraceptive passée.

III. - Stratégies reproductives au sein des couples

La convergence des désirs de fécondité de deux conjoints suppose un projet en la matière et une négociation entre les époux. Les études spécifiques retraçant les histoires génésique et maritale des hommes (Ratcliff et al, 2000) ou leurs connaissances et attitudes vis-à-vis de la contraception (McGinn et al., 1989) ainsi que les apports de l'approche anthropologique ont permis le développement de nouvelles recherches mettant en évidence les particularités de la reproduction masculine. Une réflexion s'est ainsi engagée sur le contrôle des hommes sur les décisions de fécondité et sur les divergences de stratégies reproductives. En Afrique subsaharienne, leurs positions sociales par rapport aux femmes leur procurent un statut privilégié (Andro, 2001). Par rapport au système de genre dans ces sociétés, la femme se situe à une position hiérarchique inférieure à celle des hommes. En matière familiale, l'autorité est exclusivement dévolue à l'homme. Les études de fécondité et de contraception dans l'union n'intégrant pas les attitudes des hommes occultent cette dimension qui, à notre sens, est essentielle. Cette partie de notre recherche vise à intégrer ce volet dans l'analyse.

L'approche du désir de fécondité est, certes, individuelle mais aussi sociale car l'individu réagit également en faisant référence à une norme sociale. Nous analysons ici les préférences de fécondité (accord ou désaccord), la connaissance et la pratique de la

⁵⁰ Ces résultats s'obtiennent en faisant le rapport utilisation passée / connaissance et utilisation actuelle / utilisation passée.

contraception en rapprochant les attitudes des hommes et des femmes dans le cadre d'une union. Autrement dit, l'étude est faite du point de vue des couples.

A. Préférences de fécondité des conjoints : convergence ou divergence ?

Le recours à une méthode de contraception est lié à plusieurs facteurs : la connaissance des méthodes et des sources d'approvisionnement (nous l'avons déjà souligné), les préférences en matière de fécondité mais aussi la négociation des époux sur le nombre d'enfants à avoir. Le comportement de fécondité ne peut être séparé de l'entente des conjoints sur la taille de la descendance. Cette entente suppose l'existence d'un projet de fécondité des conjoints. La réalisation du projet, si projet il y a, va logiquement nécessiter le recours à la contraception. L'utilisation de la contraception peut permettre de jouer sur le calendrier des naissances successives, et permettre à la famille de ne pas dépasser le nombre final d'enfants désirés. Mais il faut souligner, comme nous l'avons fait plus haut, que ce projet peut se modifier au cours de la vie conjugale. Cette entente n'est pas appréciée ici à travers une interrogation directe des époux sur leur accord sur le nombre d'enfants qu'ils désireraient avoir. Des questions fermées telles que « *êtes-vous d'accord vous et votre femme (ou vous et votre mari) sur le nombre d'enfants que vous désirez avoir* » risquent, comme le souligne Collomb et Zucker (1977), de conduire à une analyse de réponses un peu privées de contenu probablement conformes à une norme (l'entente au sein de son ménage ne peut être que « bonne »). Les données dont nous disposons ne nous le permettent d'ailleurs pas. Nous proposons donc de mesurer cet accord en rapprochant le nombre d'enfants que la femme et son mari désirent. Ainsi, pour analyser le niveau de concordance des réponses des conjoints sur la fécondité totale ou additionnelle, nous allons croiser leur désir total ou complémentaire d'enfants. Nous rappelons que chaque union est constitutive d'un couple. Le désir d'enfants des hommes polygames s'adresse à chaque épouse.

1 Fécondité actuelle et désir supplémentaire d'enfants dans le couple

La caractéristique principale des couples polygames est la fréquence des différences de nombre d'enfants des conjoints. Cette extrême rareté de l'égalité des descendance des conjoints ne nous permet pas d'avoir des résultats significativement interprétables. C'est la raison pour laquelle nous n'analysons ici que la fécondité actuelle et les préférences des couples monogames.

Dans le [tableau 4.41](#), nous présentons les valeurs absolues des préférences de fécondité des couples monogames d'après le désir supplémentaire d'enfant et la parité actuelle des conjoints. Notons que le désir supplémentaire d'enfant est exprimé par plus de 6 couples sur 10, et seulement moins de 1 couple sur 10 souhaitent ne plus en vouloir. Le désaccord des couples est de l'ordre de 19% lorsque le mari veut avoir un enfant supplémentaire et de 4% lorsque la femme annonce ce désir. Quant à l'indécision, elle concerne pratiquement 1 couple sur 10.

TABLEAU 4. 41 : Désir supplémentaire d'enfant et parité actuelle des couples monogames dont le mari à moins de 60 ans - valeurs absolues -

Nombre d'enfants Vivants	Homme et femme veulent d'autres enfants	Homme veut et femme ne veut pas	Femme veut et homme ne veut pas	Homme et femme ne veulent plus d'autres enfants	Indécis / Non déclaré	Effectif
Parité identique						
0	13	0	1	0	0	14
1	23	2	4	0	0	29
2-4	71	14	3	1	1	90
5 et +	40	22	1	4	20	87
Parité différente						
Homme < femme	18	11	0	1	1	31
Homme > femme	37	11	3	3	7	61
Total	202	60	12	9	29	312
Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC						

A parité identique, l'accord sur le désir d'avoir d'autres enfants baissent avec l'élévation de la parité. Par contre, celui de ne plus procréer s'élève avec l'augmentation de la taille de la famille. Le désaccord des conjoints augmente avec l'élévation de la parité lorsque le mari exprime le souhait d'agrandir sa descendance. La situation est relativement plus contrastée lorsque c'est l'épouse qui déclare vouloir d'autres enfants.

Si la taille actuelle de la descendance des conjoints est différente, le désir des couples de ne plus avoir d'enfant est plus important lorsque la parité de l'homme est supérieure à celle de la femme. Cependant les niveaux d'accord restent relativement proches : 58% si la femme à plus d'enfants que son mari et 61% si c'est l'homme qui a plus d'enfants que sa femme. Par ailleurs, l'accord sur le désir de ne plus avoir d'enfants est surtout important quand l'homme a plus d'enfants que son épouse (5% contre 3%).

En somme, dans les couples monogames, l'accord sur le désir supplémentaire d'enfant des partenaires est une fonction décroissante de la taille de la descendance atteinte, mais celle-ci constitue une fonction croissante du désaccord lorsque l'homme désire d'autres enfants.

2 Souhaits des conjoints en matière de fécondité : comparaison des réponses

Cette analyse est importante dans l'appréciation des choix de fécondité dans le couple. Avant de nous lancer dans une telle étude, nous précisons ce que nous entendons par « *accord entre conjoints* ».

2.1 Notion d'indicateur d'accord

Pour apprécier la concordance des réponses des conjoints, il est d'usage de rapprocher leurs intentions. Il s'agit de connaître dans quelle proportion les époux répondent-ils de façon identique pour une question donnée. Cet indicateur ([Annexe D2](#)) a déjà été utilisé par Ryder (1979) et Westoff (1981)⁵¹. Puisque les avis et les désirs des conjoints peuvent être indépendants, il est probable que certains accords résultent du fait du hasard. Il est donc utile d'inclure une composante aléatoire pour mieux apprécier ces accords. Par exemple, *la probabilité pour chaque sexe de souhaiter une descendance importante ou un nombre d'enfant supplémentaire donné peut être tellement forte qu'elle augmente d'autant les probabilités d'accord sans qu'il n'y ait statistiquement d'attraction au sein de chaque couple pour le même nombre d'enfants* (Becker, 1996 et 1999). Plus généralement, tout accord qu'il soit qualitatif ou non, résulte d'une composante « aléatoire » et d'une composante d'accord « véritable ». Ainsi, à côté des proportions de réponses concordantes « véritables », on ajoute une proportion obtenue de façon aléatoire. Cette proportion correspond au rapport des effectifs théoriques sur la diagonale (N_a) à l'effectif total (N). *L'indicateur d'accord (IA) obtenu, calculé en tenant compte de ces deux paramètres, est la proportion de couples où les deux conjoints fournissent la même réponse.*

L'importance de ce type d'accord dans les décisions de contraception a récemment été mise en évidence au Ghana (Andro, 2001). L'absence d'accord véritable entre époux sur la

⁵¹ RYDER N. B., 1979. « Consistency of reporting fertility planning status », *Studies in Family Planning*, 10 (4): 115-128. WESTOFF C. F., 1981. « The validity of birth intentions: evidence from U.S. longitudinal studies », in *Predicting Fertility*, Toronto, Lexington Books. Cités par LERIDON et al., 1987. « La seconde révolution contraceptive : La régulation des naissances en France de 1950 à 1985 », travaux et documents, cahier n° 117, INED, PUF.

taille de descendance, caractéristique des pays du Sahel, constitue généralement un frein à la pratique contraceptive (Andro et Hertrich, 2001). L'analyse des accords des conjoints sur leurs intentions de fécondité porte sur leur désir supplémentaire d'enfants. L'étude concerne d'abord l'ensemble des couples, ensuite les couples dont la femme a moins de 30 ans et enfin, les couples où celle-ci a 30-39 ans.

Puisque les logiques reproductives des couples monogames et polygames sont différentes, nous procéderons aussi à une analyse séparée selon le type matrimonial (monogame et polygame). Les résultats sur les préférences en matière de fécondité portent exclusivement sur les données numériques, et ceux sur la concordance sur l'ensemble des données. La modalité « non renseigné » est éliminée de l'étude.

2.2 L'accord sur la descendance supplémentaire

Comme attendu, l'accord sur le désir supplémentaire d'enfants semble plus fréquent chez les couples monogames que polygames. On constate en effet que 52% des positions des conjoints monogames convergent contre 49% chez les polygames (tableau 4.42). Au même titre que la descendance désirée, l'essentiel des accords sur le désir supplémentaire d'enfant se porte aussi sur la modalité « Autant que Dieu voudra » (annexe C.10). Les couples monogames (44%) ont plus tendance à se retrancher derrière cette réponse que les époux polygames (35%). Le niveau d'accord sur le désir de ne plus avoir d'enfant est aussi plus important chez les conjoints polygames (12% contre 7%). Par contre, lorsque le nombre d'enfants supplémentaire désiré est spécifié, l'accord entre conjoints devient plus élevé chez les époux monogames (6% contre seulement 2%).

TABLEAU 4. 42 : Accord de l'ensemble des conjoints sur la fécondité supplémentaire désirée

	% d'accord « véritables » No/N	% d'accord « attendus » Na/N	Indicateur d'accord IA	Signification	IC à 95%	p>chi2
Couples monogames	52,3	41,1	19,0	0,037	0,118 – 0,262	0,974
Couples polygames	47,9	37,8	16,5	0,043	0,080 - 0,250	0,001
Couples F < 30 ans	61,1	53,4	19,0	0,054	0,061 - 0,272	0,000
Couples F 30-39 ans	49,4	40,6	16,5	0,044	0,620 - 0,234	0,000

Source : calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Au total, le faible niveau d'accord sur une taille de famille réduite et la forte concentration des situations d'accord sur l'expression « Autant que Dieu voudra » peuvent témoigner du désir de fécondité encore prégnant dans cette société.

L'accord général selon les types matrimoniaux est relativement faible, mais significativement différent de zéro. Le coefficient est cependant plus élevé chez les couples monogames. Cela veut dire que l'accord dans les désirs de fécondité des partenaires polygames est plus lié à la concordance réelle des préférences de fécondité qu'à l'accord fortuit. On peut penser que ce résultat était prévisible si l'on considère que le désir d'enfants est plus important chez les hommes polygames. Nous avons certes considéré le désir d'enfants des hommes mariés avec chacune de leurs épouses actuelles, mais la propension de ces derniers à vouloir plus d'enfants semble rester intacte.

En définitive, l'accord observé dans les projets de fécondité semble plutôt lié au fait du hasard qu'à un projet discuté au sein du couple. A travers cette étude, se dégage une suspicion d'absence d'esprit de concertation dans les ménages pour la gestion de la fécondité. Pourtant, *ce qui semble important dans un recours éventuel à la contraception ce n'est pas seulement le fait de communiquer, mais aussi d'être d'accord sur les décisions de fécondité.* Or, comment peut-il y avoir discussion sur la planification familiale sans projet de fécondité des conjoints ? La diffusion de la pratique contraceptive ne peut donc être envisagée sans but de fécondité préétabli.

La connaissance des méthodes ainsi que l'expérience de leur utilisation sont aussi des facteurs déterminants dans la diffusion de la pratique. Quels sont les niveaux de connaissance et de pratique passée de la contraception au sein des couples ? C'est ce que nous allons voir dans ce qui suit.

B. Connaissance et pratique contraceptive au sein des couples

Lorsque les conjoints connaissent et ont déjà utilisé la contraception, le recours en cas de besoin de limitation des naissances en sera facilité. En outre, la diffusion de la pratique contraceptive est aussi liée à la connaissance et à l'expérience de pratique des couples. La connaissance de l'existence de moyens de contrôle de la fécondité présume la connaissance des sources d'approvisionnement. Quant à l'utilisation passée, elle suppose une moindre hostilité à ce type de procédé contraceptif. De ce fait, nous avons cherché dans cette étude à savoir quels étaient les niveaux de connaissance et d'expérience de pratique contraceptive passée des couples. L'analyse de la pratique actuelle des partenaires est envisagée ici dans la concordance de leurs réponses. Cette approche peut permettre de soulever d'éventuelles divergences d'attitude, reflet aussi de discordances d'optiques reproductives.

1 Connaissance et pratique antérieure de la contraception au sein du couple

Le [tableau 4.43](#) présente la répartition des couples selon les différentes méthodes contraceptives connues. Ces résultats montrent que les couples dans lesquels les deux conjoints connaissent au moins une méthode de contraception est faible (9,5%), cette connaissance portant essentiellement sur les méthodes modernes (6,3%). Lorsque la contraception est connue par l'un des conjoints, il est plus fréquent que celui ci soit le mari (32,3% contre 13,4%). La plus forte connaissance de la contraception des hommes en union est certainement liée à leur connaissance assez élevée des méthodes traditionnelles (24,1% contre 16,7% pour les méthodes modernes et seulement 5,2% des méthodes naturelles). La proportion des couples dont aucun des partenaires ne connaît une méthode de contraception est relativement élevée. C'est le cas pratiquement d'un couple sur deux (44,8%). L'ignorance des procédés naturels de contraception est plus importante chez ces couples. Plus de 9 couples sur 10 ignorent l'existence des pratiques naturelles de contraception contre un peu moins de 7 sur 10 pour les méthodes moderne et traditionnelle.

TABLEAU 4. 43 : Connaissance de la contraception des couples selon la méthode spécifique connue

Méthodes	Homme et femme connaissent	Homme connaît et femme ne connaît pas	Femme connaît et homme ne connaît pas	Homme et femme ne connaissent pas	Total
Méthode moderne	6,3	16,7	11,1	66,0	100,0
Pilule	4,0	11,1	12,2	72,7	100,0
Injection	2,6	5,9	7,5	84,0	100,0
Diu	0,5	2,8	2,4	94,3	100,0
Condom	1,0	13,5	1,7	83,7	100,0
Méthode naturelle	1,6	5,2	3,1	90,1	100,0
Abstinence périodique	1,6	5,0	3,1	90,3	100,0
Retrait	0,0	1,2	0,5	98,3	100,0
Méthode traditionnelle	2,6	24,1	6,8	66,5	100,0
Plantes	0,9	13,0	3,6	82,5	100,0
amulettes	1,2	19,4	6,6	72,7	100,0
Autres	0,0	0,3	0,5	99,1	100,0
Méthode quelconque	9,5	32,3	13,4	44,8	100,0
Effectif	55	186	77	258	576

Source : calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Comme nous pouvons nous en apercevoir dans le [tableau 4.44](#), l'expérience conjointe d'utilisation passée de la contraception des deux époux apparaît comme un fait exceptionnel. Il existe moins de 2% de couples dans lesquels les deux partenaires ont déjà utilisé la contraception. Les déclarations conjointes d'utilisation passée de la contraception des époux concernent uniquement les méthodes modernes (0,9%) et naturelles (0,2%). Lorsque cette expérience est vécue par l'un des conjoints, le mari, comme dans la connaissance, affiche généralement une plus grande expérience que son épouse (7,3% contre 1,9%).

Les hommes des couples qui, contrairement à leurs épouses, ont déclaré avoir déjà employé la contraception ont plus utilisé la contraception moderne (5,2%) que naturelle (1,6%) ou traditionnelle (1,7%). De même, les femmes des couples dans lesquels le mari n'a jamais utilisé la contraception ont surtout utilisé la contraception moderne (1,4%) que naturelle (0,7%) ou traditionnelle (0,9%). Si ces hommes ont surtout recouru aux condoms (4,3%), l'expérience de pratique contraceptive des femmes s'est surtout axée sur les produits injectables (0,7%). En outre, notons que plus de 8 couples sur 10 n'ont jamais utilisé la contraception.

TABLEAU 4. 44 : Utilisation passée de la contraception des couples selon la méthode spécifique déjà utilisé

Méthodes	Homme et femme ont déjà utilisé	Homme a déjà utilisé et femme n'a jamais utilisé	Femme a déjà utilisé et homme n'a jamais utilisé	Homme et femme n'ont jamais utilisé	Total
Méthode moderne	0,9	5,2	1,4	92,5	100,0
Pilule	0,3	1,6	0,3	97,7	100,0
Injection	0,3	0,9	0,7	98,1	100,0
Diu	0,0	0,0	0,3	99,7	100,0
Condom	0,0	4,3	0,5	95,1	100,0
Méthode naturelle	0,2	1,6	0,7	97,6	100,0
Abstinence périodique	0,2	1,4	0,7	97,7	100,0
Retrait	0,0	0,2	0,2	99,7	100,0
Méthode traditionnelle	0,0	1,7	0,9	97,4	100,0
Plantes	0,0	0,2	0,2	99,7	100,0
amulettes	0,0	1,2	0,7	98,1	100,0
Autres	0,0	0,5	0,2	99,3	100,0
Méthode quelconque	1,6	7,3	1,9	89,2	100,0
Effectif	9	42	11	514	576

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

Le pourcentage de couple connaissant ou ayant déjà utilisé la contraception est relativement faible dans la zone d'étude. Il va s'en dire que l'absence d'une connaissance réelle des moyens existants constitue un frein à la diffusion de la contraception en milieu traditionnel. Mais les degrés de connaissance atteints au sein des couples constituent un fait non négligeable. Le niveau d'utilisation passée des couples, bien que faible, n'en constitue pas moins une expérience importante dans l'appréhension de la contraception. La connaissance et l'expérience de la contraception des hommes montrent qu'il existe un début d'immersion du phénomène dans les couples. Si nous approchons ces résultats des désirs de fécondité des conjoints, il apparaît que les femmes qui expriment un certain besoin de contraception sont non seulement celles qui connaissent moins la contraception, mais surtout celles qui l'ont moins utilisée dans le passé.

Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de connaître les biographies contraceptives des couples. Ainsi, il nous est difficile de savoir si la pratique antérieure des conjoints a eu lieu dans le couple actuel. Par ailleurs, il est aussi prévisible que certains cas de pratique contraceptive d'hommes polygames l'aient été avec une femme non enquêtée. Par contre, nous avons pu, grâce à l'histoire matrimoniale des enquêtées, rapprocher les déclarations de pratique de la contraception des hommes et des femmes. Cette déclaration

concerne pour les hommes polygames chacune de leurs épouses. D'où l'intérêt d'analyser la concordance au sein des couples de la pratique actuelle de la contraception.

2 Pratique actuelle au sein du couple

Le [tableau 4.45](#) montre l'existence d'un décalage important dans les déclarations des époux en cas de pratique de la contraception. Compte tenu du niveau très faible de la pratique contraceptive, la proportion des cas de déclaration commune de non utilisation de la contraception n'est pas surprenante (95,8%). Contrairement aux hommes, aucune femme ne déclare utiliser une méthode traditionnelle. De même, l'utilisation des méthodes naturelles a été déclarée par les maris et non par les femmes. En effet, la pratique du retrait et de l'abstinence ne sont jamais citées par les femmes alors qu'elles le sont par les maris. Seul un cas de concordance est observé, et concerne l'utilisation de méthode moderne. Les cas d'utilisation de la contraception moderne des hommes concernent les condoms. Les femmes déclarent avoir utilisé des méthodes modernes (pilule et injection en particulier) alors que leurs maris ne déclarent pas cette pratique.

TABLEAU 4. 45 : pratique de la contraception des couples par méthode spécifique
- valeurs absolues-

Méthodes actuellement utilisées		par les épouses			Total
		Aucune	Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles	
par les maris	Aucune	552	6 ¹	1	559
	Méthodes modernes	7	0	0	7
	pilule				
	injection				
	Diu				
	Condom	7			
	Naturelles et Traditionnelles	8	2	0	10
Abstinence	1			1	
Retrait	4	1		5	
Autres méth. trad.	3	1		4	
Ensemble		567	8	1	576

1 : Pour la femme Diu 1, condom 1, injection 2 et pilule 2.
Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

L'analyse des préférences de fécondité et de la pratique contraceptive des partenaires offre des résultats intéressants ([tableau 4.46](#)). Il n'est point besoin d'insister sur le fort désir d'enfants dans cette population. Les couples pratiquent la contraception lorsqu'ils ne veulent plus d'enfants (16,3%). Au regard des attitudes individuelles, les femmes de ces couples apparaissent plus promptes à utiliser une méthode de contraception que leur mari (4,1% contre 8,2%). Cependant, même si chaque conjoint semble mener une stratégie bien

individualisée, l'analyse de l'utilisation d'une méthode quelconque montre une pratique commune non négligeable chez les couples ne voulant plus d'enfants (4,1%).

TABLEAU 4. 46 : Couples. Fécondité supplémentaire désirée et pratique contraceptive des conjoints (Méthode quelconque)

Désir supplémentaire d'enfants du couple	Utilisation actuelle de la contraception						Nombre de couples
	Les deux déclarent utiliser	Seul l'homme déclare utiliser	Seule la femme déclare utiliser	Couple		Total	
				L'un ou les deux utilise(nt) une méthode	Les deux n'utilisent pas		
Ne désire plus d'enfants	4,1	4,1	8,2	16,3	83,7	100,0	49
Seul l'homme veut d'autres	0,0	3,2	0,0	3,2	96,8	100,0	124
Seule la femme veut d'autres	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	17
Désire d'autres enfants	0,0	2,3	0,8	3,1	96,9	100,0	386
Ensemble	0,3	2,6	1,2	4,2	95,8	100,0	576

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

La discordance dans les déclarations des époux est significative des comportements sexuels souvent observés chez les hommes et les femmes mariés du Sénégal. Les études sur les concordances des déclarations de pratique de la contraception dans le couple sont rares. Dans la première qui a été menée au Sénégal, Gaye et al. (1997) montre que « *dans 97% des cas où le mari déclare utiliser une méthode traditionnelle au moment de l'enquête, la femme a déclaré n'en utiliser aucune* ». La concordance entre méthode moderne s'est établie à un cas sur deux. Il n'est donc pas surprenant d'observer l'importance des discordances dans une zone rurale. Par ailleurs, le fort recours au préservatif des hommes peut être attribué à des relations extra-conjugales. En effet, si 1% des femmes sénégalaises mariées déclarent avoir des rapports sexuels avec une personne autre que leur mari, les hommes mariés sont 12% à avouer leur infidélité (EDS III, 1997)⁵². Ces décalages peuvent donc correspondre à des pratiques extra-maritales.

Quelle que soit l'explication considérée, ces résultats laissent supposer que la pratique de la contraception ne correspond pas à un projet de couple mais plutôt à une initiative individuelle. Ces résultats posent la question de la communication et des prises de décisions dans le couple en matière de contraception. A la suite de l'analyse des différents niveaux de décision, nous pourrions confirmer l'absence de dialogue et expliquer les démarches individuelles, notamment des femmes, à l'égard de la pratique contraceptive. Le rapport de pouvoir entre les sexes défavorable aux femmes peut ne pas favoriser l'entame d'un échange conjugal sur ce sujet. Ceci va permettre, par la même occasion, d'expliquer les discordances

⁵² Il s'agit des déclarations de rapports sexuels des hommes et des femmes avec un partenaire quelconque au cours des 12 mois précédents l'enquête.

si l'on pense que l'attitude du mari et la volonté d'une femme désireuse de ne plus procréer peut favoriser la pratique cachée de la contraception.

Vue d'ensemble

Au terme de l'analyse des comportements reproductifs, il convient de dégager quelques résultats majeurs susceptibles d'expliquer la faible diffusion de la contraception. Le premier constat est le niveau relativement élevé du désir d'une grande descendance. Les femmes de 15-54 ans et les hommes de 20-69 ans désirent en moyenne respectivement 7 et 9,7 enfants. Ce désir de fécondité est moindre chez les femmes et les hommes non encore mariés (respectivement 4 et 5,7 en moyenne). Cette forte demande se reflète sur les désirs supplémentaires d'enfants. Les hommes (86,6%) et les femmes (65%) veulent avoir d'autres enfants, mais ces dernières sont moins importantes à en vouloir davantage. Elles sont 31,5% entre 15 et 54 ans à ne plus en désirer contre seulement 7,6% pour les hommes de 20-69 ans.

Le recours à la contraception en général, aux méthodes modernes en particulier, est lié aux différentes étapes de vie reproductive. Ce sont les femmes mariées avant 25 ans et âgées de moins de 40 ans qui utilisent la contraception. La diffusion de la contraception se fait ici dans la fraction de la population la plus jeune. Le recours à la pilule ou aux condoms intervient aussi avant 40 ans et concerne les femmes de parité 2 à 4. Par contre, l'utilisation des produits injectables concerne les femmes de parité supérieure (5 enfants ou plus). Il semble donc que la contraception d'espacement soit réservée aux condoms et à la pilule, et celle d'arrêt aux produits injectables. Le placement des enfants ne semble pas constituer un frein à la diffusion de la contraception. Les femmes qui pratiquent la contraception sont généralement celles qui ont confié au moins un enfant. Puisque l'intensité de cette pratique augmente avec la parité, nous pensons que c'est l'aspect sanitaire qui justifie ce comportement.

L'étude de la demande d'enfants a montré que lorsque les hommes ne désirent plus d'enfants, ils ont plus tendance à pratiquer la contraception que les femmes (6,4% contre 4,8% de taux de prévalence contraceptive respectivement des hommes et des femmes). Cependant si les femmes connaissent le nombre d'enfants supplémentaire qu'elles désirent, elles apparaissent plus disposées à l'utiliser. Ces résultats sont révélateurs de stratégies différentes en matière de contraception.

La réalisation de cette analyse dans le couple a fait ressortir certaines divergences. Tout d'abord, l'accord sur une taille de fécondité réduite est extrêmement faible quel que soit le type matrimonial considéré. Ensuite, la concordance sur le désir supplémentaire d'enfants des conjoints s'est surtout portée sur un besoin d'agrandir la descendance. Toutefois, on peut signaler les proportions loin d'être négligeables de couples qui désirent mettre fin à leur vie féconde. C'est le cas de 6,9% des conjoints monogames et 12,4% des conjoints polygames. Mais cela nécessite de prendre connaissance des moyens existants, voire de les avoir déjà utilisés, pour pouvoir choisir la méthode adéquate. Cette connaissance et cette expérience de pratique passée de la contraception est apparue modeste dans le couple. Par conséquent, la fréquence du recours actuel s'en est trouvée relativement affaiblie.

Le rapprochement des déclarations de pratique des époux a révélé un niveau de discordance très élevé. L'essentiel du recours féminin porte sur les méthodes médicalisées, mais les maris déclarent surtout recourir à des procédés naturels de contraception (retrait et abstinence).

Pour corroborer nos principales constatations et tester les hypothèses soulevées, nous empruntons deux démarches analytiques : une approche institutionnelle et une approche contextuelle. Par approche institutionnelle, nous entendons étudier le fonctionnement du programme de planification familiale dans la zone et les conditions d'accès aux services par la population. Nous appréhendons à travers l'approche contextuelle l'impact des normes et valeurs sociales dans la diffusion de la contraception.

Chapitre V. - Appréhender les difficultés d'accès à la contraception dans la zone

Nous tenterons ici d'analyser le cadre institutionnel et les aspects culturels (environnement social) qui peuvent influencer sur les décisions. Pour ce faire, nous proposons d'analyser les résultats des deux enquêtes complémentaires ayant trait à l'offre de services de planification familiale, aux attitudes et aux perceptions de la contraception.

I. - L'analyse de l'offre de planification familiale dans la zone

Le registre de planification familiale est le principal support sur lequel la division des statistiques du Ministère de la santé et de la prévention et le PNPF s'appuie pour rendre compte de l'évolution de l'offre de service. Les données de registre sont complétées par des fiches individuelles qui permettent de connaître les différentes caractéristiques des consultantes. A partir de ces deux supports d'information, les prestataires de service établissent des rapports mensuels sur leurs activités. Par exemple, c'est à partir de registre de planification familiale que l'on peut apprécier l'évolution du nombre de visites et de nouvelles entrées dans le programme. Ainsi, l'intérêt de l'exploitation des données de registre se situe dans le fait qu'il représente un moyen facile et fiable de s'informer sur l'état des fréquentations d'un centre de planification familiale. L'analyse des données quantitatives et des discussions issues des entretiens avec les prestataires génère aussi des hypothèses qui, en l'occurrence, sous-tendent nos tentatives d'explication de l'état actuel de la diffusion de la contraception dans cette zone rurale.

A. Les activités de planification familiale dans la zone d'étude de Niakhar

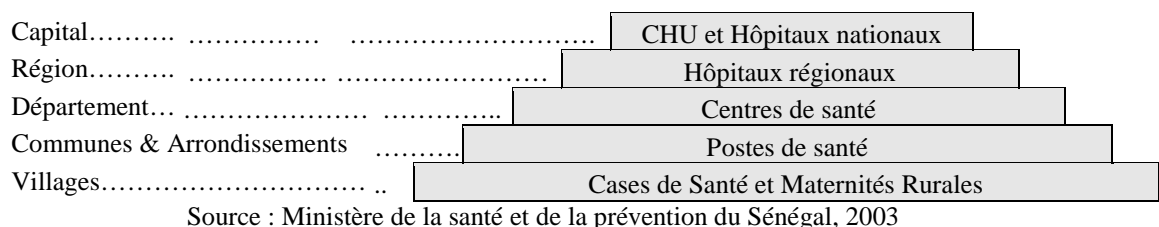
1. Le dispositif d'offre de services

1.1 L'infrastructure médicale et les moyens humains

Au Sénégal, le système sanitaire est organisé en trois niveaux ([figure 5.1](#)) : un échelon central, un échelon régional (région médicale) et un échelon périphérique (district). Au total, le pays compte 45 zones opérationnelles ou districts sanitaires. Il existe dans chaque district

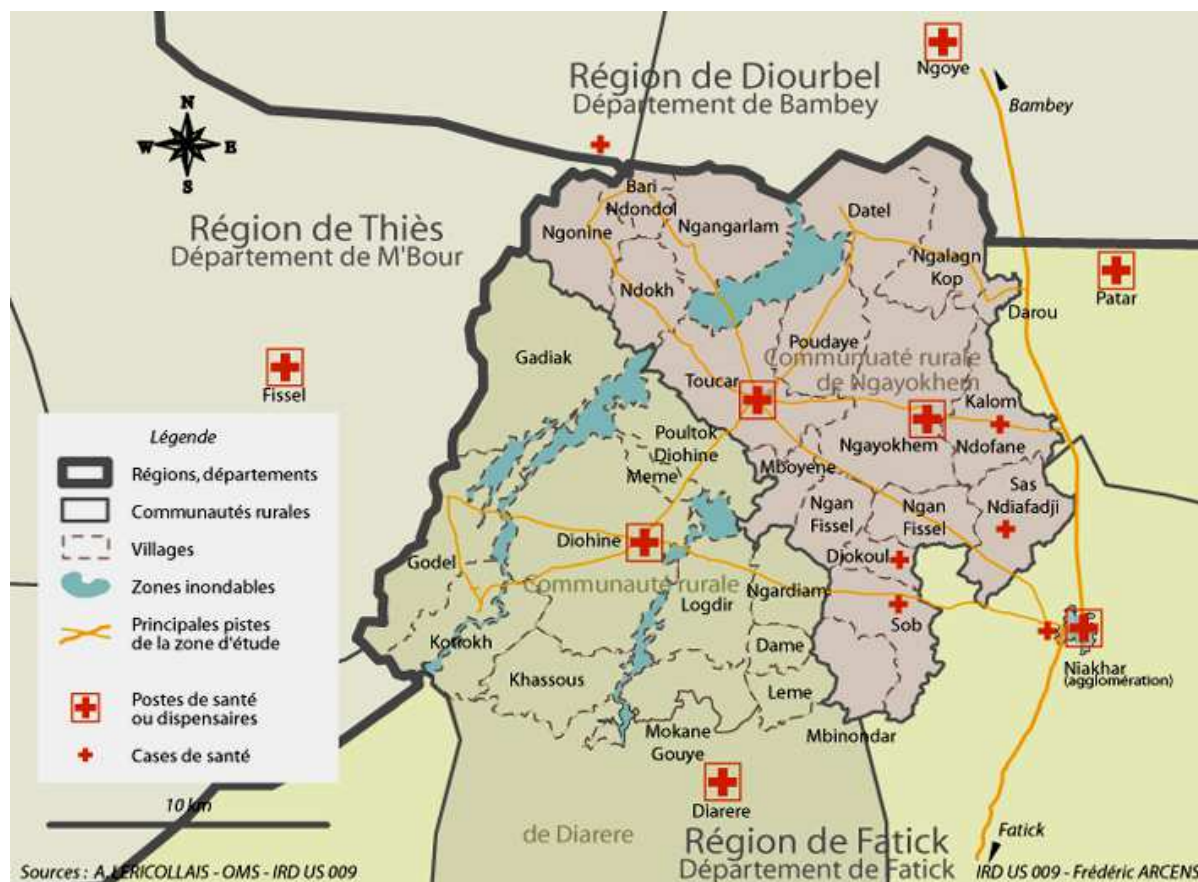
sanitaire un centre de référence ou centre de santé sous l'autorité d'un médecin chargé de l'encadrement d'un groupement sanitaire constitué de postes de santé répartis dans toute la région. Ces postes de santé sont implantés dans les chefs-lieux des communautés rurales et dans les villages les plus peuplés, de façon à ce que la population de la zone de couverture se situe autour de 10000 habitants et que chaque village puisse avoir accès à un poste à moins de 15 Km La plupart des postes de santé s'appuient sur des infrastructures communautaires de village (cases de santé et maternités) gérées par des agents de santé communautaire (généralement des infirmiers) aidés par des matrones choisies dans la population.

Figure 5.1 : Organisation du système de santé au Sénégal



Dans la zone d'étude de Niakhar, il existe deux postes de santé et un dispensaire privé (figure 5.2). Les deux postes publics de la zone sont tenus par des infirmiers d'Etat, et se trouvent à Toucar et à Ngayokhème. Le dispensaire privé, tenu par des religieuses catholiques, est implanté à Diohine, une population fortement christianisée. Le dispensaire de Diohine draine une population de plus de 2900 habitants, celui de Toucar plus de 3000 habitants et celui de Ngayokhème plus de 2000, tout cela sans compter les consultants extérieurs. Si on y ajoute les personnes habitants dans les localités environnantes, le dispensaire de Diohine drainerait une population d'environ 10000 habitants, celui de Toucar plus de 10500 habitants et celui de Ngayokhème, plus de 8000 habitants.

Figure 5. 2 : Principales infrastructures sanitaires dans la zone de Niakhar



En dehors de la zone, il existe trois postes susceptibles d'être fréquentés par les résidents de la zone d'étude : ceux de Niakhar, Patar, et Diarère. A ce jour, seuls les postes de Toucar, de Ngayokhème, de Niakhar et de Diarère dispensent des services de planification familiale. Le dispensaire de Diohine ne dispense que des conseils en matière de contraception naturelle.

Les matrones ont été formées grâce au projet Sénégal-Hollandais⁵³ pour seconder les infirmiers en poste dans les villages. Cette formation a eu lieu en 1977 et elle a consisté à deux mois de cours pratiques à la maternité de Fatick (région médicale). Jusqu'à ce jour, elles n'ont pas reçu de formation en PF.

Le personnel des structures sanitaires dans les zones rurales est généralement d'effectif très limité. Dans les postes de santé de la zone on compte un infirmier chef de poste

⁵³ Projet mis en place en 1977 qui a duré jusqu'en 1983.

(infirmier d'Etat ou une sage-femme recyclée ou agent sanitaire), une matrone et deux employés dont l'un est chargé de la vente des tickets de consultation et l'autre, de la pharmacie. Le coût des méthodes contraceptives est souvent perçu comme un obstacle à l'accès aux services. Il est vrai que la grosse partie des contraceptifs utilisés au Sénégal est fournie par des bailleurs de fonds étrangers (dont l'USAID), mais une contribution est demandée aux clientes dans le but d'assurer un autofinancement partiel du service. Au niveau des postes de santé de la zone, la consultation est gratuite mais les femmes payent les méthodes qu'elles utilisent. A chaque consultation la plaquette de pilule revient à 100 Fcfa et une injection à 300 Fcfa (1€ = 655,957 Fcfa).

1.2 Les méthodes contraceptives

Il existe certes un éventail assez diversifié de méthodes de contraception au Sénégal mais, les postes de santé en milieu rural disposent d'une gamme très limitée. Les méthodes disponibles et accessibles à la population dans le circuit sanitaire sont : la pilule, les injectables (depo provera et lofemenal), les spermicides et les condoms (préservatifs).

2 La sensibilisation dans les centres de santé

Au Sénégal, les enquêtes EDS montrent qu'il existe deux sources principales d'information en matière de santé reproductive :

- Le secteur moderne (ou formel) : radio, télévision, presse écrite et le personnel sanitaire. Ce personnel comprend les agents des centres de protection maternelle et infantile, des centres de santé, des maternités, des hôpitaux, des cliniques, des pharmacies etc.;
- Le secteur informel : particulièrement de l'entourage ou des personnes qui sont en fréquentes interactions avec les femmes : maris, voisines, amies, parentes, etc. Il s'agit des échanges interpersonnels.

Les réseaux informels de communication semblent avoir un effet négatif sur les attitudes face à la planification familiale (Ngom, 1994). Les femmes qui utilisent ces réseaux désapprouvent généralement la planification des naissances, et apparaissent moins disposées à y recourir.

Le rôle du secteur moderne dans la communication est certes un moyen efficace de diffusion de l'information au sujet de planification familiale, mais l'accès à certains équipements de base est assez limité en milieu rural sénégalais. Les résultats de la dernière enquête EDS (1997) montrent que si 60% des ménages ruraux possèdent une radio, seulement 5% affirment disposer d'une télévision, ce qui limite la portée des campagnes télévisées. Ainsi, le rôle que doit occuper le personnel de santé en matière de sensibilisation est d'autant plus primordial que le niveau d'éducation de la population est faible.

A Niakhar ainsi que dans la zone d'étude, les premières activités d'envergure en matière de sensibilisation ont été menées au moment de l'implantation des services de planification familiale. Dans un premier temps, une sensibilisation à large échelle a pu avoir lieu. Elle consistait à aller dans les concessions et à procéder à des interventions ponctuelles dans les cours d'alphabétisation ou à l'occasion de réunions de groupements féminins. Dans un second temps, les infirmiers chefs de poste se sont lancés dans l'organisation de conférence/débat (*causeries*). Le poste de santé de Niakhar en organise et la dernière rencontre thématique à laquelle nous avons assisté en 1998 s'est portée sur « L'Islam et la planification familiale ». Nous avons pu constater à l'occasion de cette rencontre l'absence des jeunes femmes et une plus forte présence de personnes adultes. Une telle initiative qui devrait rassembler toutes les franges de la population, témoigne des difficultés d'inclure les jeunes dans les activités de sensibilisation. Ce type de rencontre concerne tout le monde mais la présence des adultes a pu dissuader les jeunes filles de venir par peur d'être « mal jugées ». Les jeunes hommes qui étaient là n'ont pas pu s'exprimer comme ils l'auraient souhaité. Nous avons pu discuter avec certains d'entre eux qui nous ont affirmé regretter de n'avoir pu poser certaines questions à cause de la présence des adultes.

Les cours d'alphabétisation constituent des moments privilégiés pour la diffusion de l'information. Hormis les conférences, c'est le seul moment dont disposent les agents de santé pour sensibiliser les hommes à la PF. Le caractère assez formel de ces cours permet aux agents de pouvoir bénéficier d'un plus grand auditoire qui, de plus, est assez diversifié.

L'activité d'information se déroule aussi lors des consultations prénatales (CPN). C'est à cette occasion que l'ICP, secondé par une matrone, explique aux femmes les aspects bénéfiques d'une fécondité contrôlée et l'intérêt pour le bien-être de la femme et de l'enfant. Il ne suffit toutefois pas seulement de faire passer le message encore faut-il que les produits

soient disponibles. Comment est organisé l'approvisionnement des postes de santé ? Existe-t-il d'autres sources d'approvisionnement en produits contraceptifs en milieu rural ? Quelles sont les conditions d'accès (opportunité en temps et en argent et critères d'éligibilité) ? C'est ce que nous proposons d'aborder.

3. L'approvisionnement et l'accès aux produits contraceptifs

L'hôpital de Fatick est le lieu de référence du district sanitaire de la région, mais aussi le principal fournisseur des postes de santé de la zone. Situé à 15 km du poste de santé de Niakhar et en moyenne à 25 km des postes de santé de la zone, le centre de planification familiale de l'hôpital de Fatick constitue le principal pourvoyeur de produits contraceptifs des structures sanitaires de l'arrondissement de Niakhar.

L'analyse situationnelle entreprise au Sénégal (1993-1998) avec le concours du projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance technique (RO/AT) du Population Council a fait état de fréquents problèmes de rupture de stock. Les postes de santé de la zone ne font pas exception à cette constatation. Il existe assez souvent de déficit de produits, en particulier des produits injectables, dans le circuit d'offre du secteur. Les produits classiques (pilule et condom), moins utilisés, connaissent exceptionnellement ces problèmes. Les pharmacies ne peuvent pas assurer le relais car il n'existe pas dans cette localité un commerce pharmaceutique dynamique pouvant assurer ce rôle. La seule pharmacie de la zone se trouve à Toucar, et elle vend que des condoms dont elle dispose d'ailleurs que rarement.

Certaines méthodes sont accessibles dans les circuits informels d'offre. Ces circuits sont les marchés hebdomadaires, les boutiques et les bars. On y vend essentiellement des préservatifs (condoms). L'accès aux produits du petit commerce n'est pas aussi aisé qu'on ne le pense. En effet, seules les personnes averties sont au courant de ces pratiques. Mais depuis la dynamisation des activités de promotion nationale de prévention contre les MST-SIDA, la vente du condom semble se généraliser dans le petit commerce (en particulier dans les boutiques). Mais l'achat reste toujours délicat à cause de la suspicion qui entoure ce genre de comportement, notamment chez les jeunes. Les villages Sereer sont généralement de petites tailles et toute la population se connaît. La gêne peut donc demeurer dans l'achat d'un tel produit à moins que ne se développe une certaine complicité entre client et vendeur.

Les difficultés d'accès à l'offre de services peuvent aussi exister dans les structures officielles lorsque les prestataires annoncent des critères d'éligibilité. Leurs convictions personnelles peuvent les conduire à décider des personnes qui doivent bénéficier de ces services. Ils peuvent donc être associés aux obstacles à l'accès à la contraception pour certaines catégories de populations. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

B. Etudes de l'offre de PF : résultats

Les efforts de sensibilisation et la mise en avant des avantages liés à l'utilisation de la contraception suscitent-ils l'intérêt de la population pour la pratique contraceptive ? Cet intérêt se reflète-t-il dans la fréquentation des centres de planification familiale ? Quelles sont les femmes rurales qui fréquentent les centres de PF ? C'est à ces questions que nous allons essayer de répondre dans ce qui suit.

1. La fréquentation des centres de PF

Pour déterminer le profil socio-démographique des consultantes en planification familiale dans les postes de santé de Toucar et de Niakhar, nous nous intéressons uniquement aux nouvelles clientes. Ce choix permet de relever les principales caractéristiques des femmes du milieu rural qui sollicitent une méthode de contraception. L'analyse de la fréquentation des postes de planification familiale sera appréhendée d'après l'évolution globale et la saisonnalité du statut des différentes visites (nouvelles et anciennes consultations).

1.1 Profil des clientes en PF

La présentation du profil des nouvelles clientes en PF est articulée autour de trois points essentiels : l'âge des clientes à la première visite, leur situation matrimoniale et leur parité atteinte. La répartition des clientes selon la religion n'est pas présentée. Pour information, plus de 90% des consultantes sont de religion musulmane. Des informations plus détaillées sont présentées en [annexe B.4](#).

1.1.1 L'âge des clientes

L'âge des femmes à la première visite (tableau 5.1) en PF coïncide à Niakhar et à Toucar aux âges où les taux de fécondité sont très élevés (25-39 ans). Entre 1997 et 2000, l'âge moyen à la première visite avoisine 31 ans à Niakhar et se situe vers 32 ans à Toucar. Durant cette même période, on note que la moitié des femmes qui entrent nouvellement dans le programme à Niakhar atteignent en moyenne 30 ans. L'âge de ces femmes à Toucar en est assez proche. En 1997, les femmes de 20-29 ans se sont distinguées par leur plus forte fréquentation en PF aux centres de Niakhar (38,3%) et Toucar (41,4%). Si cette plus forte fréquentation se constate en 1998 et 1999 à Niakhar, se sont les femmes de 30-39 ans qui semblent plus enclines à solliciter les centres de PF en 2000. On retrouve une plus forte présence des femmes à ces âges en 1999.

Par ailleurs, les jeunes filles fréquentent très rarement les centres de planification familiale. Les femmes de moins de 20 ans ne constituent que 2 à 3% des nouvelles clientes au poste de Niakhar. A Toucar, c'est à partir de 1999 que l'on enregistre de nouvelles clientes de cet âge dans le programme. Elles représentent 7,4 % de l'ensemble des nouvelles clientes du programme en 1999, et seulement 2,4% en 2000. En valeur absolue, à Niakhar tout comme à Toucar, le nombre de jeunes filles de 18-19 ans rentrant dans le dispositif ne dépasse jamais deux. Cette constatation suscite une certaine interrogation. On pourrait se demander pourquoi ce moindre engouement des jeunes filles pour la planification des naissances ? La première réponse que l'on pourrait apporter porte sur la restriction des clientes potentielles. Officiellement, il n'existe aucune restriction pour la fréquentation des centres de planification familiale. Ils sont ouverts à toute la population et ce, quel que soit leur âge. Cette restriction porte-t-elle sur la situation matrimoniale ? Là encore, aucune interdiction formelle n'est instituée. Officiellement, les services sont destinés à l'ensemble de la population sans aucune exception.

TABLEAU 5. 1 : Répartition annuelle des nouvelles clientes selon l'âge
- valeurs absolues -

Groupes d'âge	1997	1998	1999	2000
Niakhar				
Age moyen	31.6	30.7	31.1	30.1
Age médian	29.5	30.5	31.0	31.0
18-19	2	1	2	1
20-29	31	18	23	27
30-39	28	12	22	28
40-49	13	7	8	6
NR, ND	7	4	6	4
Tous âges	81	42	61	66
Toucar				
Age moyen	32.2	27.4	31.9	31.9
Age médian	31.5	30.0	29.5	32.5
18-19	0	0	2	1
20-29	12	15	8	16
30-39	10	13	11	15
40-49	7	2	6	10
Tous âges	29	30	27	42

Les hypothèses relatives au non recours à la contraception aux jeunes âges sont de deux ordres : d'une part l'absence de reconnaissance de la sexualité engendre une restriction « morale » de la part des prestataires, de l'entourage, et rend difficile l'accès aux méthodes des jeunes, notamment célibataires ; d'autre part, la moindre demande de contraception de cette classe d'âges s'explique par le fait que beaucoup de femmes sont en début d'union et cherchent à avoir des enfants.

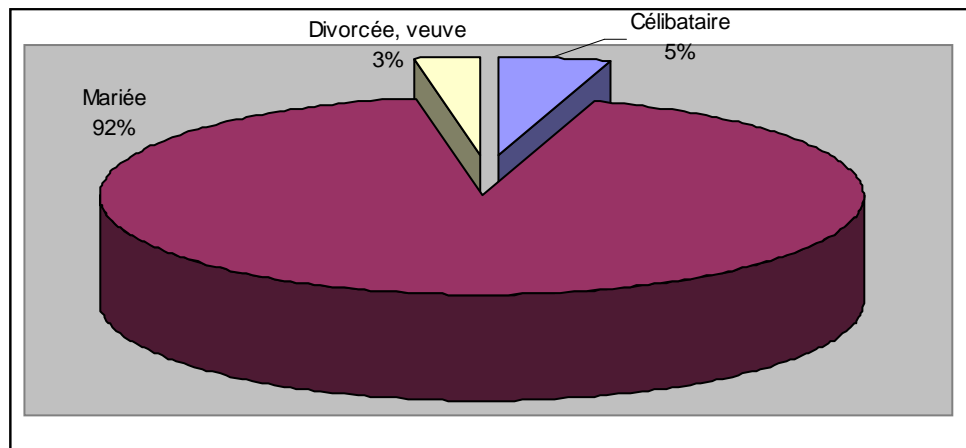
Après 39 ans, la fréquentation des centres devient proportionnellement plus importante à Toucar qu'à Niakhar. Il semble alors que les femmes de la zone d'étude sollicitent les centres de planification familiale lorsqu'elles sont bien avancées dans la constitution de leur descendance. De cette attitude, on peut penser à un besoin autre que celui d'espacer les naissances si l'on croit que c'est la motivation des femmes qui fréquentent assez tôt les centres de planification familiale.

Au total, nous constatons que les femmes qui fréquentent les centres de planification familiale sont celles qui se situent aux âges d'intense fécondité. Autrement dit, ces groupes d'âges correspondent souvent à ceux pour lesquels les taux de fécondité sont généralement plus importants.

1.1.3 Situation matrimoniale des clientes

L'absence de reconnaissance de la sexualité avant le mariage constitue un frein réel à la fréquentation des centres de PF par les femmes célibataires. Cela se confirme dans les postes de Niakhar et de Toucar (figure 5.3).

Figure 5.3 : Répartition (%) en 2000 des clientes des deux centres de PF selon la situation matrimoniale



Si la fréquentation des femmes en rupture d'union reste assez faible, la majorité des clientes en planification des naissances entre 1997 et 2000 est encore mariée. Sur dix nouvelles clientes enregistrées chaque année au moins les huit sont mariées. Il existe certes des femmes célibataires qui fréquentent les centres de planification familiale, mais leur nombre reste très limité. En dehors du fait que les femmes mariées auraient un besoin potentiel plus important de recourir à la contraception, il faut souligner qu'au Sénégal la fréquentation d'une structure de planification familiale d'une fille célibataire n'est pas aisée. Les difficultés sont encore plus importantes en milieu rural où la méfiance des jeunes filles à l'égard des prestataires ou de la communauté qui pourrait les stigmatiser est la plus forte. Pourtant, il s'agit là d'une population à haut risque. Le risque de grossesses est réel car, en réalité, cette population est sexuellement active. A travers une étude sur la relation entre sexualité et situation matrimoniale, Delaunay (1994) a montré que la vie sexuelle précède la vie conjugale. Plus de 56 % des femmes célibataires ont affirmé avoir eu des relations sexuelles. L'auteur souligne que la sexualité pré-nuptiale, bien que réprimée dans le discours, s'exprime relativement librement en dépit du contrôle social exprimé par la famille.

1 1.1.3 Nombre d'enfants nés vivants

Globalement, la parité moyenne des clientes en PF à Niakhar est de 4 à 5 enfants (tableau 5.2 et 5.3). Ces chiffres montrent que les femmes recourent à la contraception à un moment assez avancé dans la constitution de leur descendance. Ce constat reste vrai à tous les âges, même si les femmes des générations les plus anciennes affichent des niveaux de fécondité plus élevés. Ces chiffres semblent montrer des comportements différents qui, sans doute, ne sont pas étrangers aux phénomènes d'âge et de génération. Le caractère récent du programme pourrait expliquer le recours assez tôt aux services de PF des jeunes femmes. Elles pratiquent la contraception avec moins d'enfants que leurs aînés certainement dans le but d'espacer leurs naissances. A contrario, ces dernières n'ayant pas eu cette opportunité plus tôt, désirent probablement mettre un terme à leur vie féconde (contraception d'arrêt). Ces deux hypothèses sont plus probables car il est difficile d'imaginer qu'une femme de moins de 30 ans voudra arrêter ces naissances dans un milieu où le recours à la PF peine à être intégré dans les mœurs locales.

TABLEAU 5. 2 : Naissances vivantes des clientes en PF à l'entrée dans le dispositif au poste de Niakhar, selon l'âge

Groupes d'âge	1997		1998		1999		2000	
	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N
18-19	-	-	-	-	1.0	2	2.0	1
20-29	3.0	13	3.0	5	3.2	23	2.5	27
30-39	6.5	13	6.1	20	5.8	21	6.0	25
40-49	7.0	5	2.6	9	7.3	8	6.4	5
Non déclaré	7.5	2	4.8	4	5.3	6	5.8	4
Tous âges	5.3	33	4.7	38	4.8	60	4.5	62

NB : Sont prises en compte uniquement les femmes qui ont déclaré leur nombre d'enfants vivants à leur première visite

Dans le poste de santé de Toucar, les niveaux de fécondité atteints par les clientes en PF lors de leur première visite tourne en moyenne à un peu moins de 5 enfants par femme. Jusqu'en 1999 le comportement des clientes de Toucar est analogue à celui de Niakhar. Les jeunes femmes semblent espacer leurs naissances pendant que leurs aînés essayent de les arrêter. En 2000, la descendance moyenne des clientes est de 3 enfants par femme. Cette parité à la première visite est presque observée à tous les âges à partir de 20 ans. D'où la question de savoir quelle est la motivation exacte des femmes qui fréquentent les centres de PF ?

TABLEAU 5. 3 : Naissances vivantes des clientes en PF à l'entrée dans le dispositif au poste de Toucar, selon l'âge

Groupes d'âge	1997		1998		1999		2000	
	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N	Nombre moyen d'enfants	N
18-19	-	-	-	-	-	-	0.0	1
20-29	2.8	12	2.1	14	2.6	7	2.8	15
30-39	5.4	9	5.9	12	3.9	6	3.6	14
40-49	6.4	7	7.0	2	6.3	7	3.8	10
Tous âges	4.5	28	4.1	28	3.3	26	3.2	40

NB : Sont prises en compte uniquement les femmes qui ont déclaré leur nombre d'enfants vivants à leur première visite

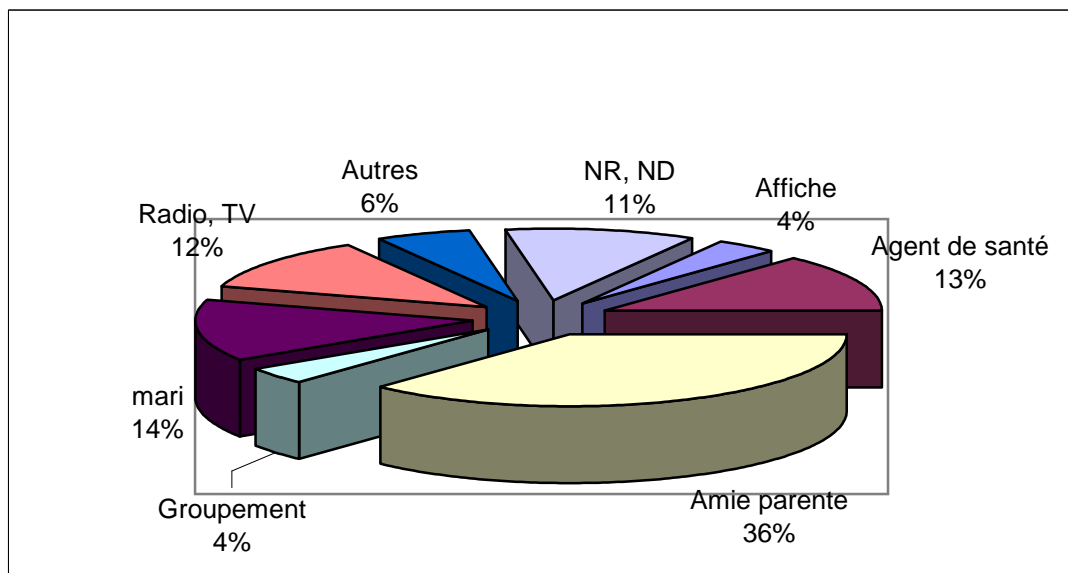
Il est vrai qu'un entretien avec les clientes permettrait de mieux cerner les motivations de pratique contraceptive. Au regard des présents résultats, il est difficile de se faire une idée précise de la nature des pratiques contraceptives. Cependant, la fécondité des clientes de Toucar en 1999 et 2000 semble montrer un besoin d'espacement des naissances car l'arrêt des naissances est difficilement envisageable dans ce milieu à un âge assez jeune. Les femmes recourent de plus en plus à la contraception en ayant mis au monde un nombre d'enfants plus faible (3 en moyenne). Cela dit, un besoin de limitation des naissances peut justifier le recours contraceptif des femmes âgées à forte fécondité.

1.2 Sources d'information des clientes

Dans des milieux où l'accès aux médias est très difficile, il est important de connaître les moyens qui permettent aux femmes d'accéder à l'information sur l'existence de services d'offre de contraception. Dans un tel contexte, le rôle des prestataires de services devient primordial. Ils deviennent même une composante essentielle de la réussite du programme en milieu rural. Il reste important qu'ils disposent de moyens matériels, en particulier d'IEC : affiche, brochure, dépliant, équipement audio-visuel etc. On s'apercevra que la plupart de ces moyens d'information sont inadaptés pour une population fortement sous scolarisée et généralement analphabète. Ainsi, les agents de santé se retrouvent donc à organiser des causeries et des conférences suivies de débats sur le thème de la planification familiale. Il faut aussi signaler que la pose de panneaux indiquant l'existence de service de PF dans un poste de santé peut contribuer à la diffusion de l'information. Ces panneaux existent dans tous les postes de santé qui offrent des services de PF. Par conséquent, ils constituent un signe visible

de l'existence des services. L'inadéquation de l'affichage dans les stratégies d'information s'apprécie différemment selon le poste de santé considéré (figure 5.4).

Figure 5. 4 : Répartition (%) en 2000 des nouvelles consultantes des deux centres selon la source d'information



Si à Niakhar aucune femme ne cite l'affichage comme source d'information, on s'aperçoit qu'à Toucar qu'elle est un vecteur non négligeable d'information, et que son importance s'accroît d'année en année. Le constat est la même, mais à sens inverse, si la source d'information considérée est le groupement. On pourrait être tenté de lier ce résultat au manque de dynamisme ou au moindre intérêt pour la PF des associations féminines de la zone d'étude. Il peut s'agir de la faible fréquence des actions à leur intention. Dans tous les cas, le groupement semble mieux favoriser la diffusion de l'information à Niakhar.

Le rôle des médias (radio et télévision) apparaît secondaire à Niakhar et à Toucar, mais dans une moindre mesure dans ce dernier centre. L'évolution de la proportion des nouvelles clientes informées grâce à la radio et à la télévision n'est pas linéaire. Par exemple, les statistiques révèlent qu'en 1997 à Toucar 3% d'entre elles sont informées par ce moyen, cette proportion atteint 20% en 1998, chute à 4% en 1999 avant de remonter à 7% en 2000.

La prise de la contraception est généralement liée à un accord formel ou tacite du conjoint. L'importance relative des femmes informées par leur mari semble montrer alors un changement d'attitude des hommes à l'égard de la contraception. Les proportions maximales

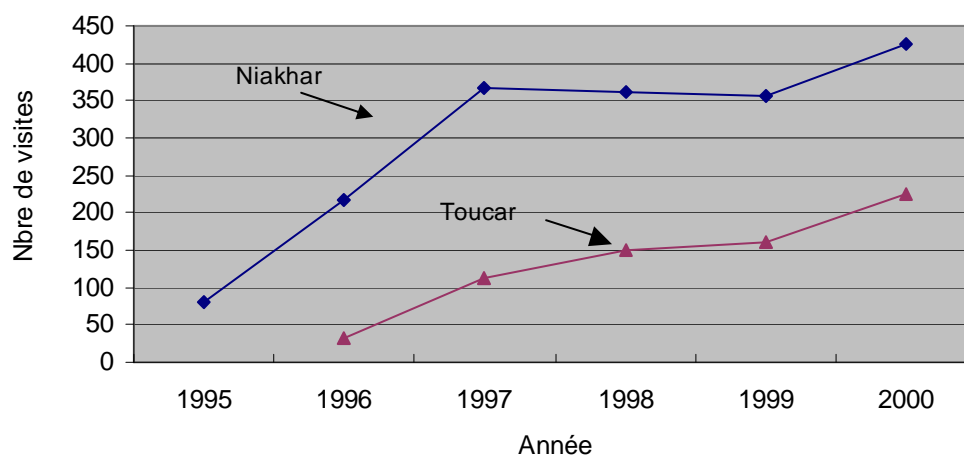
d'hommes ayant informé leurs épouses de l'existence de service de PF sont enregistrées en 1998 à Toucar avec 20%, et en 2000 à Niakhar avec 18%.

L'essentiel de l'information diffusée aux nouvelles clientes provient des agents de santé et des relations interpersonnelles. La part des clientes informées par les prestataires de service entre 1997-2000 varie de 7 à 35%. Ces résultats témoignent de la grande variabilité de l'impact du travail de l'agent de santé au fil des années. Ils traduisent aussi les efforts qu'il mène en matière d'information. Ce travail est généralement effectué à l'occasion des consultations prénatales. Les relations personnelles constituent à bien des égards la principale source de diffusion des connaissances de service d'offre de PF. Dans l'étude, à Niakhar, pas moins de 5 femmes sur 10 affirment avoir été informées entre 1997-1999 par une amie ou une parente. Durant la période 1997-1998 à Toucar, sur 10 femmes informées plus de 3 l'ont été par une amie ou une parente. Et entre 1999-2000, sur 10 femmes sensibilisées à la PF, plus de 6 d'entre elles ont été renseignées par une amie ou une parente. La confiance semble donc être une composante essentielle en matière d'information sur la contraception. Les liens autorisant ce type de discussion sont amicaux ou familiaux. On remarque donc que la confiance en matière de contraception s'inscrit dans cette société rurale de façon sélective.

1.3 L'évolution du nombre de visites

Chaque année la plupart des centres de PF dresse un rapport d'activité qui permet d'apprécier leur performance. Ces documents d'archives contiennent des informations relatives aux activités classiques d'IEC (causeries, conférences, alphabétisation) et aux activités cliniques (consultations prénatales, gynécologiques, en PF et activités de conseil) menées dans les différents centres. Nous aurions pu nous appuyer sur de tels documents mais nous n'en avons pas trouvé de trace dans les centres de la zone. C'est la raison pour laquelle nous avons procédé à un dépouillement exhaustif des registres de PF pour rendre compte de la situation dans les centres étudiés. L'allure générale des courbes de fréquentation des centres de Niakhar et de Toucar est sensiblement le même ([figure 5.5](#)).

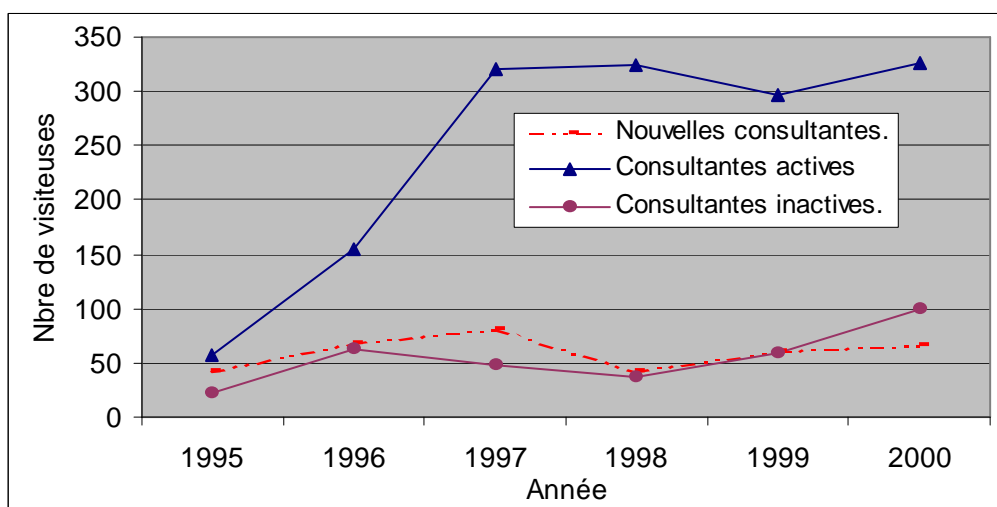
Figure 5. 5 : Evolution globale du nombre de visites en planification familiale dans les postes de santé de Niakhar et de Toucar



Après le début des activités de PF, les visites n’ont cessé d’augmenter dans les deux ans qui ont suivi le lancement des programmes. Après un petit relâchement, la fréquentation semble reprendre dans les deux centres. Ces courbes englobent les visites tous statuts confondus (nouvelles clientes, anciennes clientes, abandons et perdues de vue).

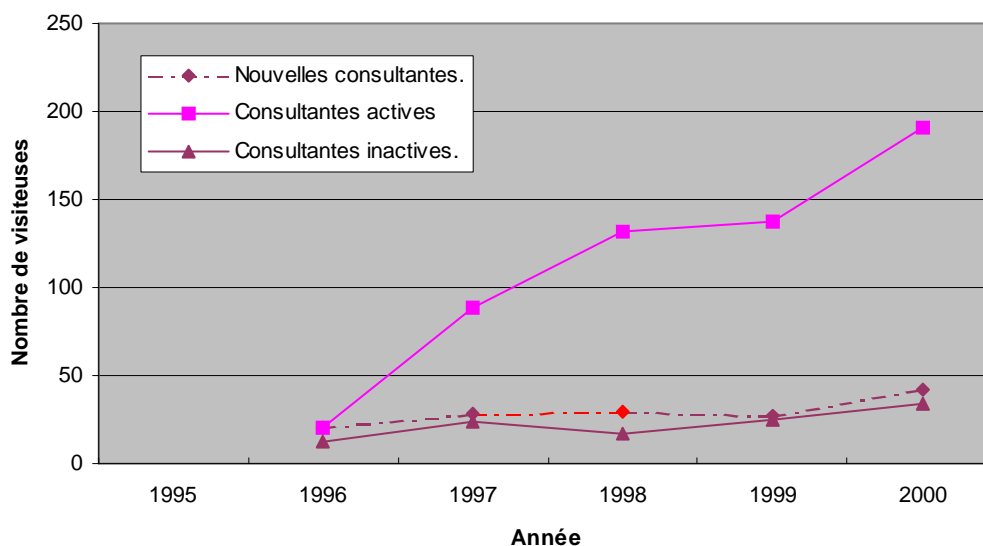
Pour avoir une meilleure lisibilité de la régularité et de l’évolution du nombre de nouvelles clientes, il est nécessaire de présenter l’évolution du nombre de visites selon les différents statuts de visiteuses (Figure 5.6 et 5.7). Si le nombre annuel de nouvelles clientes en PF s’est relativement stabilisé à Toucar, nous nous apercevons qu’à Niakhar le nombre de nouvelles consultantes a été plus important au début du lancement des activités. Ce fort engouement n’est certainement pas étranger à la sensibilisation à large échelle des agents de santé en début d’activité. Pourtant, les habitants du secteur sanitaire du poste de Toucar ont aussi beaucoup plus été informés sur les moyens contraceptifs par l’agent de santé de leur centre. En effet en 1997, 34,5 % des nouvelles clientes en PF du centre de Toucar ont été sensibilisées par l’ICP. Ce résultat permet donc de montrer le travail considérable effectué par celui ci. L’on peut donc penser que l’assimilation des messages semble avoir été plus rapide dans la zone de couverture du premier centre. Aussi, il est possible que l’intégration des informations ne soit pas aussi systématique qu’on pourrait le penser.

Figure 5. 6 : Evolution du nombre de visites en planification familiale à Niakhar selon le statut de la cliente



Dans les deux centres la consultation irrégulière après une période de baisse dans les deux ans qui ont suivi le lancement des activités a repris une phase ascendante. Les périodes de hausse et de baisse sont presque concomitantes. Au niveau du centre de Niakhar, l'effectif des consultantes inactives (irrégulières) a augmenté dans la période 1995-1996, puis a baissé dans les périodes 1996-1997 et 1997-1998 avant de prendre son envol durant les périodes 1998-1999 et 1999-2000. Pendant ce temps, le nombre de visites régulières connaît une augmentation continue dans la période 1995-1997, connaît une relative stabilité dans la période 1997-1999 pour augmenter dans la période 1999-2000. Cette dernière phase de hausse des visites régulières correspond à un moment d'accroissement de la consultation irrégulière.

Figure 5. 7 : Evolution du nombre de visites en planification familiale à Toucar selon le statut de la cliente



L'augmentation de la consultation régulière semble plus effective au poste de Toucar. Entre 1996 et 1998 la fréquentation du centre par les femmes désireuses réellement de maîtriser leur fécondité est en hausse continue, se stabilise entre 1998-1999, puis reprend une phase de hausse dans la période suivante (1999-2000). Comme à Niakhar, quand la consultation irrégulière marque le pas dans ce centre les visites régulières augmentent. Au total, même s'il existe des femmes qui recourent aux services de PF de façon épisodique, la majorité des clientes en PF ont un comportement assez suivi.

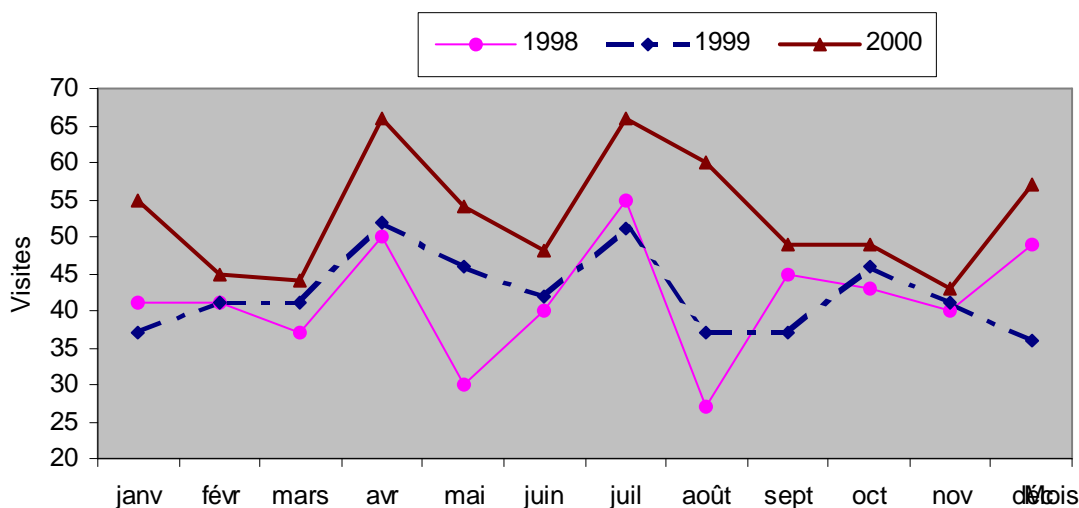
1.4 Saisonnalité des visites

La fréquentation des centres de PF est aussi liée à la disponibilité des clientes. Les femmes rurales sont généralement très occupées du fait d'un volume de travail très important. Ces femmes se lèvent généralement très tôt le matin (vers 6h) pour piler le mil de la ration alimentaire quotidienne. La suite de leur journée de travail est rythmée par la recherche de bois de chauffe pour la préparation des repas et le recueil d'eau au puit. De plus, en saison des pluies elles participent aux travaux champêtres et sont aussi très sollicitées au moment des récoltes. La fréquentation des centres peut être différée selon la disponibilité des clientes. Nous distinguons deux périodes importantes dans l'analyse de la fréquence des visites en PF : la période hivernale (de juillet en octobre) et la période estivale (de novembre en juin).

D'après la [figure 5.8](#), la fréquentation des centres de PF a plus tendance à baisser en période hivernale. En 1998 par exemple, La fréquentation a fortement chuté entre juillet et novembre, avant de se rapprocher de son niveau de juin en décembre. L'évolution de la consultation mensuelle en période hivernale est très contrastée pour l'année 1999. Pour l'année 2000, le constat est le même que celui de l'année 1998. A savoir, une baisse réelle des visites en PF en saison des pluies. Notons la forte baisse des visites en période d'hivernage des mois d'août et de septembre. Ces chutes interviennent à des moments de fortes pluies et à des périodes d'accroissement des besoins de bras supplémentaires dans les champs.

Mais deux points remarquables se dégagent de l'évolution mensuelle de la fréquentation des postes de planification familiale. Nous constatons une fréquence importante des consultations pour les mois d'avril et de juillet. Le commentaire que nous pouvons donner est qu'il nous semble provenir du fait que les femmes, à l'approche des premières activités agricoles, effectuent une visite de façon à se prémunir de leur indisponibilité à venir⁵⁴. C'est une raison envisageable si l'on considère que la plupart des femmes qui fréquentent les postes de planification familiale utilisent des injections. Le rythme trimestriel des injections semble d'ailleurs justifier la forte reprise des consultations, constatée au mois de juillet.

Figure 5. 8 : Evolution mensuelle des visites en planification familiale aux postes de santé de Niakhar et Toucar



⁵⁴ D'après le calendrier agricole le semis des champs de mil et la préparation des champs d'arachide interviennent respectivement en juin et juillet. Les hommes et les femmes participent au semis du mil, mais seuls les hommes s'occupent de la préparation des champs. Mais il faut savoir que le décorticage de l'arachide aux mois de mai et juin pour les semis concernent essentiellement les femmes et les enfants.

Par ailleurs, l'appréciation des périodes de baisse d'activité ou de fin des premières opérations culturales est assez délicate. Ces moments dépendent du début des premières pluies et de l'avancement des principaux travaux. Le sarclage de l'arachide et du mil intervient généralement entre les mois d'août et de septembre. Ces travaux mobilisent à la fois les hommes et les femmes. Cette période est suivie d'un certain répit dans le travail. La reprise des fréquentations observée en septembre et octobre (selon les années) pourrait coïncider avec la fin des travaux des champs en attendant la récolte. Il est donc probable que la baisse observée aux mois d'octobre et de novembre (selon les années) correspond aux périodes de récolte, et donc d'accroissement de la charge de travail. Le coût d'opportunité en temps semble influencer sur la fréquence des visites. La visite des centres dépend aussi de leur accessibilité géographique.

2. Attraction géographique des postes de PF

Les villages les plus éloignés se situent au plus à 10 km de leur poste de référence. Il existe des cas où le village de la zone d'étude est plus proche d'autres postes de santé disposant de services de PF mais se situant hors de la zone d'étude. C'est le cas du village de Darou qui n'est pas loin de Patar, le village de Sass qui est à proximité de Niakhar et celui de Mbinondar qui est de loin plus proche de Diarère que Ngayokhème. Les femmes qui se veulent plus discrètes seraient par ailleurs plus tentées de fréquenter des centres beaucoup plus éloignés que leur zone d'habitation. La fréquentation des centres de PF par les femmes de la zone ne se fait donc pas nécessairement à l'intérieur de celle-ci.

En distinguant les villages centres des autres, l'étude fait apparaître une plus grande fréquentation des femmes de la localité d'implantation du poste de santé ([tableau 5.4](#)). Ainsi, en 1998, 1999 et 2000, au poste de Niakhar, près de deux clientes sur deux habitent dans le lieu même d'implantation du poste offrant des services de PF. On se rapproche de ces proportions au poste de Toucar.

TABLEAU 5. 4 : Origine des consultantes en planification familiale (en %)

Poste de Santé	Année		
	1998	1999	2000
Niakhar			
intérieures	69,8 (90)	62,7 (94)	60,6 (120)
extérieures	30,2 (39)	37,3 (56)	39,4 (78)
Total	100,0 (129)	100,0 (150)	100,0 (198)
Toucar			
intérieures	71,0 (44)	62,3 (43)	63,2 (60)
extérieures	29,0 (18)	37,7 (26)	36,8 (55)
Total	100,0 (62)	100,0 (69)	100,0 (95)

Ces résultats laissent penser que le temps mis par les clientes pour se rendre aux postes de santé pourrait constituer un frein à l'accroissement des fréquentations. Cette situation est souvent rendue difficile par l'absence de moyen de transport. Ces résultats montrent que des services de PF géographiquement accessibles peuvent favoriser un accès plus facile aux services des femmes rurales qui sont souvent obligées de parcourir (souvent à pied) plusieurs kilomètres. Cet écart sera d'autant plus important qu'il existe à la fois un facteur distance et disponibilité en temps. Ces éléments ne sont pas sans influence sur la régularité des pratiques.

3. Fréquentation des centres et régularité

Habituellement, les études d'analyse situationnelle apprécient la performance des points de prestations de services par le nombre total de clientes enregistré sur une période de 12 mois. Ce travail permet de dénombrer les nouvelles clientes et le nombre total de visites sur une année. En procédant de la sorte, et surtout en le faisant sur trois années consécutives, nous pouvons apprécier à la fois la performance des points de prestations de services, mais aussi la régularité de la pratique contraceptive des clientes (tableau 5.5 et 5.6).

TABLEAU 5. 5 : Récapitulatif des consultations en planification familiale

Statut des consultations	Niakhar			Toucar		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Nouvelles	42	61	66	30	27	42
Anciennes	87	89	132	32	42	53
Client-es-année	129	150	198	62	69	95
Visites	361	356	426	149	162	225

Les données issues du dépouillement des registres de PF montrent que le nombre de nouvelles et d'anciennes clientes a augmenté entre 1998 et 2000 dans les deux centres. Le nombre relativement important des clientes enregistrées au poste de Toucar en 2000 provient

de l'inactivité du centre de Ngayokhème. La majorité des femmes du dispositif de PF de ce centre s'orientent le plus souvent vers celui de Toucar. L'analyse de ces différents résultats nous indique que beaucoup de femmes ne reviennent pas en consultation dans l'année de leur première visite. Cette situation est plus marquée dans le poste de santé de Toucar. En effet, en 1998, au poste de Niakhar, 3 nouvelles clientes sur dix contre deux sur dix au poste de Toucar reviennent pour une nouvelle consultation. Ce rapport s'établit à cinq sur dix à Niakhar contre 4 sur dix à Toucar en 1999. Si l'on note une certaine stabilité de cette fréquence en 2000 par rapport à 1999 à Niakhar, la situation semble s'améliorer à Toucar. Le poste retrouve le niveau du centre de Niakhar puisque la moitié des nouvelles clientes de 2000 a effectué une nouvelle consultation.

TABLEAU 5. 6 : Suivi des consultations des nouvelles clientes en planification Familiale des postes de santé de Niakhar et Toucar

Clientes	Niakhar			Toucar		
	Visites (1)	Revisites (2)	Rapport (1)/(2)	Visites (1)	Revisites (2)	Rapport (1)/(2)
Nouvelles 1998	42	13	0,3	30	7	0,2
Nouvelles 1999	61	30	0,5	27	11	0,4
Nouvelles 2000	66	31	0,5	42	22	0,5

La régularité des visiteuses peut s'apprécier aussi au regard de la continuité de la pratique sur plusieurs années (tableau 5.7). Le nombre d'anciennes clientes devrait être augmenté d'une année sur l'autre par l'effectif des nouvelles clientes si la pratique dans la durée.

TABLEAU 5. 7 : Suivi des consultations des anciennes clientes en planification familiale des postes de Niakhar et de Toucar

Clientes	N (1)	Revue en 1998	Revue en 1999	Revue en 2000
Niakhar				
Client-année 1998	129	97	75	54
Client-année 1999	150	-	95	82
Client-année 2000	198	-	-	107
Toucar				
Client-année 1998	62	44	38	31
Client-année 1999	69	-	44	42
Client-année 2000	95	-	-	61

1. N= nouvelles + anciennes consultantes en visite l'année considérée

Ainsi, en 1998, nous avons comptabilisé 129 anciennes clientes en PF au poste de santé de Niakhar, un nombre qui devrait être augmenté des 61 nouvelles clientes afin de constituer le nombre total d'anciennes clientes en 1999 (soit 190). Le nombre réel d'anciennes

consultantes enregistré cette année est de 150. Parmi les anciennes consultantes de 1998 (au nombre de 129), 75 d'entre elles ont effectué d'autres visites en 1999, et seulement 54 en 2000. Des pertes de clientes s'observent aussi sur les années suivantes. Des exemples similaires apparaissent aussi dans le poste de santé de la zone d'étude, Toucar. Cela fait soulever plusieurs hypothèses quant à la nature de la pratique et au comportement des femmes.

La pratique contraceptive semble se faire sur de courtes périodes de temps et donc, des comportements loin d'être assimilables à la contraception d'arrêt. Si les femmes recourent à la contraception dans le but d'espacer leurs naissances, des interrogations existent sur la brièveté de leur fréquentation des centres de PF. Parmi les réponses qui peuvent être apportées à ces questions, on peut entre autres raisons avancer l'éloignement des centres, le manque de temps, le coût du service voire la pratique cachée.

4. Méthodes utilisées par les clientes

4.1 Selon l'âge et le niveau d'instruction

L'utilisation des méthodes est liée à leur disponibilité mais aussi à leur accessibilité géographique et financière. L'observation des registres de consultation en planification familiale révèle que les injections sont de loin la méthode la plus prescrite ([tableau 5.8 et 5.9](#)). Parmi les plus utilisatrices de la contraception (femmes de 20-29 ans), au moins 8 d'entre elles sur 10 utilisent des produits injectables. Cette constatation reste valable sur les trois années (1998-2000) dans les deux postes de santé. Elle reste aussi valable pour toutes les catégories d'âge. L'utilisation de la pilule concerne globalement moins de deux femmes sur dix. Contrairement aux injectables qui sont pris à un rythme trimestriel, l'utilisation de la pilule est plus contraignante car elle nécessite une régularité rigoureuse des prises.

TABLEAU 5. 8 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon l'âge et la méthode spécifique utilisée (1998-2000), - valeurs absolues -

Age	1998			1999			2000		
	Niakhar								
	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif
18-19	1		1	2		2	1	0	1
20-29	15	3	18	20	3	23	24	3	27
30-39	10	2	12	20	2	22	21	7	28
40-49	6	1	7	8	0	8	5	1	6
Non renseigné	3	1	4	5	1	6	4	0	4
Tous âges	35	7	42	55	6	61	55	11	66
Toucar									
18-19	0	0	0	1	1	2	1	0	1
20-29	12	3	15	7	1	8	13	3	16
30-39	10	3	13	7	4	11	12	3	15
40-49	2	0	2	4	2	6	10	0	10
Tous âges	24	6	30	19	8	27	36	6	42

Le choix des méthodes utilisées ne semble pas être lié à l'âge car les deux méthodes prescrites sont utilisées dans les différents groupes d'âge. La prescription des méthodes ne paraît pas non plus être en relation avec le niveau d'instruction des clientes. La protection contraceptive des femmes selon les différentes méthodes ne diffère pas fondamentalement dans les deux centres.

TABLEAU 5. 9 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon le niveau d'instruction et la méthode spécifique utilisée (1998-2000) - valeurs absolues -

Niveau d'instruction	1998			1999			2000		
	Niakhar								
	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif
Non scolarisé	23	4	27	40	3	43	36	8	44
Primaire	7	1	8	7	3	9	10	1	11
Secondaire	2	1	3	4	1	5	4	2	6
Supérieur	-	-	-	-	-	-	1	0	1
Non déclaré	3	1	4	4	-	4	4	4	4
Tous niveaux	35	7	42	55	6	61	55	11	66
Toucar									
Non scolarisé	13	2	15	15	3	18	28	5	33
Primaire	5	2	7	3	0	3	5	0	5
Secondaire	2	1	3	0	2	2	2	1	3
Non déclaré	4	1	5	1	3	4	1	0	1
Tous niveaux	24	6	30	19	8	27	36	6	42

Comme nous le constatons, seules la pilule et les injections sont prescrites dans les postes de santé. Aucune méthode non prescriptible, notamment condom et spermicide, n'a fait

l'objet de prescriptions pour les clientes enregistrées. Pourtant, ces deux méthodes sont proposées dans les structures sanitaires. Le choix des méthodes contraceptives reste donc très étroit. D'autres méthodes comme le dispositif intra utérin (Diu), le norplant, la ligature des trompes et la vasectomie ne sont pas proposées aux clientes des deux formations sanitaires. Cette situation peut s'expliquer par le manque de matériel, la non-disponibilité des méthodes ou le manque de compétence des prestataires pour l'utilisation de certaines de ces méthodes. La décision de recourir à la contraception et le choix de la méthode, peuvent aussi être orientés par la parité de la femme. L'utilisation quasi exclusive des injectables se justifie-t-elle par la parité des clientes ?

4.2 *Selon le nombre d'enfants vivants*

Nous l'avons déjà vu plus haut, la fécondité des clientes en PF est relativement très élevée (en moyenne plus de 4 enfants par femme). Durant les années 1998, 1999 et 2000 presque la moitié des femmes nouvellement clientes des structures de PF ont plus de 5 enfants ([tableau 5.10](#)). Elles représentent 45, 56 et 42% au poste de Niakhar et 40, 56 et 50% au poste de Toucar respectivement en 1998, 1999 et 2000. Ces chiffres témoignent du stade assez avancé de fécondité des femmes rurales désireuses de maîtriser leurs naissances. Cette motivation semble se traduire dans le choix des méthodes. Sur la période 1999-2000, au centre de Niakhar, 9 clientes sur 10 des plus fécondes utilisent des injectables. Cette proportion s'établit à 7 sur 10 sur la période 1998-1999, et s'installe au même niveau en 2000 au poste de Toucar. Si l'efficacité de la pilule ne peut être mise en cause, l'utilisation des injectables est plus sûre pour ces femmes. D'une part, parce que le risque d'oubli est loin d'être négligeable dans la prise des pilules et d'autre part, les gains en temps et en efficacité sont réels dans le recours à des injections trimestrielles. La liaison entre le choix des méthodes prescrites et la parité semble plus évidente.

TABLEAU 5. 10 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon le nombre d'enfants vivants et la méthode spécifique utilisée (1998-2000) - valeurs absolues -

Nombre d'enfants vivants	1998			1999			2000		
	Niakhar								
	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif	Injection	Pilule	Effectif
0	0	0	0	1	1	2	0	0	0
1-2	11	3	14	7	1	8	14	2	16
3-4	3	2	5	14	2	16	13	5	18
5 et +	18	1	19	32	2	34	24	4	28
NR	3	1	4	1	0	1	4	0	4
Total	35	7	42	55	6	61	55	11	66
Toucar									
0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
1-2	8	2	10	6	3	9	11	1	12
3-4	4	1	5	2	0	2	3	3	6
5 et +	9	3	12	11	4	15	19	2	21
NR	2	0	2	0	1	1	2	0	2
Total	24	6	30	19	8	27	36	6	42

NB : Sont prises en compte uniquement les femmes qui ont déclaré leur nombre d'enfants vivants à leur première visite

Pour compléter cette analyse, il faut évoquer le rôle des prestataires dans le choix des méthodes. En dehors de leur rôle de conseiller, ils sont parfois amenés à fixer des critères pour l'accès aux différentes méthodes. Ces restrictions peuvent porter sur l'âge et la parité (tableau 5.11).

TABLEAU 5. 11 : Age et nombre d'enfants médians imposés par les prestataires avant de fournir les méthodes de PF

Méthodes	Age maximum	Age minimum	Nombre d'enfants minimum
Pilule progestative	36 ans (n=301)	17 ans (n=269)	1 enfant (n=99)
Pilule combinée	37 ans (n=288)	17 ans (n=253)	1 enfant (n=86)
Préservatif	40 ans (n=10)	16 ans (n=26)	1 enfant (n=5)
Spermicide	36 ans (n=6)	16 ans (n=15)	1 enfant (n=8)
DIU	43 ans (n=87)	19 ans (n=108)	1 enfant (n=200)
Injectable	40 ans (n=93)	25 ans (n=147)	3 enfants (n=100)
Norplant	40 ans (n=24)	20 ans (n=26)	1 enfant (n=15)
Ligature des trompes	42 ans (n=34)	35 ans (n=47)	5 enfants (n=56)
Vasectomie	45 ans (n=1)	35 ans (n=47)	7 enfants (n=1)

Source : analyse situationnelle, Sénégal 1994, interview du personnel
n : nombre de prestataires imposant la restriction.

Comme nous pouvons nous en apercevoir, la prescription des injectables peut aussi être déterminée par la parité de la femme. Le choix de la méthode peut donc être indépendant du désir de la femme. L'utilisation des injectables est conditionnée à une parité minimum de 3 enfants. La probabilité que toutes les femmes de parité supérieure utilisent cette méthode est très importante vue que la gamme proposée reste très limitée.

Vue d'ensemble

De cette étude, nous avons évalué la situation de l'offre dans le secteur, tenté d'apprécier la qualité et le fonctionnement du dispositif de planification familiale à travers la performance des postes, de connaître les caractéristiques des consultantes pour mieux comprendre l'attitude de cette population face à la contraception.

L'évolution du nombre de clientes en planification familiale reste modeste mais on remarque une avancée non négligeable du nombre de consultations. Le recours à ces services semble être calqué sur la disponibilité des femmes. La fréquentation des postes paraît être liée au calendrier agricole. Elle est forte avant le début des travaux, et faible avec l'intensification des occupations agricoles. Les femmes qui sollicitent les services de PF sont généralement mariées et âgées de 20 à 39 ans. La parité à la première utilisation de la contraception est relativement élevée (entre 3 et 5 enfants par femme en moyenne) mais est plus faible à Toucar qu'à Niakhar. Ces femmes ont été, pour l'essentiel, informées par l'agent de santé mais aussi grâce à leurs relations amicales et familiales. Un fait essentiel est l'information donnée par les maris à leurs femmes sur l'existence de services de PF. Ceci constitue la preuve d'un début d'intérêt des hommes à la planification des naissances.

Vu le niveau généralement élevé de la fécondité des femmes rurales en général, on peut penser que la fréquentation des postes de PF est faible. Mais dans ce contexte, le nombre de nouvelles clientes dénombré sur la période 1997-2000 peut paraître aussi assez élevé (30 et 50 en moyenne respectivement à Toucar et à Niakhar). La régularité dans la pratique semble par ailleurs non effective. Le nombre de nouvelles et d'anciennes clientes perdues de vue chaque année est loin d'être négligeable. Toutes ces observations relèvent de motivations propres aux clientes mais aussi d'éléments spécifiques liés à la conduite des activités de PF dans ce secteur rural.

L'IEC apparaît ici comme un élément fondamental dans les prestations de services en matière de santé de la reproduction. Sans sous-estimer les efforts réalisés par les agents sanitaires dans la diffusion de l'information, il faut souligner que ce travail n'a généralement lieu que lors des consultations prénatales (CPN). Or, cette activité de sensibilisation doit se faire de façon continue. Ainsi, il ne suffit pas seulement d'informer les femmes en CPN de l'existence de services pouvant leur permettre de contrôler leur fécondité. L'organisation de

causeries à l'intention des clientes peut à la fois renforcer cette information et la motivation des femmes quant à leur pratique. Les discussions que nous avons eues avec les infirmiers chefs de poste montrent que les causeries sont loin d'être systématiques.

La force du programme de PF réside aussi dans la mise à disposition d'une gamme variée de contraceptifs, or les postes de santé semblent ne proposer aux clientes que deux méthodes (injectables et pilule). L'analyse des données montre le succès des produits injectables, confirmant ainsi notre hypothèse sur le pic des fréquentations des postes de planification familiale observé en avril et juillet.

Quelles conclusions tirer de la fréquentation, globalement faible, des postes de planification de la zone d'étude ? L'étude de l'offre de planification familiale en milieu rural permet de comprendre le recours relativement faible à la contraception de ces populations. De ces résultats, nous nous interrogeons sur plusieurs facteurs susceptibles de l'expliquer. Ces facteurs sont politiques, économiques et peuvent être sociologiques.

D'abord, la politique d'offre de planification familiale développée dans cette zone rurale semble manquer de moyens. La gamme de méthodes proposée est très limitée. Généralement un seul prestataire est disponible pour proposer ses services et mener des actions en faveur de la diffusion de la planification familiale. Il faut aussi signaler que c'est ce même agent de santé qui est habilité à offrir des services sanitaires de base dans la zone de couverture du dispensaire. Ensuite, on peut s'interroger sur le coût d'opportunité des prestations. En effet, dans la zone définie il n'existe que trois centres de santé pour 30 villages dont deux seulement dispensent des activités planification familiale. Certains villages sont assez éloignés des postes de santé. L'efficacité du programme peut s'en trouver amoindrie. Que se soit à Niakhar ou dans les deux centres de santé de la zone dotés d'une structure d'offre de contraception, les moyens contraceptifs sont payants. Cela s'avère être un obstacle si l'on y ajoute d'éventuels frais de déplacement et le coût d'opportunité en temps qui peut être très important. Enfin, il faut tenir compte du volet social du phénomène. Y aurait-il des contraintes sociales qui rendent difficiles l'accès aux méthodes ? D'une part, le contexte social plutôt pro-nataliste et d'autre part, la conception de la sexualité et les rapports sociaux de sexe pourraient expliquer ce faible engouement. Les données qualitatives devraient nous renseigner sur les différentes conceptions de la planification des naissances, sur les interactions entre individu, famille, groupes de pairs et société dans l'accès aux méthodes.

II. - Contexte normatif et accès à la contraception : résultats qualitatifs

La théorie de la modernisation socioculturelle qui veut que le développement économique, l'urbanisation et l'élévation du niveau général d'instruction favorisent une prise de conscience de la lourdeur des charges dans les grandes familles trouve ses limites dans les zones rurales africaines. Dans ces milieux, la famille reste l'unité de production et le groupe domestique la main d'œuvre sur laquelle elle repose. De plus, la prise en charge des enfants est collective. Dans ces conditions, la remise en cause des descendance importantes et la perception du poids des charges familiales semblent difficiles. Le recours à la contraception apparaît donc difficile. Par ailleurs, rares sont les sociétés africaines dans lesquelles les jeunes reçoivent des informations sur la sexualité (Rivers et Aggleton, 1999). Ceux-ci étant généralement informés à l'âge adulte. Comment peut-on alors envisager dans un tel contexte l'accès de tous à la contraception?

En outre, si la reproduction occupe une place centrale de la démographie, elle est aussi un maillon essentiel de la dynamique des populations (Bozon et Leridon, 1993). Cette reproduction est certes liée à des facteurs biologiques mais son étude ne peut être dissociée de facteurs comportementaux et des normes sociales d'une société. La connaissance des dimensions sociales de la sexualité et de la reproduction des sociétés traditionnelles permettent de mieux appréhender leur attitude à l'égard de la planification des naissances. Plus généralement, les normes recommandent ou condamnent et l'individu ajuste son comportement en fonction des valeurs prônées dans celle-ci (Ferrand et Mounier, 1993). Toutefois, ces normes ne restent pas éternellement fixes. Elles subissent des réajustements au cours de la vie, à travers les générations. La migration peut apparaître comme un puissant moteur de ces réajustements. Les individus vont vivre dans des environnements relationnels différents et entretiennent des relations qui comportent des principes de conduite contrastés, voire contradictoires avec leurs valeurs d'origine. Ces contextes relationnels peuvent engendrer le changement. Un changement qui peut se traduire par des attitudes novatrices ou des conceptions nouvelles. L'étude que nous faisons de l'accès à la planification familiale dans cette population rurale met en avant l'analyse de l'acquisition de connaissance et de leur diffusion, les conceptions actuelles de la fécondité et surtout, la négociation dans les stratégies de reproduction des couples.

Partant de l'hypothèse selon laquelle les faibles niveaux de pratique contraceptive relèvent de l'inacceptation sociale de ces précédés et d'une absence manifeste de stratégies reproductives des couples en milieu traditionnel, on peut s'interroger sur les rapports sociaux de prise de décision en matière de fécondité, et par conséquent, de recours à la contraception. Se pose aussi la question de la reconnaissance de la sexualité des jeunes qui fait qu'ils sont généralement écartés des possibilités de pratique de la contraception. Nous pensons qu'ils accèdent plus facilement à la contraception en dehors de leur milieu de socialisation.

En matière de politique de planification familiale, les premières campagnes se sont massivement intéressées aux femmes négligeant ainsi le rôle de l'environnement social, déterminant dans la conduite des individus en Afrique. A la fois les hommes et la connaissance des mœurs locales ont été négligés. Aujourd'hui, de plus en plus d'études montrent combien l'approbation de la pratique contraceptive des femmes est liée à l'acceptation de leur milieu. Ainsi, l'expression d'une volonté des femmes de vouloir de moins en moins d'enfants contraste avec les niveaux de prévalence contraceptive actuellement observés. En conséquence, la fécondité des femmes de l'Afrique subsaharienne rurale se situe encore à un niveau relativement élevé. Les mariages précoces, la haute fécondité et le bas niveau d'utilisation de la contraception sont des facteurs importants dans le maintien de cette forte fécondité. La question de l'accès à la contraception se pose encore avec plus d'acuité chez les jeunes de cette partie du monde. Si la fécondité précoce reste un gage de fertilité, la maternité prénuptiale est généralement mal accueillie. C'est en particulier dans les zones fortement islamisées où la sexualité n'est admise que dans le mariage que cette réprobation est totale. D'autres sociétés accordent une importance notoire à la virginité à tel point qu'elles adoptent des pratiques radicales comme l'infibulation. Cette pratique conduit à enfermer la sexualité et la personnalité de la jeune fille en elle-même⁵⁵. Dans ces conditions, il est difficile d'envisager le recours à la contraception des jeunes.

Au-delà de nos hypothèses de travail, cette étude a pour objet d'apporter une contribution à la connaissance des comportements des milieux traditionnels à l'égard de la contraception, moyen indispensable pour susciter une moindre demande d'enfants et par conséquent, une morbidité, une mortalité maternelle et infantile moins importante.

⁵⁵ Cette pratique, plus fréquente en Afrique, consiste à faire passer un anneau à travers les petites lèvres chez la femme ou à coudre partiellement celles-ci.

Cette étude constitue une étape supplémentaire dans notre analyse à visée explicative. Nous proposons de présenter ici les résultats issus de l'exploitation de l'enquête complémentaire qualitative. A l'issue de l'appréciation des réseaux que les migrants utilisent pour accéder à la contraception, nous essayerons de comprendre, à travers les relations qu'ils entretiennent avec leur milieu d'origine, les conditions possibles de diffusion de ces valeurs. Une attention particulière sera accordée aux problèmes que rencontrent les jeunes pour accéder à ces services. Ainsi, seront analysés les discours des jeunes en général, des adultes mariés en particulier, sur le recours à la contraception. Parce qu'elles occupent une place singulière dans la sphère décisionnelle de leur société, nous tenterons d'apprécier l'autonomie de décision des femmes dans la maîtrise de leur fécondité.

A. L'accès à la contraception par l'expérience urbaine

1 Réseaux urbains et accès à la contraception

La présence des jeunes en ville a été d'une grande importance dans leur connaissance de la contraception. Si les jeunes hommes affirment connaître la contraception du fait de la circulation de l'information en ville, la plupart des jeunes filles semblent accéder à cette connaissance grâce à leurs relations amoureuses. Les hommes ont eu plus de facilité à aborder le sujet. *« Généralement, entre jeunes, on ne se cache rien. On discute de tous les sujets sans aucun tabou »*. Ils reconnaissent entretenir des relations suivies avec leurs camarades restés au village *« Il faut aussi savoir qu'avec les moyens de transport les gens du village sont de plus en plus au courant de tout ce qui se passe dans les villes »*. Les jeunes migrants, lorsqu'ils sont de retour au village, transmettent indirectement leur connaissance à leurs confrères par leur changement d'attitude. Les réseaux de camaraderies semblent favoriser l'accès à la contraception de deux façons : en diffusant des informations et en influençant les comportements.

Lorsque que nous nous intéressons aux sources d'approvisionnement, ils nous affirment généralement qu'il existe des centres de planification familiale où ils peuvent se procurer gratuitement des condoms. Mais ils reconnaissent en cas de besoin, s'approvisionner la plupart du temps dans les marchés traditionnels. L'un d'entre eux ajoute à cet effet que *« Il y a des lieux où l'on peut les acheter, il faut les connaître. A Niakhar, dans certains bars, dans certaines boutiques mais aussi à l'occasion des marchés hebdomadaires. Elles sont*

vendues assez discrètement. Il est d'ailleurs plus aisé de nous en procurer dans les marchés car les centres de planification familiale sont réservés aux femmes ».

Quant aux jeunes filles, elles ont cherché à être discrètes tout le long des entretiens. Le refuge de ces dernières se résume en ces mots « *Nous connaissons le planning familial mais cela ne nous intéresse pas vraiment...puisque de toute façon nous ne sommes pas mariées* ». En ces termes se trouve exprimé toute la gêne qui entoure l'évocation du sujet. Si ce n'était pas un refus catégorique de discussion, certaines d'entre elles ont parfois été assez évasives dans leurs réponses. Toutefois, d'autres jeunes filles nous ont permis d'avoir des informations plus précises. Les filles affirment aussi connaître la contraception grâce aux relations d'amitié qu'elles tissent parfois avec de jeunes camarades citadines.

2 Jeunes, sexualité et approche du recours à la contraception au village

Si l'affirmation de l'impact de la ville dans l'accès à la contraception se perçoit dans ces déclarations, le recours à la pratique au niveau local semble poser des problèmes. Certes il est vrai que les jeunes disposent souvent de stratégies qui leurs permettent de passer outre les règles sociales, mais ce qui est intéressant de signaler reste l'inflexibilité des adultes pour les relations intimes pré-nuptiales. En effet, contrairement en ville où l'appréciation des grossesses des jeunes filles célibataires semble avoir beaucoup évolué (Diop, 1995), la réprobation des naissances hors mariage est encore de vigueur dans les villages. Ainsi, même si les jeunes reconnaissent avoir des ami(e)s, ils évitent tous de se trouver dans cette situation. La perception de la pratique contraceptive pré-nuptiale fait qu'il était très difficile d'avoir l'avis des jeunes filles, en particulier non migrantes, sur la question. Une des filles les plus disposées à répondre aux interrogations, tout en se réfugiant derrière le fait qu'elle n'est pas utilisatrice, nous a fait part de son avis en ces termes « *je ne connais pas personnellement de filles (non mariée) qui recourent à la contraception. De toute façon, elles sont rarement au village (plus souvent à Dakar) aussi, je pense que le médecin refusera de donner un contraceptif à une fille qui n'est pas mariée* ».

Les hommes sont apparus plus disposés à reconnaître avoir déjà utilisé la contraception. La plupart des filles non migrantes disent avoir pris connaissance de son existence à travers les services de santé implantés à Niakhar, à Toucar et à Ngayokhème. Mais la connaissance de la contraception des migrantes relèverait plutôt des relations amicales

qu'elles tissent que des services de planification des centres urbains. La volonté des filles de ne pas apparaître comme des dévergondées fait qu'elles ont été très discrètes dans leurs réponses. A travers leurs réponses, la contraception en milieu traditionnel semble n'être essentiellement envisageable que dans le mariage. Ce qui est compréhensible car, en Afrique, l'information des jeunes filles, des femmes célibataires ou des veuves sur les possibilités d'avoir une vie sexuelle sans risque est perçue par une bonne partie de la population comme un encouragement au libertinage sexuel et une diminution dangereuse du pouvoir de contrôle de l'homme et de la société sur la sexualité et la fonction de reproduction de la femme (NARE, 2000). Le regard de la société sur la population constitue donc un garde-fou identitaire contre l'impact des contacts de plus en plus nombreux et habituels des jeunes avec des valeurs extérieures.

Si l'évolution sociale d'une société se lit à travers les différentes générations, connaître les opinions sur la fécondité et la contraception ne peut être que riche d'enseignements. En conséquence, recueillir la vision actuelle de la fécondité, de la gestion des affaires familiales, et aussi des rapports de couples en la matière, permet de mieux rendre compte du comportement social en matière de reproduction. Ce comportement est déterminant dans le recours à la contraception.

B. La perception actuelle de la fécondité : quelles justifications ?

1 L'intérêt de saisir les perceptions actuelles

La littérature a longtemps mis en avant la valeur accordée à l'enfant pour justifier l'importance de la fécondité et le moindre recours à la contraception des sociétés de l'Afrique subsaharienne. Aujourd'hui, des études qualitatives de plus en plus fréquentes permettent de mettre en relation la fécondité actuelle des femmes et la descendance (nombre idéal d'enfants) qu'elles désireraient avoir pour en tirer une demande potentielle de contraception. Autrement dit, ces recherches conviendraient à l'appréciation des évolutions de perception de la fécondité. Le désir d'une taille de descendance, qu'elle soit forte ou faible, tient d'un éventail de raisons qu'il est important d'explorer avant toute conclusion hâtive d'une tendance favorable à une limitation des naissances. Les perceptions actuelles de la fécondité en milieu traditionnel Sereer penchent-elles vers un moindre intérêt pour les familles nombreuses ? C'est à cette interrogation que nous allons essayer d'apporter quelques éléments de réponses. La connaissance des motivations de fécondité des hommes et des femmes a fait état de

plusieurs considérations qui, tantôt favoriseraient un contrôle de la fécondité, tantôt renforceraient le besoin de fécondité.

2 Difficultés socio-économiques et santé maternelle : deux facteurs régulateurs

Les jeunes sont généralement unanimes sur l'idée d'une fécondité limitée. De leur avis, il est plus important d'avoir une petite famille et bien s'en occuper. L'idée générale se trouve résumée dans la déclaration de l'une des jeunes filles que nous avons interrogée « *je souhaite pouvoir entretenir convenablement mes enfants, leurs offrir autant que faire se peut tout ce qu'ils veulent. [...] Et je sais que ça sera très difficile de le faire si j'en ai dix. Certes, je suis jeune mais je peux vous affirmer que les temps sont durs* ». Une autre prolonge cette idée avec une certaine mise au point : « *Avoir beaucoup d'enfants n'est pas mauvais en soi, l'essentiel est de pouvoir s'en occuper. Avec les difficultés actuelles, j'ai peur que cela ne soit possible* ». Les jeunes conçoivent la famille en termes de qualité de vie et se soucient surtout de l'éducation future de leurs enfants. Ceci nous a été notifié par un des jeunes hommes que nous avons rencontrés à Dakar « *Je souhaite les mettre dans d'excellentes conditions pour qu'ils puissent préparer leur vie future assez facilement* ». La principale raison évoquée par les jeunes, reste donc les difficultés économiques qu'ils traversent. Surtout, ils pensent que mettre au monde un enfant engendre des responsabilités qu'il faudra assumer : « *[...] quand on choisit d'avoir des enfants, on fait le choix de bien les éduquer et en faisant ce choix, on fait aussi le choix de leur offrir toutes les possibilités d'avenir* ». Les jeunes semblent s'écarter du discours sur la fécondité généralement empreint de fatalisme. En effet, nous avons entendu de façon assez récurrente chez les plus âgés des expressions du type « *C'est Dieu qui détermine le nombre d'enfants* ».

Ces jeunes, étant encore célibataires, ne voient surtout que des restrictions d'ordre matériel pour justifier leur besoin d'une descendance limitée. Lorsque nous interrogeons les adultes mariés d'autres catégories de raisons apparaissent.

De même que les jeunes, les hommes mariés vivent cette conjoncture économique difficile. Ils affirment davantage le ressentir du fait de leur participation directe dans l'entretien d'une famille. Ils sont généralement les principaux soutiens familiaux. Les difficultés économiques actuelles ne semblent pourtant pas porter atteinte à leur désir d'enfants. S'ils affirment en vouloir beaucoup, ils pensent que la question de la fécondité

relève de la volonté divine. En soulevant les problèmes liés à l'entretien d'une famille nombreuse (besoins alimentaires, sanitaires et d'éducation), une des raisons traditionnelles de la justification d'une grande famille resurgit « *Dieu veille sur les individus qu'il fait venir au monde. Aussi, l'avenir est très aléatoire et pour quelqu'un qui a beaucoup d'enfants, il suffit que l'un d'entre eux réussisse pour que ses parents et ses frères soient à l'abris* ».

Un exemple de manifestation de cette cohésion sociale nous a été révélé par une femme lorsqu'elle déclare « [...] *l'un de mes enfants était très malade et puisque mon mari n'avait plus d'argent pour ses soins, je suis parti chez mon frère qui l'a amené à Kaolack et l'a fait soigner jusqu'à ce qu'il se rétablisse complètement* ». A travers ces propos, c'est le principe de solidarité qui refait surface. En Afrique, il est fréquent de voir un membre d'une famille prendre en charge aussi bien ses enfants, ses frères et parfois même ses neveux et ses nièces (Bangha, 1999). C'est une des manifestations naturelles de la solidarité familiale.

Un autre facteur, et surtout pas des moindres, motive les hommes à maximiser leur descendance. Il s'agit de l'incertitude dans la survie des enfants. Ce point est mis en exergue dans ces propos : « *il est...plus prudent d'avoir au moins six, sept voire dix enfants et espérer en garder quelques-uns jusqu'à l'âge adulte* ». La mortalité des enfants semble renforcer l'instinct pro-nataliste des hommes. Pour se prémunir d'un destin fatal, certains hommes chercheraient alors à avoir une descendance importante même si cela venait à excéder leur descendance désirée.

Quant aux femmes mariées, elles semblent plus favorables à un ajustement entre fécondité et ressources. L'une d'entre elles, interrogée à cet effet, a précisé : « *d'accord pour avoir beaucoup d'enfants, mais si les ressources nécessaires à leur habillement, à leur nourriture, à leurs frais scolaires et médicaux ne sont pas là, je n'en vois pas l'intérêt* ». D'autres enquêtées s'attachent à leur intégrité sanitaire pour motiver leur désir de maîtrise des naissances. Ainsi, des déclarations types contrebalançant le souhait de maximisation des descendance ont été notées. Une illustration de ce constat s'est traduite dans cette réaction : « *certaines femmes vont jusqu'à avoir dix à douze enfants, mais elles sont tellement épuisées qu'il arrive qu'elles ne soient plus là (car elles décèdent) pour profiter des soutiens que ceux ci pourraient leur apporter* ». Dans ce même ordre d'idées, il est perçu que « *les femmes fragiles prennent des risques en multipliant les naissances* ». Si les femmes souhaitent parfois

avoir une descendance importante, on s'aperçoit que ces désirs s'accompagnent souvent de raisons objectives. La santé maternelle constitue ici une raison de contrôler la fécondité.

Les femmes s'accordent avec les hommes pour reconnaître que la situation économique actuelle rend difficile la prise en charge d'une famille nombreuse. Mais, les risques de mortalité infantile semblent dissuader les hommes de réduire la taille de leur descendance. Toutefois, la santé maternelle est apparue comme un facteur régulateur, tout au moins pour les femmes, des intentions génésiques dans cette population. A travers ces observations contrastées, l'évocation du thème de la contraception devrait faire naître différentes attitudes.

C. Contraception : attitudes, optique de pratique contraceptive

1 Des motivations différentes de pratique selon le sexe

La connaissance de la contraception est un préalable à leur utilisation. Mais en Afrique traditionnelle, le passage de la connaissance à la pratique n'est pas évident même s'il existe des besoins. En milieu rural, une attitude sociale veut que chaque femme ait une descendance nombreuse. Pourtant, une conjoncture défavorable qui modifie les conduites sociales incite à se pencher sur ses différentes expressions pour rendre compte des changements de comportement. C'est la raison pour laquelle nous nous demandons comment cette société rurale perçoit aujourd'hui l'usage de la contraception ; si elle souhaite réguler ses naissances et si oui, les situations qui justifieraient un tel comportement.

Comme nous l'avons signalé, seuls les jeunes hommes avouent facilement avoir déjà utilisé ou utilisent assez souvent un moyen contraceptif. Il s'agit pour l'essentiel de condom dont l'objet est d'éviter des naissances pré-nuptiales. On constate une certaine cohérence dans leurs déclarations car leur acceptation de la contraception se justifie par le besoin d'offrir des conditions d'épanouissement à leur future progéniture. A cet effet, ils ne conçoivent une taille de famille importante que s'ils s'estiment capables de les prendre convenablement en charge. Cette réponse se note à la fois chez des migrants et des non migrants. Il existe cependant de rares jeunes qui cultivent encore la conception de la grande famille, et n'envisagent aucunement de recourir à la contraception. Il s'agit parfois de jeunes bien informés sur le

problème mais pour eux, les réseaux de solidarité familiale ne failliront jamais à l'assistance de l'un de leurs membres.

Certes, la réprobation sociale d'une sexualité préconjugale rebute les jeunes filles d'avouer toute utilisation de la contraception. La présence de l'enquêteur peut aussi jouer sur ce fait. Mais elles affirment aussi vouloir une taille de famille restreinte, et espèrent pouvoir recourir à la planification familiale. Le recours à la contraception avant le mariage semble être plus délicat. Ces jeunes filles nous font percevoir, à travers leurs témoignages, les obstacles liés à leur accès à la contraception. Au niveau local, les raisons de la non-utilisation de la contraception des jeunes filles pourraient donc se résumer à la peur d'être jugée négativement et à leur manque d'accès aux méthodes disponibles. Ajoutons aussi le fait que les services de PF ne soient réservés qu'aux femmes mariées.

Pour les hommes et les femmes mariés, le recours éventuel à la contraception revêt différents aspects. La plupart des hommes nous ont signalé leurs difficultés économiques actuelles, mais cela ne semble pas être un facteur déterminant dans leur utilisation de la contraception. Le seul fait fondamental qui les décide ou qui les déciderait à recourir ou à accepter l'usage de la contraception de leur épouse reste sanitaire. La santé maternelle apparaît alors comme un facteur fédérateur. En effet, tous les hommes s'accordent pour dire qu'une femme physiologiquement fragile qui ne peut supporter d'avoir beaucoup d'enfants peut contrôler ces naissances. Dans ces cas, l'usage de la planification des naissances ne peut être que bénéfique. Dans le même temps, ils s'interrogent sur la façon de concilier une pratique inacceptable d'après leurs croyances religieuses mais qui parfois est susceptible de préserver la santé génésique des femmes. La plupart des personnes que nous avons interrogées ne connaissent pas vraiment ce que dit précisément leur religion sur la contraception. Il s'agit pour la plupart du temps d'allégations fondées sur des oui-dire.

De cette conception religieuse de la fécondité s'ajoute la conception traditionnelle. Une des femmes interrogées en a fait allusion lorsqu'elle déclare que « *chez les Sereer on dit que c'est Dieu qui donne des enfants et il ne faut pas interférer dans le processus de production de la descendance par quelque moyen que ce soit* ». Ce renoncement à tout contrôle de la fécondité signifie que la femme doit, dès son entrée en union, assurer son rôle de reproduction. Une telle attitude ne peut que favoriser une forte fécondité. Mais pour les femmes à fécondité très rapprochée (n'*dodji* en serer ou *nef* en wolof), la planification des

naissances apparaît comme une solution. C'est un thème qui est apparu de façon récurrente dans les discussions (*n'dodji*). Il semble être une grande préoccupation des femmes. D'ailleurs, elles sont unanimes sur le fait que le recours aux méthodes contraceptives est nécessaire pour les femmes qui sont dans une telle situation. L'approbation du recours contraceptif dans de telles circonstances se justifie dans les propos rapportés par l'une des interviewées : « *les naissances très rapprochées épuisent et fragilisent la femme. C'est quelque chose que je ne souhaite pas vivre* ». De plus, il paraît que plus l'intervalle intergénéral est important, mieux les enfants se portent car les enfants nés dans de telles conditions sont très fragiles et tombent souvent malades. Pour d'autres femmes, ce ne sont pas que les grossesses trop rapprochées qui devraient pousser à l'utilisation de la contraception. Ces dernières préféreraient davantage augmenter les intervalles intergénéral car elles disent « *vouloir se reposer* ». Il existe une différence notable entre le désir de celles-ci et des femmes en situation de *nef*. Pour s'en convaincre une femme dans cette dernière situation avance « *j'aimerais bien pouvoir recourir au planning familial. Vous voyez, l'enfant qui est là-bas est mon fils, il vient juste d'avoir un an et je suis de nouveau enceinte* ». On voit qu'on est ici en situation de grossesses trop rapprochées. Cette précocité des grossesses semble aussi préoccuper quelques hommes. Un homme polygame, ayant épousé une très jeune fille, a vu celle-ci avoir trois enfants sur une période de temps assez courte. Il reconnaît « *qu'à ce rythme là, elle risque d'avoir des problèmes plus tard* ». Il a donc pris l'initiative d'aller voir l'infirmier pour qu'elle prenne un moyen de contraception.

Par ailleurs, le problème de la mortalité des enfants a resurgi dans les discussions sur la contraception. Les femmes qui perdent souvent leurs enfants ne s'imaginent pas recourir à la contraception. Il est évidemment très difficile de parler de contraception à une femme qui est dans cette situation.

Au vu de ces éléments, on peut dire que la contraception d'espacement est admise pour une meilleure santé maternelle aussi bien par les hommes que par les femmes. De ce fait, on est tenté de croire que la contraception d'arrêt ne peut être valorisée dans cette société rurale. L'évocation de la fécondité désirée et des moyens d'y parvenir nous ont permis de comprendre que certaines femmes désireraient mettre fin à leur vie reproductive. Elles pensent que les services de planification leur donne cette possibilité mais faut-il encore convaincre le mari.

Ainsi, pour mieux appréhender le comportement contraceptif il est important de répondre à certaines questions : *Existe-t-il des stratégies reproductives (ou de pratiques contraceptives) dans cette population ? S'agit-il d'une décision de couple, de l'homme ou de la femme ? Quelle place accorder aux structures familiales dans les décisions relatives à la fécondité et au recours à la contraception ?* Les réponses à ces questions vont certainement contribuer à notre démarche explicative de l'impact des rapports de pouvoir dans l'accès à la contraception.

2 Contraception dans le couple : qui décide ?

“ L'accès n'est pas seulement une question de distance du foyer ou de coûts des transports..., Nous devons nous interroger pour déterminer l'attitude du mari,... de la belle-mère,... des voisins, de la famille, de la ville, de la société au grand complet vis-à-vis de la femme qui utilise la contraception ”. Docteur Anibal Faundes

Appréhender le recours à la contraception dans le contexte africain et plus particulièrement en milieu rural, renforce la nécessité d'une telle démarche. A la question « qui décide du recours à la contraception ? », nous tentons de montrer que la décision ne relève pas d'une attitude individuelle ni parfois même d'un accord entre conjoints.

2.1 Des décisions fortement influencées par l'attitude du mari

Les résultats qualitatifs nous apportent les informations nécessaires à la compréhension de la prise de décision en matière de contraception. L'influence du mari est incontestable. L'essentiel des femmes n'envisage aucunement de recourir à la contraception sans l'accord de leur mari. A cet effet, plusieurs déclarations concordent « *avant tout, il faut déjà en parler avec son mari, auquel cas je ne pense pas qu'une femme ferait du planning* » ; « *Avant tout je lui en parle et s'il refuse tant pis* ». Et même en cas de désaccord l'avis de l'homme semble prépondérant « *[...] je n'aurai pas le choix s'il ne veut pas, c'est mon mari. Je ne peux passer outre sa volonté* ». On voit que si le partenaire n'accède pas à la volonté de son épouse, il est évident que cette dernière aura du mal à recourir à la contraception. Face aux problèmes déjà soulevés (besoin de repos, besoin d'espacer les naissances trop rapprochées etc.), les femmes se trouvent parfois confrontées à un dilemme. A savoir, recourir

à la contraception pour leur bien-être ou ajourner leur souhait pour respecter la volonté de leur conjoint.

La solution qui a été trouvée par certaines d'entre elles fut d'entamer une discussion en la matière, mais ces démarches sont restées pour la plupart du temps infructueuses. D'ailleurs, certaines femmes affirment connaître la réponse d'avance (un refus catégorique) et ne jugent pas nécessaire d'aborder la question. La majorité des hommes réclame ce pouvoir absolu, celui de décider du comportement de leur épouse. Pourtant, des hommes ont reconnu les méfaits des grossesses trop rapprochées. De plus, il semble qu'elles font l'objet d'une forte réprobation sociale. A la place des moyens modernes de planification des naissances, certains hommes préféreraient des moyens naturels ou traditionnels réputés plus sûrs pour y faire face. Se pose alors la question de la confiance dans les méthodes proposées dans les circuits sanitaires.

On pourrait alors penser que les seuls cas de pratique contraceptive concerneraient les femmes à fécondité rapprochée et les femmes à problèmes de santé. Il existe pourtant d'autres cas de pratique contraceptive, en l'occurrence celles faites à l'insu du mari. Des femmes se trouvent parfois obligées de fréquenter de leur propre chef les centres de planification familiale. Seulement, le risque encouru est grand car pouvant conduire, entre autres conséquences, au divorce. Cela est confirmé dans la déclaration suivante « *Certaines femmes pensent que de toute façon leur mari refusera et n'estimeront pas utile d'en discuter avec lui et décident de prendre leur propre initiative pour recourir à la PF malgré les risques (divorce par exemple) qu'elles encourent* ». Et celle-ci nous confirme qu'il en existe des cas comme cela « *Je suis à mon quatrième enfant. J'utilise cette fois la contraception mais mon mari n'est pas au courant. Je lui ai demandé et il a refusé. C'est seulement dans le but d'espacer un peu mes naissances* ». Cette femme est l'une des épouses d'un homme polygame qui pourtant a accepté que sa seconde femme, très jeune et déjà mère de 3 enfants, pratique la contraception. Celle-ci et celle qui a eu l'approbation de son mari ont été obligées de laisser leur carnet de visite au poste de santé. Pour quelles raisons ? Le mari ne veut pas que sa première femme sache que son co-épouse utilise la contraception, et la première épouse ne souhaite pas non plus que son mari sache qu'elle la pratique sans son approbation. Ces stratégies individuelles, bien cachées du conjoint, ont généralement dans les deux cas généralement pour but d'allonger un peu plus le délai entre les naissances. Nous avons pu recueillir ici des informations pouvant expliquer les cas de divergence observés dans le

rapprochement des déclarations des partenaires dans leur recours, à l'enquête, à la contraception. Nous sommes en présence d'un ménage polygame dans lequel nous avons interrogé des époux dont chacun ignore la pratique contraceptive de l'autre. La femme enquêtée la pratique à l'insu de son mari, et le mari la pratique avec une épouse non enquêtée à l'insu de son épouse enquêtée⁵⁶.

2.2 La pression de l'entourage est aussi importante

Comme l'a souligné Locoh (2002), les règles de résidence en milieu rural conditionnent au quotidien les contrôles des anciens sur les plus jeunes, les solidarités consenties ou obligées, l'autonomie des jeunes, notamment les jeunes couples vis-à-vis des anciens. Elles définissent aussi la cohabitation entre époux. C'est la raison pour laquelle nous essayons d'apprécier l'impact de l'entourage dans les décisions.

Leur influence est apparue assez mitigée. Si certaines femmes donnent une grande importance à l'attitude de leurs beaux-parents⁵⁷, au regard des proches ou de la société en général, d'autres se disent plus préoccupées par l'avis de leur mari. *« Si j'en ai vraiment besoin et que mon mari accepte que je le fasse, aucune autre personne ne pourra m'en empêcher »*, précise une femme. Il va s'en dire qu'il serait préférable dans ces conditions que ces décisions restent à la discrétion des conjoints. Cela dit, comme nous le fait remarquer cette femme *« il faut savoir qu'une femme est sensée avoir un enfant à peu près tous les deux, trois ans. Passé ce délai, les suspicions vont aller bon train. Soit, ils penseront que vous êtes malade ou que vous faites du planning. On ne pourra pas continuellement vivre sous le regard suspicieux des autres. A commencer par mes beaux-parents qui vont penser tout de suite que peut être j'ai des problèmes de santé »*. Bien que la plupart des hommes et des femmes ait jugé utile d'observer un repos de 3 à 4 ans entre les naissances, il faut savoir que la logique sociale est tout autre. Par conséquent, il sera difficile d'échapper aux remarques des proches et de l'entourage. On peut toutefois se demander si cela a un impact véritable sur l'attitude consensuelle des conjoints. Dans un cas pareil la famille ou les beaux-parents font

⁵⁶ Nous avons bien sélectionné les couples interrogés à partir du fichier ICOFEC. Les conjoints polygames interviewés ici font partie de l'échantillon. Les mises au point que j'effectue avec l'enquêtrice après chaque entretien m'ont permis de constater que l'épouse interrogée utilisait la contraception, mais son mari l'ignorait. Celle-ci avait d'ailleurs souligné lors de son entrevue avec l'enquêtrice. L'époux m'a affirmé que cette femme lui avait demandé de le faire mais il avait refusé. Il a par ailleurs accepté à ce que sa seconde épouse le fasse en lui suggérant de garder le secret.

⁵⁷ Il faut savoir que la majorité des femmes vivent avec leurs beaux-parents dans la concession familiale.

pression sur leur fils (le mari). Or, on l'a vu, l'épouse reconnaît et accepte l'autorité de celui-ci « *L'avis de mon mari compte beaucoup. Toutefois, si son père venait à l'apprendre et qu'il me demande d'arrêter, par respect, je le ferai.* ». La question est donc de savoir comment ce dernier réagirait devant la désapprobation de ses parents ? La solution envisagée est de faire en sorte que ces démarches restent discrètes car il leur sera difficile moralement de s'opposer aux adultes. Il semble donc exister un pouvoir de décision du mari sur son épouse mais aussi des beaux-parents sur le couple.

Le souci premier de la belle-famille est que leur belle fille prouve sa fécondité. Si la femme a déjà atteint une parité assez importante et le groupe se rassure de la survie de sa lignée, on peut s'attendre à ce que le recours à la planification familiale soit plus acceptable.

L'information fondamentale qui expliquerait l'attitude générale des couples à l'égard de la PF réside dans l'absence de discussion. Etant donné que dans cette société l'avis de l'homme doit toujours primer sur celui de sa femme, on peut penser que l'établissement d'échanges peut ne pas produire les résultats escomptés. Cela semble probable car, les hommes, tout en affirmant être favorables à ces discussions, estiment que la décision finale devrait toujours leur revenir.

Ces constats renforcent l'idée d'intéresser davantage les hommes mais aussi la communauté dans son ensemble dans les stratégies de développement de la planification familiale en milieu traditionnel. Les programmes actuels s'adressent essentiellement aux femmes qu'il s'agisse d'information, de conseils ou de soins. Or, la majorité des femmes qui sont susceptibles de s'intéresser à la pratique de la contraception est influencée par l'attitude de leur mari, de leur entourage mais aussi de leur milieu.

Vue d'ensemble

Si l'expérience urbaine contribue à la diffusion de nouvelles conceptions en matière de fécondité et de contraception, la mise en œuvre de ces valeurs rencontre encore des obstacles sociaux et culturels considérables. Toutefois, plusieurs informations émanent de cette étude. La présence des jeunes dans les centres urbains favorise leur accès à l'information sur la contraception. Cette connaissance les pousse à adopter une vision d'ensemble de la vie génésique moins centrée sur la maximisation de leur descendance. Les difficultés

économiques aidant, ils mettent généralement en avant la nécessité d'avoir une famille en fonction des ressources qu'ils disposeront. Cette conception de la famille tient des perspectives d'avenir pour leur future progéniture. Les discussions que les jeunes migrants entretiennent avec leurs camarades restés au village semblent favoriser une diffusion intra-générationnelle des valeurs nouvelles. Même s'il existe des non migrants qui approuvent la nécessité d'avoir une descendance restreinte, une part non négligeable d'entre eux campent sur les positions du milieu. L'intérêt de ces échanges entre jeunes est qu'il a, au moins, permis la diffusion de la connaissance de la contraception et suscité des questionnements sur l'opportunité d'avoir ou non une grande famille.

Dans le couple, la question se pose différemment. Les hommes adultes mariés restent généralement pro-natalistes. Certains soulignent les difficultés économiques qu'ils traversent et voient en la planification des naissances un moyen d'équilibre. Par contre, d'autres restent favorables à une forte fécondité. De ces deux positions, le recours aux moyens contraceptifs a été diversement apprécié. Le discours dominant chez les partisans du maintien d'une haute fécondité reste purement fataliste. Ainsi, ils se réfèrent à la religion pour rejeter tout message anticonceptionnel. Pour les autres, en particulier les hommes mariés favorables au recours à la contraception, leurs principales motivations restent économiques. La recherche de bras supplémentaires pour les travaux agricoles n'est plus le leitmotiv de la maximisation de la descendance. La situation pluviométrique défavorable permet d'avancer cette hypothèse. Toutefois, on peut se demander si la multiplication d'activités rémunératrices parallèles ne pouvait pas constituer un nouveau champ d'affirmation du besoin d'enfants.

Si quelques hommes disent être favorables au recours à la contraception de leur épouse, il faut toutefois que celle-ci ait auparavant leur accord. Mais les femmes qui veulent recourir à la contraception semblent être sûres de l'hostilité de leur mari. En conséquence, elles croient inutile d'évoquer le sujet. Cette attitude contribue plus à la non-utilisation qu'à l'utilisation de la contraception. Certes, elle favorise la pratique cachée mais ce comportement reste marginal du fait des risques encourus (le divorce en particulier).

Par ailleurs, il faut reconnaître que les obstacles environnementaux (attitudes de l'entourage) sont encore importants. L'attitude de l'entourage ou plus globalement de la sociabilité régit encore le comportement des individus. Les jeunes célibataires se trouvent écartés de l'éventualité d'un recours à la contraception car la société reste opposée à une

sexualité pré-maritale. Surtout, l'idéologie dominante condamne toute utilisation de procédés contraceptifs. Néanmoins, les analyses faites précédemment ont montré que les individus reconnaissent des avantages à l'usage de la contraception. Les femmes physiologiquement fragiles qui ne supportent pas de grossesses répétées et celles ayant des problèmes de *ndodji* devraient pouvoir recourir à la contraception. Cependant, la situation serait plus complexe pour celles qui n'ont pas ces problèmes et qui souhaitent mener une vie féconde planifiée.

En conclusion, on peut dire que l'expérience urbaine permet aux jeunes d'accéder à l'information sur la contraception. Mais l'accès aux méthodes semble difficile pour eux du fait à la fois d'une offre très limitée et de la désapprobation de la communauté d'une sexualité prémaritale. Mais du fait de la rationalité qu'ils affichent nous pouvons penser comme inévitable la transition future vers un comportement plus favorable à la maîtrise de la fécondité. Dans les couples, l'absence de pouvoir décisionnel de la femme se confirme. Les hommes décident de l'orientation qu'ils veulent donner à la constitution de leur descendance. Mais plus que tout, l'acceptation sociale de la contraception dans les milieux ruraux semble peser sur les attitudes individuelles à l'égard de la contraception.

A présent, tentons de procéder à la discussion de nos résultats pour pouvoir y tirer quelques conclusions et recommandations.

Chapitre VI. - Limites des données et discussion

Dans cette partie, sont analysées les principales questions que se pose cette recherche : Comment comprendre l'état actuel de la diffusion de la contraception dans la zone d'étude au regard de nos objectifs de recherche ? La première section nous permettra d'évoquer les limites et intérêts de nos résultats. La question des biais inhérents aux types d'enquêtes que nous avons utilisées et la qualité de nos résultats seront abordées. Dans la seconde section où nous proposons une synthèse des résultats, nous nous intéresserons à leur interprétation dans le but de répondre à plusieurs questions : L'affaiblissement du contrôle social chez les migrant(e)s favorise-t-elle l'accès à l'information et aux méthodes ? Comment apprécier la diffusion du phénomène par migrant(e)s interposé(e)s ? L'analyse de l'accès à la contraception au village (milieu de socialisation) confirme-t-elle l'impact de la contrainte du milieu ? Les rapports de pouvoir pèsent-ils dans l'accès aux méthodes ?

A travers la mise en relation des résultats des différentes enquêtes, nous tenterons d'apporter les réponses qui permettront de mieux comprendre les facteurs liés au niveau de recours actuel à la contraception dans cette zone rurale.

I. - Qualité des données

A. Qualité et limites des données de l'enquête quantitative

Le laboratoire « Population et Santé » de l'IRD-Hann Maristes de Dakar dispose d'une équipe dynamique d'enquêteurs et d'enquêtrices. Cette équipe de collecteurs d'informations socio-démographiques dispose d'une grande expérience en la matière. De plus, c'est un groupe d'individus qui connaît bien la zone d'étude car la quasi-totalité des agents de collecte y réside. Ils ont aussi été formés aux techniques de base de recueil d'information sur questionnaire. Pour l'enquête ICOFEC, ils ont reçu une formation qui leur permettait de distinguer les différentes méthodes contraceptives et de connaître les lieux de distribution (avec le Docteur Aldiouma Diallo, chercheur à l'IRD). Surtout, l'accent a été mis sur le contact avec l'enquêté(e) qui peut être déterminant dans la qualité des informations rassemblées. L'enquêteur devait insister sur le caractère privé et la confidentialité de l'enquête

et aussi observer une certaine neutralité tout au long de son déroulement. Son travail est contrôlé sur le terrain par un superviseur. Ce travail de collecte est aussi noté et apprécié à chaque sortie d'observation par ce superviseur et par les chercheurs de l'équipe de recherche.

L'organisation du travail de terrain offrait aussi une certaine garantie de qualité dans les informations recueillies. Pour chaque individu, un listing a été imprimé, comprenant son identification (adresse, nom, lien de parenté dans la concession) et les événements grâce à la base de données : les migrations, les changements d'état matrimonial, les grossesses et naissances, les décès d'enfants. La fiche "AGEVEN" des questionnaires a servi de base à l'enquêteur pour compléter les histoires migratoires, génésiques et matrimoniales des individus. Après avoir complété ce listing, l'enquêteur pouvait alors remplir le questionnaire. La mise à disposition aux enquêteurs des calendriers historiques, des fêtes musulmanes, chrétiennes, civiles et saisonnières les aidait dans leur tâche de datation des événements. Nous pouvons donc considérer que les conditions de collecte des données quantitatives étaient relativement bonnes.

Malgré toutes ces précautions, nous pensons que des risques d'erreurs et de biais pouvaient demeurer, notamment pour le volet qui nous intéresse, la contraception, dont les questions portent sur la vie intime des enquêtés. Le biais lié à la présence de l'enquêteur dans la sûreté des informations recueillies au sujet de la contraception peuvent toujours exister⁵⁸. Bien entendu l'ampleur de ce biais est probablement moins importante sur l'information et la connaissance des méthodes dont la révélation engage moins l'individu. Son impact va surtout porter sur les déclarations de pratique de la contraception, en particulier chez les plus jeunes. L'inacceptation sociale de la sexualité pré-nuptiale peut les empêcher de déclarer leur pratique contraceptive. Il en est de même des femmes mariées lorsqu'elles pratiquent la contraception à l'insu de leur mari. L'exactitude de la mesure est donc dépendante de la stratégie mise en œuvre par l'enquêteur pour mieux appréhender son travail de collecte, mais aussi de la volonté de l'enquêté(e) à fournir des informations exactes.

Par ailleurs, l'étude des désirs de fécondité reste extrêmement utile si nous voulons prendre connaissance de l'existence ou non d'une demande de contraception d'une population

⁵⁸ Charbit (1980) a souligné que la gêne liée au sujet de la contraception peut conduire un certain nombre d'enquêtés à évacuer la question en se réfugiant dans une prétendue ignorance in « transition démographique et modernisation en Guadeloupe et en Martinique » p. 110.

Disposer de cette information nous a permis de situer les individus voire les couples qui expriment un besoin de contraception non satisfait quelles que soient les raisons. Il est donc nécessaire pour nous de disposer de données fiables et pertinentes en vue d'une généralisation à l'ensemble de la population étudiée. Nous l'avons constaté, les femmes (59%) et, surtout, les hommes (70,6%) interrogés ont donné des réponses non numériques pour leur fécondité supplémentaire désirée. L'importance des réponses du type « *Autant que Dieu voudra* » dans ces populations peut remettre en cause la pertinence de ce type de question. Dans ce cas, il est logique de *se demander dans quelle mesure nous pouvons généraliser les résultats sur le désir supplémentaire d'enfant et la taille de famille supposée idéale calculée à partir des seules données chiffrées ?* De même, il est utile de souligner le problème du passage des déclarations à la pratique. *Quelle valeur prédictive faut-il accorder à ces attitudes ?* Tout est question d'hypothèses et de valeur d'indicateur que nous ne manquerons pas de préciser dans la discussion des résultats qui va suivre.

Il nous semble aussi important de relever les problèmes posés par les informations recueillies dans les enquêtes complémentaires.

B. Qualité et limites des données des enquêtes complémentaires

En matière d'enquête, l'un des premiers soucis du démographe est la représentativité. Notre tentative d'analyse qualitative a été motivée par un souci de compréhension. Avant cette enquête, nous avons déjà estimé le niveau général de connaissance et de pratique de la contraception. De même, les différences de niveaux de connaissance et de pratique de la contraception entre migrants et non migrants ont été mesurées. Face à la faible utilisation des méthodes et un niveau de sensibilisation et de pratique relativement plus importants des migrants, il nous paraissait nécessaire de nous interroger sur les facteurs sous-jacents à ces résultats. Ainsi, à partir d'un choix raisonné des personnes à interroger, nous nous sommes munis d'un canevas d'entretien pour approfondir différents thèmes relatifs à notre recherche. Successivement, les réponses de nos interlocuteurs et interlocutrices ont généré de nouvelles questions pour approfondir le thème ou la situation analysée. Le moins que l'on puisse dire est que cette démarche contribue à une meilleure compréhension des facteurs et des obstacles liés à la diffusion de la contraception dans cette zone. Notre objectif ici était surtout de comprendre pour mieux expliquer.

Cela ne nous a cependant pas conduit à négliger certaines précautions. Dans l'enquête sur les prises de décisions des couples, nous avons cherché à minimiser autant que faire se peut les éventuelles sources de biais. Outre la présence de l'enquêteur, la présence du mari pouvait peser sur la nature des réponses recueillies. Nous pouvions donc courir le risque de n'analyser que des réponses consensuelles. Ainsi, nous avons interrogé séparément les conjoints grâce à l'aide d'une enquêtrice.

Le premier constat dans l'enquête sur l'offre de planification familiale réside dans la population concernée : les consultantes des centres de planification familiale. Elles ne sont pas représentatives de la population rurale sénégalaise. Cependant l'exhaustivité des données recueillies atteste de la qualité pour la population étudiée. Par ailleurs, la faible fréquentation des postes de la zone doit aussi être relativisée, notamment par le fait que les données des centres périphériques de notre terrain d'étude n'ont pas été recueillies (problèmes matériels). Il est possible que certaines femmes, par soucis de confidentialité ou de discrétion préfèrent se rendre dans le centre le plus éloigné possible de leur domicile. Cette éventualité peut expliquer la fréquentation relativement faible de l'unique centre de notre terrain d'étude.

Après avoir émis ces quelques réserves, nous pouvons nous poser plusieurs questions. D'abord à propos des résultats quantitatifs : *est-ce que le niveau de connaissance et, surtout, d'utilisation de la contraception, estimé dans cette étude est le reflet du niveau de sensibilisation et de prévalence contraceptive dans cette population ?* Même si l'on ne peut écarter le risque d'une sous-estimation de la mesure, le parcours de la littérature disponible sur le sujet confirme le faible accès à la contraception des populations rurales. Ainsi, il nous revient de nous demander : *comment interpréter ces résultats au vu de l'ensemble des informations collectées ?* Plus particulièrement, il nous appartient d'articuler les éléments de réponses en liaison avec nos objectifs et hypothèses de travail. D'abord, *peut-on dire que l'absence de contraintes sociales favorise des répercussions positives sur l'accès de la contraception de populations rurales ?* Pour l'analyse de l'influence de la contrainte du milieu, nous mettrons l'accent d'une part, sur les difficultés des jeunes et d'autre part, sur l'absence d'autonomie des femmes dans l'accès aux méthodes. Il reste cependant utile de rappeler auparavant les principaux résultats.

II. – Analyse des principaux résultats

A. Synthèse des résultats

A l'issue de la seconde partie, nous sommes en mesure d'apprécier l'état de la diffusion actuelle de la contraception dans la zone de Niakhar. Les principaux résultats sont présentés au [tableau 6.1](#).

Puisque la sensibilisation précède l'utilisation, la connaissance de la contraception dans le milieu a d'abord été appréciée. Qualitativement, le niveau de sensibilisation de la population n'est pas également réparti. Seulement 46% des hommes et 23% des femmes citent de manière spontanée une méthode de contraception. Ces proportions tombent à 33% et 17% lorsqu'il s'agit uniquement des méthodes modernes. L'information sur le condom atteint surtout les populations jeunes, scolarisées et ayant une expérience urbaine. Au village, on décèle un processus d'interaction sociale par le fait que l'information soit meilleure dans les villages animés d'activités économiques et auprès des individus engagés dans une activité commerciale. L'information sur la contraception tend à se diversifier et contourne les processus traditionnels de la transmission du savoir.

Néanmoins, la pratique de la contraception reste très faible : 16% des hommes et 4% des femmes ont déjà utilisé une méthode. L'expérience contraceptive passée est plus marquée chez les hommes (13,4%) que chez les femmes (4,4%). La prévalence contraceptive des femmes est de 1,9% toutes méthodes confondues et de 1,5% pour les méthodes modernes. Si l'on se réfère à la pratique actuelle de la contraception des femmes âgées de 15 à 49 ans, la prévalence de la zone d'étude se situerait à 2,1% toutes méthodes confondues. Cette pratique est surtout plus axée sur les méthodes modernes (1,8%) que sur les méthodes naturelles (0,2%) ou traditionnelles (0,2%). Le niveau de prévalence contraceptive des femmes mariées de 15-49 ans n'atteint que 1,6%⁵⁹. Toutefois, il est fort prévisible que ces niveaux de prévalence soient sous estimés pour deux raisons : d'une part, du fait de la sous déclaration

⁵⁹ Prévalence contraceptive moderne des femmes rurales mariées (méthode moderne), Sénégal EDS III 1997 : 2,3%.

liée à la pratique cachée et d'autre part, de la discrétion qui entoure le sujet. Aussi, il est probable que toutes les femmes qui utilisent une méthode traditionnelle ne la déclarent.

Les effectifs très faibles en œuvre ne nous ont pas permis d'identifier les caractéristiques les plus marquantes des personnes qui utilisent la contraception au moyen d'une régression logistique. Proportionnellement, les migrants affichent une utilisation plus importante des méthodes. Bien entendu la scolarité a aussi été d'un impact très décisif. Mais comment expliquer la connaissance et une certaine expérience de la contraception chez des hommes et des femmes (notamment jeunes) qui, pour la plupart, n'ont eu qu'une scolarisation éphémère ? C'est la raison pour laquelle nous pensons que l'expérience urbaine, par son aspect sélectif, contribue aussi à l'accès à la contraception.

La faiblesse de la prévalence contraceptive nous a conduit à l'analyse des comportements reproductifs, et surtout à s'interroger sur l'existence ou non d'une demande de contraception. De nouvelles aspirations en matière de fécondité se dégagent des nouvelles générations qui, à travers l'estimation de leur fécondité idéale, confirment leur désir de faible fécondité. La fécondité désirée moyenne des femmes s'établit à 4,4 enfants à moins de 20 ans et celle des hommes à 6,1 à moins de 30 ans. Pour chaque sexe la taille de famille souhaitée augmente avec l'âge. A âge équivalent, les femmes souhaitent moins d'enfants que les hommes. De toute évidence, cette constatation annonce déjà les différentes positions en matière de négociation dans le couple. En toute logique, les femmes ont affiché une plus grande demande de contraception que les hommes. Si seulement 2,3% des hommes de 20-69 ans ne désirent plus d'enfants, la proportion de femmes ne voulant plus d'enfants s'établit à 25,2% à 15-49 ans. Parmi ces femmes, seulement 2,5% utilisent une méthode moderne de contraception contre 6,4% pour les hommes. Si la propension à recourir à la contraception apparaît plus élevée lorsque l'homme ne souhaite plus procréer, on constate la difficulté des femmes à pratiquer la contraception malgré leur désir. Ici encore, les attitudes et les rapports de pouvoir se confirment dans les comportements.

En même temps qu'elles confirment les divergences d'optiques reproductives, les différentes valeurs estimées de l'accord des conjoints sur le désir de fécondité apporte une information complémentaire dans la compréhension du faible recours à la contraception. La concordance des souhaits sur la fécondité totale est extrêmement faible. Par contre, celle sur le désir supplémentaire d'enfants est relativement plus important, en particulier lorsqu'il

s'agit de mettre un terme à la fécondité. Mais c'est surtout la proportion des conjoints dont les intentions convergent pour une descendance non contrôlée ou jugée comme telle (autant que Dieu voudra), qui semble expliquer la faible prévalence contraceptive. Ce constat rejoint, chez les femmes, l'attitude de celles qui conçoivent naturellement leur rôle de génitrice. Cela nous fait dire que le désir d'une forte fécondité n'est pas unilatéral.

La faible utilisation s'apprécie aussi au regard de la connaissance et de la pratique passée de la contraception des conjoints. Seulement 3 couples sur dix affirment connaître une méthode moderne ou traditionnelle et à peine 1 sur dix une méthode naturelle. Moins d'un couple sur 10 a déjà utilisé une méthode moderne, naturelle ou traditionnelle. Le rapprochement des déclarations de pratique contraceptives des conjoints fait apparaître une grande discordance. Seul un couple déclare conjointement utiliser une méthode moderne.

Notons que les femmes qui utilisent la contraception déclarent recourir principalement à des méthodes modernes et les hommes, des méthodes traditionnelles. Ce constat semble assez fréquent au Sénégal (Gaye, 1997). Dans ces conditions, on ne peut écarter l'idée d'une pratique à l'insu du mari. C'est quelque chose de fort probable si la volonté des femmes qui ne désirent plus d'enfants peut conduire à ce genre de comportement.

En somme, l'analyse « couple » nous a permis de constater que l'avis des conjoints sur la fécondité totale désirée affecte également la pratique de la planification familiale. C'est la raison pour laquelle nous pensons que l'importance des discordances constatées des conjoints tant dans leur désir supplémentaire d'enfants que dans leur taille de famille souhaitée est assez explicite de la faible utilisation de la contraception. Il s'avère qu'en cas d'accord, le couple paraît plus enclin à utiliser la contraception. Par contre, en cas de désaccord la pratique devient moins fréquente. Mais nous avons noté sur ce dernier point que, à la différence de la femme, lorsque l'homme déclare vouloir moins d'enfants, le recours à la contraception est plus important. Ceci ne constitue-t-il pas un fait révélateur ? A savoir, l'attitude du mari comme facteur prédictif du comportement reproductif du couple en milieu traditionnel.

Nous avons comparé, à partir de certaines caractéristiques, les proportions des individus qui nous semblent plus disposés à pratiquer la contraception. Cette analyse étant faite dans l'union, nous avons retenu les variables les plus pertinentes utilisées dans l'étude

des déterminants de la pratique contraceptive en général, en milieu rural en particulier : le nombre d'enfants nés vivants, la durée écoulée depuis le mariage, le placement des enfants et le désir d'enfants. Dans l'union, l'utilisation à l'enquête de la contraception paraît être corrélée avec le nombre d'enfants nés vivants, le désir d'avoir des enfants, la durée écoulée depuis l'entrée en mariage mais aussi avec le placement des enfants. Sur ce dernier point, une nuance doit être apportée sur l'hypothèse selon laquelle les femmes qui placent leurs enfants pratiqueraient moins la contraception. Dans cette étude, celles qui confient sont non seulement celles qui utilisent le plus les méthodes, mais aussi celles qui ont plus d'enfants. Le poids des maternités peut donc en être l'explication. La durée écoulée depuis l'entrée en union ne semble avoir d'impact que chez celles qui se sont mariées avant 20 ans.

Le besoin de compréhension du faible niveau de prévalence contraceptive nous a aussi orienté vers l'étude de l'offre de services dans la zone. Les activités de planification familiale devraient occuper une place de choix dans la diffusion de la contraception. A ce propos, la connaissance des niveaux de fréquentation des postes ruraux de planification familiale constitue un bon indicateur de l'attitude de la population à l'égard de la pratique contraceptive. C'est la raison pour laquelle nous avons d'abord tenté d'évaluer la qualité des services et leur capacité fonctionnelle ensuite, mesurer l'attrait de la population sur ces services et enfin, de caractériser les consultantes en planification familiale.

L'analyse des données a montré une timide fréquentation des centres, en particulier dans la zone d'étude de Niakhar. En moyenne, le nombre de nouvelles consultantes depuis la mise en place du dispositif ne dépasse pas 60 à Niakhar et ne s'établit qu'à 30 au poste de Toucar. Pour un centre qui drainerait une population de près de 6000 femmes en âge de procréer, ce chiffre apparaît plus que faible⁶⁰. Surtout, nous avons pu nous rendre compte de la faible régularité des consultantes. Pratiquement la moitié des clientes ne reviennent pas pour une nouvelle visite l'année de leur première consultation dans les deux centres. Les clientes qui sollicitent ces postes de PF ont généralement entre 20 et 39 ans, mariées pour l'essentiel et en pleine vie féconde (4 enfants en moyenne par femme). L'analphabétisme étant très important dans la population, les femmes sans instruction sont apparues plus nombreuses parmi les clientes. En matière de sensibilisation, la communication

⁶⁰ Nous précisons que c'est le seul centre de la zone qui fonctionne à plein temps. Nous l'avons souligné, le poste de Ngayokhème est souvent fermé par manque de personnel compétent. Aussi, il est utile de souligner que les femmes de la zone d'étude sont susceptibles de fréquenter les postes de Niakhar et Diarère qui sont hors de la zone.

interpersonnelle, et dans une moindre mesure, l'activité des agents de santé favorisent l'information sur l'existence des services d'offre de contraception. Signalons que les jeunes célibataires sont quasiment absents dans ces services.

Parmi les facteurs qui freinent la fréquentation des centres, on peut souligner le manque de moyens des services, l'insuffisance des activités IEC, l'hostilité des maris et l'attitude de l'entourage. Mais tout cela devait être vérifié dans le cadre d'une approche plus globale voire approfondie. Ce fut l'objet de l'analyse des résultats de l'enquête qualitative d'approfondissement.

L'étude qualitative confirme que l'expérience urbaine favorise l'accès à l'information et ouvre des réseaux d'accès aux méthodes. L'actualité du phénomène, la vente libre des produits dans les marchés urbains et les relations amoureuses sont les principaux vecteurs. Ces expériences de vie concernent généralement les pairs migrants, et la diffusion semble se faire à travers les échanges intra-générationnels lors des séjours au village. Parmi les jeunes les plus entreprenants, ceux qui n'ont jamais migré profitent aussi des activités de sensibilisation pour accéder à l'information. Nous pensons que c'est cette redistribution de l'information qui empêche d'observer l'effet pur de la migration. Mais la condamnation générale des relations pré-nuptiales dans leur milieu de socialisation constitue pour eux un obstacle à l'accès à la contraception.

Cette étude nous a apporté quelques éléments d'explications de la faible utilisation des méthodes. Les difficultés socio-économiques sont réelles pour tous. C'est d'ailleurs ce qui pousse les jeunes à privilégier l'avenir de leurs futurs enfants en déclarant vouloir un nombre limité. Par contre, l'attitude des hommes adultes semble plus mitigée à cet égard. Pour eux, prendre en charge une famille n'est pas en soi une difficulté puisque les gens s'épaulent mutuellement dans leur société. Seulement quelques hommes s'appuient sur les difficultés socio-économiques pour revoir à la baisse leur « idéale » de fécondité. Ce sont surtout les optiques reproductives de la communauté en général, des hommes en particulier, qui semblent expliquer le faible recours dans le mariage à la contraception. Si les femmes notent la fatigue et le risque maternel et infantile pour motiver leur besoin de contraception, la plupart des hommes semblent hostiles à cette pratique. Le recours à la planification des naissances va donc combiner deux facteurs : un risque sanitaire (pour les non-utilisatrices inactives) et un

risque social (pour les utilisatrices réactives)⁶¹. Mais l'essentiel des déclarations converge vers l'idée selon laquelle la stratégie de reproduction relève de l'unique initiative masculine. Les hommes affirment leur pouvoir de décision et le revendiquent. Les femmes semblent leur reconnaître cette prérogative et n'envisageraient aucunement de recourir à la contraception sans leur approbation. L'entourage familial (les beaux-parents en particulier) dispose aussi d'une certaine autorité sur le couple. C'est dire combien la décision de recourir à la contraception apparaît complexe dans cette société. Les femmes étant défavorisées dans ces rapports de pouvoir se trouvent obligées de respecter les choix des maris, si elles ne décident pas de leur propre chef de pratiquer la contraception.

⁶¹ Nous désignons par *non-utilisatrices inactives* les femmes qui doivent et qui désirent recourir à la PF mais ne le font pas à cause du refus de leur mari (ou d'une tierce personne influente). Ces femmes ont généralement des naissances assez rapprochées, d'où le risque sanitaire souligné.

On regroupe dans les *utilisatrices réactives* les femmes qui recourent à la contraception en développant des stratégies spécifiques pour affronter la volonté de leur mari (ou de leur entourage). Le principal risque encouru est le divorce.

TABLEAU 6. 1 : Tableau synoptique des principaux résultats

	Homme	Femme
► Caractéristiques des enquêtés		
Age moyen	35,6	32,0
Proportion de non scolarisé(e)s	53,4	67,0
Age moyen au premier mariage	25,8	17,7
► Sensibilisation à la contraception		
<i>a entendu parler (%)</i>		
Méthode moderne	76,7	64,5
- migrant(e)s	80,1	68,1
- non migrant(e)s	70,5	57,5
N'importe quelle méthode	83,1	70,0
<i>Connaît au moins une méthode</i>		
Méthode moderne	32,5	17,3
- migrant(e)s	34,8	18,2
- non migrant(e)s	28,1	15,6
N'importe quelle méthode	46,4	22,6
► Utilisation de la contraception		
<i>A déjà utilisé au moins une méthode (%)</i>		
Méthode moderne	13,4	3,3
- migrant(e)s	13,6	4,1
- non migrant(e)s	13,2	1,7
N'importe quelle méthode	16,3	4,3
<i>Utilise actuellement au moins une méthode ^a (%)</i>		
Méthode moderne	1,7	1,5
- migrant(e)s	1,8	1,7
- non migrant(e)s	1,4	1,1
N'importe quelle méthode	3,3	2,1
► Fécondité et préférences		
<i>Nombre moyen d'enfants nés vivants</i>		
Célibataire	0,0	0,1
Marié monogame	4,6	4,1
Marié polygame	10,7	5,9
Divorcé (e), veuf (ve)	3,6	3,5
<i>Désir d'enfants supplémentaires à l'enquête dans l'union</i>		
Ne désire plus d'enfants	7,9	28,5
En désire d'autres	86,4	67,0
Indécis	5,7	4,5
<i>Fécondité idéale</i>		
H 20-29 F 15-29	6,0	5,2
30-39	9,5	7,3
40-49	11,2	8,0
50 et plus	12,5	7,9
	Couples monogames	Couples polygames
► Concordance des désirs de fécondité dans l'union		
<i>Tous les couples sur le désir supplémentaire d'enfants (%)</i>		
Ne veulent plus d'enfants	6,9	12,4
En veulent un nombre spécifique	5,6	2,3
En veulent autant que possible	43,0	34,6
Indécis	0,3	0,0

B. Discussion

1 L'analyse du niveau de la pratique de la contraception

1.1 Accès à la contraception et expérience urbaine

A l'issue de cette recherche, on peut dire que la diffusion de la contraception tant dans son aspect sensibilisation que pratique reste assez modeste. En matière d'information, le seul constat majeur à souligner est l'ampleur de la diffusion du « bruit » sur les différentes méthodes, en particulier modernes. La connaissance des méthodes tant moderne, naturelle que traditionnelle reste relativement faible. Cependant, il est nécessaire de souligner que les individus connaissant les méthodes ont fait preuve d'une connaissance de qualité. Toutes les personnes qui ont déclaré connaître une méthode ont été en mesure d'en citer au moins une sans aide de l'enquêteur. La distinction opérée entre « connaissance spontanée » et « connaissance après description » dans nos résultats nous a permis d'apprécier la qualité de la sensibilisation sur les différentes méthodes.

Dans cette zone rurale où la politique de l'offre de planification familiale commence à peine à être mise en place, il demeure important d'analyser les canaux par lesquels la population accède à la connaissance des méthodes. A travers cette étude, nous avons approché l'influence du facteur migratoire. Nos analyses statistiques ont montré que la migration en tant que tel n'était pas un facteur prédisposant. Cependant, il existe un aspect qu'on ne pouvait saisir dans cette recherche. A savoir, la diffusion des connaissances des migrants dans le cadre des migrations de retour. Ces difficultés empêchent d'observer l'effet « pur » de l'expérience urbaine. Certains résultats semblent traduire ce fait. Nous avons aperçu, qu'à certains âges, hommes ou femmes non migrants apparaissaient mieux renseignés sur la contraception moderne que leurs homologues ayant déjà migré. On peut croire, à cet effet, que l'existence d'un échange étroit entre personnes de même génération qui favoriserait la diffusion de la connaissance, aurait éliminé l'effet différentiel de l'expérience migratoire. Eventuellement, on peut aussi envisager qu'une meilleure connaissance de la contraception peut être observée chez des non migrants s'ils bénéficient aussi d'action de sensibilisation à travers les activités de planification familiale menée sur place. L'action des agents de santé notée dans la zone est assez édifiante à ce propos.

Pour aller plus loin dans l'analyse de l'influence de la migration, nous avons abordé le problème sous un autre angle. Nous avons recherché l'incidence du nombre ou du lieu de migration, de la durée de résidence à Dakar après 15-19. Il s'avère que la prise en compte de la durée de séjour à Dakar ne produit aucun impact dans l'accès à l'information. Par contre, lorsque que nous retenons le nombre total de séjour effectué à Dakar, la zone de migration ou la combinaison des deux, se dégage un accès différentiel à la sensibilisation assez net. Le séjour à Dakar ainsi que sa fréquence procurent un accès facilité à la connaissance des méthodes modernes.

L'influence de la migration sur l'accès à la contraception est apparue différente selon les générations, ce qui suscite quelques interrogations. Par exemple, pourquoi les femmes ayant migré connaissent-elles moins la contraception moderne aux âges extrêmes ? Deux explications se dressent. La première tient à une hypothèse qui a déjà été soulevée (Delaunay, 1992). Pour les migrants, mais surtout pour les migrantes trop jeunes, on serait tenté de penser qu'ils seraient trop enfermés pour être touchés par les informations sur la contraception véhiculées en milieu urbain. A contrario, les plus âgés, plus indépendants, auraient une liberté de mouvement plus affirmée, d'où leur plus grande connaissance de la contraception moderne. La seconde explication qui concerne les personnes les plus âgées, porterait sur le caractère récent de la diffusion de la contraception. Au moment où ces derniers étaient en migration, le phénomène de la sensibilisation à la planification n'avait pas connu son ampleur actuelle. Le Sénégal n'a mis en place un programme national de planification familiale qu'en 1991. Les différences de sensibilisation entre personnes âgées résulteraient, par conséquent, de la motivation de chacun à s'informer sur la question.

1.2 Faible pratique contraceptive et histoires génésiques

La pratique contraceptive passée ou actuelle apparaît aussi extrêmement faible dans cette population. Si à peine un homme sur dix a déjà utilisé la contraception, la proportion de femmes l'ayant déjà utilisé et celle des deux sexes l'utilisant actuellement en est inférieure. Cette faiblesse de la pratique fait que nous n'avons pas pu procéder à des analyses poussées. Proportionnellement, les migrants ont plus utilisé dans le passé la contraception que les non migrants. Même si les niveaux d'utilisation des méthodes modernes apparaissent plus élevés chez les hommes, la différence entre personnes ayant migré ou non est plus notable chez les femmes. Il en est de même pour l'utilisation actuelle des méthodes modernes mais les niveaux

de prévalence générale sont assez proches. Notons que les femmes ne recourent à l'enquête qu'à des méthodes modernes. Ce résultat semble montrer un début de tendance à la modernisation des comportements contraceptifs des femmes.

Les résultats révèlent aussi que les femmes aux âges extrêmes n'ont jamais pratiqué la contraception. Cela se comprend car d'abord, à 15-19 ans, elles sont généralement non encore mariées, et à cet âge on peut penser qu'elles n'expriment pas nécessairement ce type de besoin. Ensuite, l'absence de pratique contraceptive à 50-54 ans est probablement liée à un effet de génération. Un effet de génération car les maris de ces femmes, certainement plus âgés, seraient très conservateurs et ne recouraient quasiment jamais à la contraception. De plus, les femmes de cette génération ne bénéficiaient pas de l'état de sensibilisation actuelle à la planification des naissances.

L'étude de la planification familiale d'une population ne peut être envisagée sans analyse préalable des comportements reproductifs. L'étude de l'histoire génésique des femmes a été utile dans la compréhension du mode de gestion de la fécondité des femmes. En matière d'espacement des naissances, les comportements récents ont montré un écart médian relativement faible (32,4 mois). Actuellement, quelques rares hommes et femmes utilisent la contraception. Ainsi, nous ne pouvons que penser que seules les habitudes traditionnelles de contrôle de la fécondité (allaitement prolongé et abstinence post-partum) justifient cet espacement entre naissances. L'importance des grossesses non abouties a aussi contribué à cet écart entre naissances. En effet, pratiquement 10% des grossesses ne se sont pas terminées par une naissance vivante.

La pratique contraceptive, bien que faible, paraît être liée à la fécondité des femmes. Elle ne semble pas évoluer dans le même sens que la parité atteinte. La pratique de la contraception des femmes de plus de 5 enfants est plus faible que celles de 2-4 enfants. Les différentes méthodes utilisées l'ont été surtout par ces dernières. L'atténuation des charges d'éducation des enfants par la pratique du placement des enfants ne se traduit pas, comme on pourrait l'imaginer, à une moindre utilisation de la contraception. Ce sont les femmes qui confient qui utilisent le plus la contraception. Cette situation semble traduire l'expression d'un besoin ressenti par les femmes de se reposer voire de limiter leur descendance, car ce sont les plus fécondes qui recourent à la contraception. Il reste qu'on peut aussi relier ces comportements à l'importance de la mortalité relativement importante. En plus de

l'importance des grossesses improductives, on dénombre plus de 25% de perte d'enfants nés vivants dans l'histoire génésique des femmes. Ce résultat ne peut que défavoriser le recours à la contraception.

1.3 Imprécision de l'information et faible prévalence

Globalement, la fréquentation des centres de planification familiale apparaît relativement limitée. Le niveau assez faible des personnes qui connaissent la contraception et les proportions relativement importantes d'hommes et de femmes ayant reçu une information approximative (a entendu parler) sur ces méthodes, n'est certainement pas étrangère à cette situation. Si une connaissance limitée des possibilités existantes n'accroît pas le recours à la PF, une information imprécise laisse généralement libre cours à des rumeurs relatives à l'usage de contraceptif (effets secondaires, innocuité, irréversibilité etc.) qui peuvent constituer un frein à leur utilisation.

La nature de la connaissance peut constituer un terrain favorable à la diffusion de fausses idées sur la contraception. C'est généralement la conséquence d'une information mal comprise (NGOM, 2000). L'ICP de Toucar souligne à cet effet qu'une conception erronée de la PF existe chez les maris des femmes. Il est habituel que les infirmiers entendent dire que l'absorption continue de la pilule entraînait la stérilité ou encore la perturbation du cycle chez la femme, et que l'arrêt de la contraception conduisait à la naissance de jumeaux. Les rumeurs négatives à l'encontre de l'utilisation de la contraception transitent généralement par la communication interpersonnelle. Une étude effectuée au Sénégal a montré que les réseaux informels de communication influent négativement sur les attitudes face à la planification familiale (Locoh, 2002). Il serait donc préférable que les mieux renseignés en la matière, le personnel de santé, se chargent de recentrer l'information.

1.4 Rareté du counseling PF et discontinuité de la pratique contraceptive

Nous avons observé un certain nombre de discontinuité dans la fréquentation des centres. Plusieurs facteurs semblent expliquer cette irrégularité dans la pratique. L'arrêt de la contraception s'explique parfois par les effets secondaires. Il semble qu'ils soient au Sénégal de loin la principale raison d'abandon de la contraception (MSAS, 1999). L'arrêt de la pratique contraceptive à la suite d'effets secondaires traduit souvent une mauvaise prise en charge des clientes qui ont eu des problèmes avec une méthode. Une information préalable

aurait permis d'éviter ce genre de situation. Ce travail nécessite non seulement une volonté de la part des prestataires, mais aussi des moyens matériels adéquats. La rareté des causeries et des counseling est souvent liée à cela. Il est d'usage d'utiliser des affiches, des boîtes à images, des brochures et des dépliants ou du matériel audio-visuel. L'utilisation de ce matériel pendant les consultations est très importante. Elle permet de renforcer la qualité de l'information donnée aux clientes. Leur absence dans les postes de santé de la zone porterait-elle atteinte à la dynamique des fréquentations ?

2 Les facteurs liés à la faible diffusion de la contraception

2.1 Les problèmes d'accès des jeunes à la contraception

Respectivement 1 et 5 adolescentes et adolescents sur 10 connaissent une méthode moderne de contraception. Nous ne disposons pas de données sur la pratique, à l'enquête, de la contraception des hommes. Par contre, celles des femmes sont connues. Elles sont 1,2% à 15-19 et 2,2% à 20-24 ans à déclarer l'utiliser actuellement. Il est important de signaler qu'elles déclarent quasi exclusivement recourir au condom. Cette méthode est généralement très utilisée par les jeunes en milieu rural. Dans la zone d'étude de Mlomp, sur une femme sur trois qui utilise actuellement une méthode parmi les femmes de moins de 30 ans célibataires avec partenaire régulier, l'utilisation du préservatif apparaît dans près de huit cas sur 10 (Pison, 2001). Les femmes qui ne vivent pas en union et qui sont sans partenaire régulier ne recourent pratiquement pas à la contraception.

Si les jeunes femmes de la zone utilisent presque exclusivement le condom, elles n'ont pas une emprise totale dans l'utilisation de cette méthode. Pour éviter tout risque de grossesse, l'accord avec le partenaire sera toujours nécessaire. Cette situation ne leur permet pas d'avoir une maîtrise parfaite de leur pratique contraceptive que pourrait leur procurer, par exemple, l'utilisation de la pilule. En conséquence, les jeunes filles sont souvent confrontées à des grossesses non désirées. Plus de 15% des jeunes filles de 19-24 ans ont connu une naissance prénuptiale ([tableau 6.2](#)). La migration et le niveau d'instruction semblent beaucoup influencer sur ces naissances. Une expérience migratoire ainsi qu'un niveau scolaire plus important favorisent une naissance pré-maritale. De même, l'arrivée de ce type de naissance semble être liée au recul de l'âge au mariage. Thiriart (1998) a d'ailleurs montré que le retard de l'entrée en union allait de pair avec l'augmentation des conceptions ou des naissances prénuptiales en

Afrique subsaharienne Ces constats suffisent pour justifier leur problème d'accès aux méthodes.

TABLEAU 6. 2 : Fréquence (en %) des naissances prénuptiales des femmes de 15-54 de la zone d'étude

Caractéristiques	Naissances prénuptiales		Effectifs
	Nombre	%	
Age		$P > \chi^2 : 0,0001$	
15-18	1	0,8	124
19-24	33	14,6	226
25-35	54	17,2	314
36-44	15	6,9	217
45 et +	6	3,8	158
Résidence Dakar à 15-19 ans		$P > \chi^2 : 0,0001$	
Oui	40	21,5	186
Non	69	8,1	853
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	56	8,0	697
Primaire incomplet	26	17,7	147
Primaire complet	24	25,8	93
Autres	3	2,9	102
<i>Total</i>	<i>109</i>	<i>10,5</i>	<i>1039</i>
Premier mariage		$P > \chi^2 : 0,0001$	
> 16 ans	8	2,9	274
16-19 ans	38	8,6	440
20-23 ans	36	30,5	118
24 ans et +	9	31,0	29
<i>Total</i>	<i>91</i>	<i>10,6</i>	<i>861</i>
Source : données de l'enquête ICOFEC, Mondain 2002.			

L'avantage de l'utilisation des condoms est qu'il permet aussi de se prémunir des risques d'infections sexuellement transmissibles (IST) qui ne doivent pas être négligés. Cependant, leur pouvoir de négociation assez limité ne leur permet pas parfois de s'opposer à la volonté de leurs partenaires généralement plus âgés. Ces jeunes semblent aussi être exclus du dispositif d'offre de PF, notamment lorsqu'elles ne sont pas encore mariées.

L'étude menée sur l'offre de contraception dans la zone révèle les problèmes d'accès des jeunes aux méthodes. Sur la base des résultats constatés, on ne peut parler d'engouement des jeunes filles ou des célibataires pour la planification des naissances. Pourtant, dans un contexte de sexualité prénuptiale affirmée, il apparaît nécessaire de sensibiliser les jeunes/adolescents.

Il semble que, théoriquement, tous les individus en âge de procréer, de situation matrimoniale quelle qu'elle soit peuvent bénéficier des services offerts dans les centres de

planification familiale. La réalité est parfois tout autre. Les centres annoncent parfois des critères d'éligibilité⁶² tels que l'âge, la parité et voire même l'autorisation parentale ou celle du conjoint pour les jeunes filles mariées (Petit, 1994 ; MSAS, 1995 ; Hardon, 1997 ; Petit et O'deye, 2001). Les agents de santé refusent surtout de donner des contraceptifs ou des préservatifs à des femmes non mariées et en particulier aux jeunes filles. Ces constatations restent vraies dans notre zone d'étude. L'ancien infirmier du poste de santé de Ngayokhème nous a affirmé s'opposer à la pratique contraceptive des jeunes non encore en union. Il n'hésitait pas non plus à renvoyer les femmes qui sollicitaient ses services sans l'autorisation de leur mari. Ce constat est assez fréquent en milieu rural. Ces attitudes des prestataires s'expliquent par le fait qu'ils mettent assez souvent en avant leurs idées personnelles avant leur pratique professionnelle (Petit, 1994). Il faut ajouter à cela la conduite parfois malveillante du voisinage à l'égard des adolescentes qui fréquentent les structures de santé offrant des services de santé de la reproduction (Ndiaye et Nare, 1995). Ces éléments ne sont pas pour faciliter l'accès de tous à la contraception. Même s'il est possible d'envisager une sous information ou une absence de besoin chez ces dernières, il faut reconnaître leurs problèmes d'accès aux méthodes car essentiellement réservée aux femmes mariées.

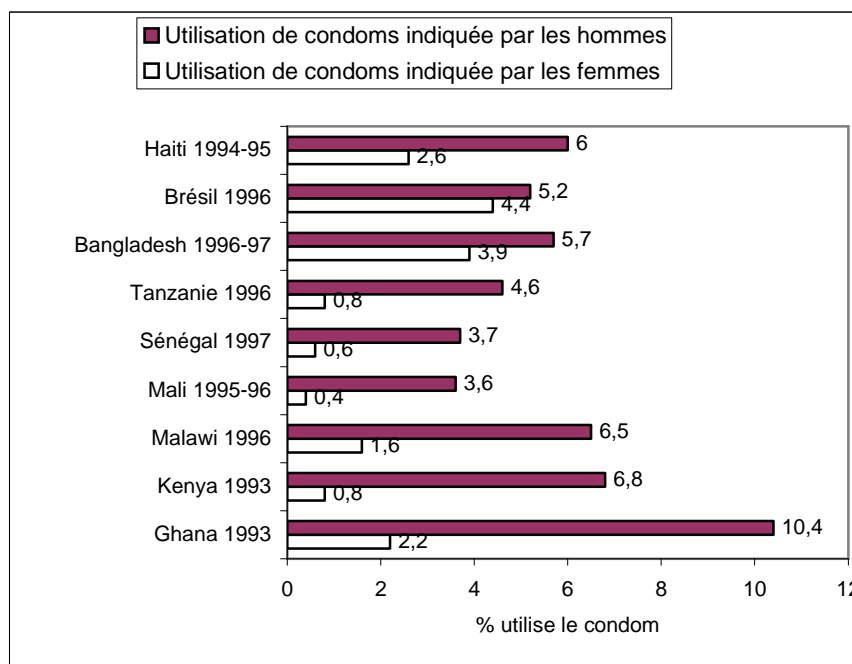
2.2 Fort désir d'enfants et discordances des souhaits entre conjoints

D'autres facteurs semblent contribuer à l'explication du faible niveau d'utilisation de la contraception. Le rapprochement des informations sur le recours à la contraception montre qu'il n'existe aucune stratégie conjointe de reproduction dans les couples. A cet égard, nous avons pu constater l'ampleur des divergences dans les déclarations des conjoints quant à leur utilisation de la contraception. Bankolé et Singh (1998) ont à cet effet montré que, dans la plupart des pays en développement, la pratique contraceptive est plus souvent déclarée par le mari que par la femme. Ezeh et M'Boup (1997) soulignent que ces différences pouvaient aussi être imputables à la polygamie. Dans notre étude, les maris ont été interrogés sur leur pratique contraceptive avec chacune de leurs épouses s'ils sont polygames. Les différences peuvent donc provenir de l'existence d'une pratique cachée. Aussi le type de contraceptif utilisé peut provoquer des discordances dans les déclarations d'utilisation de la contraception.

⁶² Au Sénégal, l'analyse situationnelle du système de planification familiale (1995) a montré que les prestataires de services imposaient un âge minimum et maximum ainsi qu'un nombre d'enfants pour bénéficier de certaines méthodes. Ce constat se trouve confirmé dans l'étude expérimentale sur l'effet des stratégies d'amélioration de la qualité sur le taux de continuité des services de planification familiale (1999). Pour toutes les méthodes, il faut avoir au moins un enfant. Cette restriction exclut déjà l'ensemble des personnes sans enfants. A travers cette limite, on empêche indirectement les personnes non mariées de pouvoir recourir à la contraception.

En effet, l'utilisation de méthodes naturelles peut être soulignée par seulement un des conjoints. Il en est de même pour le recours au condom et cela se révèle dans les enquêtes démographiques et de santé (figure 6.1)

Figure 6. 1 : Utilisation des condoms tel qu'indiqué par les femmes et les hommes couramment mariés dans le monde



Source : Enquêtes démographiques et de santé, Population reports.

Nous avons pu nous en rendre compte dans l'analyse qualitative. Si cette hypothèse se trouve vérifiée, l'utilisation de méthodes modernes souvent déclarée par la femme et non par le mari s'apparenterait à une décision singulière et ignorée par celui ci, et ce type de comportement procède à la fois d'un besoin réel de contraception mais aussi d'une suspicion de refus du mari. Ces différentes attitudes semblent s'expliquer par les positions relatives à l'égard de la fécondité. L'analyse des optiques reproductives a déjà annoncé un penchant différent entre homme et femme. L'étude des désirs d'enfants confirme cette hypothèse.

Globalement, nous constatons que les prétentions de fécondité des hommes et des femmes ne correspondent pas non plus à des souhaits de planification familiale. Le désir d'enfants, relativement élevé, ne pourra pas contribuer à l'amélioration future de la prévalence contraceptive si les avis ne changent pas. Les hommes et les femmes de moins de

30 ans souhaitent avoir, respectivement, 6 et 5 enfants. Les désirs supplémentaires d'enfants, véritables indicateurs à court terme des comportements de fécondité, nous permettent de supposer l'existence de besoin de planification familiale. Cependant, les intentions des femmes diffèrent fortement de celles des hommes. Ces contrastes sont assez marqués au sein des couples. Pratiquement trois femmes sur dix ne désirent plus d'enfants contre moins d'un homme sur dix. L'analyse des accords des conjoints confirme la forte discordance sur la taille de famille désirée. Par contre, les divergences sont moins exacerbées sur les projets d'avoir d'autres enfants supplémentaires. Les couples qui s'accordent pour mettre un terme à la constitution de leur descendance y sont d'ailleurs non négligeables. Toutefois, les positions plus souvent éloignées, combinées à la marge de manœuvre assez limitée des femmes, vont rendre difficile la satisfaction de ces besoins. Les prérogatives particulières de l'homme en matière de prise de décision – il revendique ce pouvoir et la femme semble l'accepter – indiquent que l'accès à la contraception va beaucoup dépendre de son changement d'attitude.

Les intentions affichées par les hommes quant au nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir semblent obéir aux attitudes généralement pro-natalistes de ces populations. Que penser alors des positions des femmes moins ancrées dans la recherche d'une descendance nombreuse ? Se pose donc le problème de la signification des déclarations. Les réponses des hommes ne traduisent que des stéréotypes de réactions habituelles lorsqu'on parle de projet de fécondité dans ces sociétés. Dire la taille de famille qu'on désire est souvent associée à du blasphème. L'importance des réponses « Autant que Dieu voudra » tant des hommes que des femmes semblent le confirmer.

2.3 L'absence d'autonomie de décision de la femme

La question de la maîtrise de la natalité est tributaire de la situation des femmes. Autrement dit, l'existence de structures d'offre ne suffit pas pour que les femmes y accèdent. Au-delà de l'information se pose la question de l'accès économique et social à ces moyens. Leur autonomie de décision est apparue partout capitale. Andro et Hertrich (1998), ont à partir de la comparaison des réponses des enquêtes démographiques et de santé montré, qu'en Afrique subsaharienne, l'opinion des femmes sur la contraception n'a aucune influence sur l'utilisation de la contraception, qui dépend entièrement du mari. La femme Sereer n'a aucun pouvoir décisionnel et reste généralement sous l'autorité de son mari. Socialement, elle reste dépendante car toute la sphère décisionnelle est dominée par celui-ci. Les systèmes de

valeurs, les normes et les institutions sociales sont les fondements de ces inégalités. Elles privent les femmes de ressources de participation aux décisions auxquelles elles ne pourront prétendre qu'en vieillissant. Autrement dit, leur reconnaissance d'un certain pouvoir intervient à la fin de leur vie féconde. Cette inégalité entre les sexes a des répercussions sur la vie reproductive de la femme. Celle-ci peut mettre au monde plus d'enfants qu'elle ne désire si elle ne parvient pas à convaincre son mari de se limiter à une certaine descendance. C'est ce qui risque de se produire lorsque les femmes interrogées nous déclarent qu'elles ne peuvent recourir à la contraception sans la bénédiction de leur époux. Les normes et les pratiques sociales relatives aux rapports de pouvoir entre les sexes contribuent donc à bien des égards à freiner l'expansion de la pratique de la contraception.

De l'attitude du mari, il ne faut pas négliger l'impact de l'entourage proche dans les décisions de pratique contraceptive. Il apparaît dans cette étude qu'il peut arriver que la femme décide avec son mari, d'un commun accord, de recourir à la contraception. Seulement, le mode de résidence en vigueur en milieu rural donne à l'entourage, en particulier aux beaux-parents, un droit de regard sur la vie du couple. Une naissance trop tardive peut soulever des soupçons, et conduire ceux-ci à s'interroger sur la bonne santé de leur belle-fille. La désapprobation de ceux-ci ne doit pas seulement se comprendre par une hostilité à l'utilisation de tout moyen contraceptif. Elle doit aussi être vue comme un autre niveau de préférences et surtout, de décision en matière de fécondité qui peut affecter l'attitude du couple à l'égard de la contraception. Il est donc important de noter que la diffusion de la contraception passe non seulement par un retour à l'équilibre entre les droits des hommes et des femmes, mais aussi à la capacité des prestataires des programmes de santé d'informer et de faire participer cet entourage aux actions qui seront mises en œuvre. Au total, les rapports de pouvoirs inégaux entre hommes et femmes, l'attitude généralement défavorable de l'entourage constituent deux freins majeurs à l'adoption de la contraception.

III. - Principales recommandations

A. Améliorer l'accès aux méthodes et aux services

1 Renforcement des structures sanitaires en moyens humains et matériels

A l'issue de l'étude sur l'offre de planification familiale dans la zone, quelques indications se dégagent. D'abord, il sera nécessaire de donner aux populations un large accès

aux différentes méthodes. L'élargissement de la gamme de produits peut avoir un impact sur le comportement des consultantes, notamment sur le suivi et l'efficacité de leur pratique contraceptive. La possibilité de pouvoir changer de méthode peut être déterminante dans la continuité des pratiques contraceptives. Parallèlement, l'amélioration de l'offre par la diversification des méthodes permet aux consultantes de trouver la méthode qui leur convient. C'est d'autant plus important que cette possibilité de choix soit un facteur déterminant dans la persistance de la pratique de la contraception. Actuellement, les postes de planification familiale en milieu rural ne disposent pas d'une gamme assez diversifiée de méthodes. Le choix de la consultante semble ne se limiter qu'aux produits injectables et à la pilule. Le Diu est l'une des méthodes qui pouvaient être proposées. Il semble que les infirmiers ne peuvent pas être certifiés pour l'insérer, ce qui fait qu'il est un moyen de contraception qui ne s'obtient pas facilement (Wilson, 1997).

Cette recherche a permis de détecter d'autres facteurs qui perdurent et mettent à mal le dispositif de planification familiale en milieu rural. Le premier est l'insuffisance de moyens humains. Dans la zone d'étude de Niakhar, un seul infirmier (deux si le poste de Ngayokhème fonctionne normalement) est qualifié pour offrir des services de planification familiale. Les matrones devraient être utilisées ne serait ce que pour la sensibilisation.

Par ailleurs, s'il est difficile d'envisager de nouvelles infrastructures sanitaires, il reste possible d'utiliser plus efficacement le dispositif sanitaire existant. Les différentes « cases de santé » peuvent constituer des relais importants. Ces petites unités de santé sont présentes dans la plupart des villages, et peuvent fournir les informations nécessaires aux populations. Comme les matrones, il faudra procurer aux responsables de ces unités sanitaires une formation en la matière. Cela permettra de décentraliser davantage l'information pour couvrir toute la population rurale. C'est d'autant plus nécessaire que les femmes rurales aient du mal à aller recueillir l'information dont elles ont besoin. La forte proportion de consultantes locales et le faible engouement des consultantes extérieures des centres de santé en est une parfaite illustration.

2 Faciliter l'accès aux méthodes des jeunes/adolescent(e)s

La santé de la reproduction des jeunes/adolescents dans un contexte social d'ignorance de leur sexualité est assez préoccupante. Ils semblent accéder à l'information sur la

contraception grâce à leur expérience urbaine, mais ont du mal à accéder aux méthodes du fait de l'attitude des prestataires. Nous avons vu que c'est le cas aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au Sénégal, mariés ou non, la plupart des jeunes en particulier adolescent(e)s déplorent l'accueil qui leur est réservé dans les services de planification familiale (Katz et Nare, 2002). Sous prétexte du droit d'aïnesse, les prestataires ne se gênent généralement pas de les réprimander au lieu de leur donner les conseils appropriés.

Lorsque les jeunes sont encore célibataires, ce comportement du personnel sanitaire n'est souvent que le reflet de l'attitude d'une société qui ne veut pas reconnaître que les jeunes/adolescents sont des êtres sexuellement actifs. Sa reconnaissance ou l'acceptation du recours à la contraception de ceux ci risquerait de remettre en cause, une valeur sociale centrale, la virginité avant le mariage. Conscientes de ce fait, les filles interrogées dans cette étude ont fait souvent semblant de ne pas être concernées par le recours à la contraception.

Bien entendu, les comportements des jeunes restent très hétérogènes et certains d'entre eux restent assez responsables et se conforment aux valeurs. Mais l'importance des naissances prénuptiales montre que les jeunes ont tendance à passer outre cette institution sociale. L'opinion sur l'abstinence prénuptiale des jeunes non encore mariés constitue non seulement une pression sociale qui limite leur accès aux contraceptifs, mais aussi un danger social et, dans ce contexte de l'épidémie du SIDA, sanitaire à ne pas négliger. Ne serait ce que pour ce dernier risque, il est nécessaire de proposer aux jeunes les moyens de prendre en charge leur santé sexuelle. Pour cela, la société doit commencer par accepter que l'image de l'adolescence ne corresponde plus à ce qu'elle était. Quant aux prestataires, ils devraient leurs assurer un meilleur accueil de manière confidentielle et discrète, sans qu'un jugement soit porté sur leur démarche.

B. Stratégies à adopter envers les populations rurales

1 Impliquer davantage les hommes

Dans les prochaines campagnes de sensibilisation, les hommes doivent être les cibles privilégiées. Nul doute qu'en milieu rural africain, l'homme détient un pouvoir de décision très

important. Plusieurs études ont montré qu'ils sont au centre de toutes les décisions dans ces sociétés. Sur un sujet aussi important que la planification des naissances, malgré le fait que la femme soit la première concernée, celle-ci a généralement besoin de l'accord de son mari pour pouvoir recourir en toute tranquillité aux méthodes. D'après la réaction des femmes interrogées, on s'aperçoit qu'il est un facteur important de leur accès à la contraception. De plus, nos résultats ainsi que d'autres études ont montré que les prestataires sont souvent plus attachés au pouvoir marital (Miller et al, 1998). Au Sénégal, c'est une réalité qui devrait s'imposer dans les stratégies d'actions des programmes de planification familiale. Des études ont montré que sa position est déterminante dans le recours à la contraception, notamment lorsqu'il l'approuve. Les femmes dont les conjoints sont favorables à la planification familiale sont plus nombreuses à entrer dans le dispositif d'offre de planification familiale. Celles qui y sont déjà affirment massivement avoir besoin de ce consentement pour se rendre dans les points de prestations de services (MSAS, 1999 ; Fall, à paraître⁶³).

L'implication des hommes dans les programmes présente un avantage particulièrement important dans l'approche de la planification familiale. Peu importe qu'ils y soient favorables ou pas, cela présente l'intérêt de susciter la communication dans le couple sur la gestion de la fécondité. Cette communication au sujet de la contraception entre conjoints est un lien entre le pouvoir décisionnel dévolu aux hommes et l'offre contraceptive essentiellement féminine. A terme, l'existence de ce dialogue conjugal constituera un facteur facilitant le recours à la contraception. Des campagnes IEC destinées à promouvoir de nouveaux rôles des deux sexes pourront contribuer à faciliter cet échange.

2 S'appuyer sur les réseaux locaux

Nous entendons par réseaux sociaux l'ensemble des groupements féminins, des associations sportives club de jeunes, des associations d'adultes qui, dans une certaine mesure, influencent le comportement de l'individu. Les échanges qui se font dans ces réseaux et leur influences dans les décisions relatives à l'adoption de la contraception ont été mis au même rang que les messages diffusés à travers les médias et par les prestataires de services (Montgomery et Chung, 1994 ; Best, 1999). Dans la zone d'étude de Niakhar, il existe plusieurs formations associatives féminines sur lesquelles on peut s'appuyer pour la

⁶³ FALL Soukeynatou, A paraître. « Les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 (EDS-III).

vulgarisation de l'information. Les matrones des postes de planification familiale y occupent généralement une place importante. Par exemple dans le village de Toucar c'est celle du poste de santé local qui est la présidente du groupement des femmes. Elles peuvent donc être des collaboratrices privilégiées et constituer des relais efficaces. Habituellement, ce sont les prestataires de services et les équipes de formation en santé de la reproduction, si elles existent, qui fournissent le savoir de base (en matière de planification familiale) dans les villages, mais la pérennisation de l'information n'est garantie que lorsqu'elle est assurée par des structures féminines.

L'intérêt d'une telle démarche réside dans le fait qu'on pense qu'une acceptation de la communauté faciliterait la diffusion du phénomène. Dans ces milieux, la façon dont le comportement de l'individu est perçu par l'autre est souvent importante. Ainsi, les femmes ont souvent besoin d'un aval, d'une acceptation ou d'un soutien social pour pouvoir pratiquer la contraception. Lorsqu'elles l'ont, elles recourent plus facilement aux méthodes⁶⁴.

Puisque les rapports de pouvoir pèsent aussi sur les décisions de recours à la contraception, s'intéresser aux associations masculines permettra de mieux renseigner les hommes. C'est d'autant plus nécessaire qu'il permette de corriger les renseignements erronés sur la contraception que nous avons soulignés plus haut. Une stratégie qui serait menée dans l'ignorance des réseaux d'hommes peut avoir moins de chance de réussir.

C'est donc en exerçant une influence sur la communauté à travers leur action sur les mouvements associatifs (celle ci favorisant un changement d'attitudes et de comportement des individus) que les programmes de planification familiale parviendront à faire comprendre aux populations l'intérêt de la pratique contraceptive.

Vue d'ensemble

Dans cette partie nous avons examiné les différentes mesures que nous avons utilisées et tenté d'en apprécier la qualité. Nous n'insistons que sur les indicateurs qui ont une prise directe avec nos objectifs de recherche. Par la suite, nous avons souligné l'essentiel des

⁶⁴ Idem. BEST (1999) a montré dans une enquête effectuée auprès de 500 femmes camerounaises appartenant à diverses associations féminines que celles ci étaient plus promptes à utiliser la contraception lorsqu'elles étaient encouragées en ce sens par les membres de leur groupe, notamment lorsque celles-ci étaient aussi utilisatrices.

facteurs qui favorisent l'accès à la contraception. Cette étape a été essentielle dans la compréhension de l'attitude de la population à l'égard de la contraception. La connaissance de ces éléments nous a conduit à proposer quelques recommandations en matière d'actions stratégiques.

D'une manière générale, on peut admettre que les mesures de l'information et de la connaissance de la contraception sont relativement bonnes. La pratique de la contraception peut être sous-estimée de deux manières :

- du fait de la gêne que peut entraîner ce type de sujet ;
 - éventuellement de la pratique cachée qui peut exister dans cette société.
- L'ampleur des discordances dans les déclarations des conjoints nous permet d'avancer cette hypothèse.

Les données relevant des désirs supplémentaires d'enfants et de la notion de fécondité idéale, donnent des résultats assez significatifs. Leur écart par rapport aux résultats enregistrés au niveau national reste très faible. Trois résultats majeurs semblent se dégager :

- l'attitude de la population à l'égard de la sexualité des jeunes constitue un véritable obstacle à leur accès aux méthodes ;
- l'opposition des désirs d'enfants montre l'absence de communication des conjoints sur un éventuel projet de fécondité ;
- la complexité de la prise de décision et surtout l'absence d'autonomie des femmes sont assez significatives du faible recours à la contraception.

Puisque la sexualité n'est admise que dans l'union, les jeunes célibataires se trouvent tenus à l'écart des services de planification familiale. La faible présence des femmes célibataires témoigne de la difficulté d'accès à la contraception que rencontrent les jeunes filles. Il est clair que les jeunes générations ne trouvent pas de réponse à leur demande dans les villages où l'offre est essentiellement ciblée sur la contraception dans l'union. Il est important que les prestataires les acceptent et les accueillent avec plus de considération. Par conséquent, l'offre de contraception doit se développer et s'ouvrir à eux tant dans les efforts de sensibilisation que dans la distribution des méthodes.

L'imprécision de l'information reçue sur la contraception fait courir des rumeurs négatives sur l'utilisation des méthodes. Parallèlement, la rareté des counseling dans les centres de planification familiale ne permet pas non plus aux clientes d'avoir une bonne connaissance des méthodes et de leurs effets. Cet ensemble de raisons fait que nous pensons qu'un effort particulier de recentrage de l'information doit être effectué à l'encontre de la population. La sensibilisation des hommes et, plus généralement, de la communauté peut faciliter la compréhension et l'acceptation de la contraception. Pour ce faire, les acteurs pourront s'appuyer sur les réseaux sociaux présents dans les villages. Les effets à long terme devraient se faire sentir, notamment lorsque les structures sanitaires en place se doteront de moyens suffisants.

Conclusion Générale

En partant de nos hypothèses de travail, nous avons mesuré et analysé de façon détaillée l'état de la diffusion de la contraception dans la zone d'étude de Niakhar. ***Peut-on considérer que l'absence de contrainte sociale facilite l'accès à la contraception dans des lieux hautement conservateurs ? Quelle place occupe l'inégalité de pouvoir entre homme et femme en matière de prise de décision dans les problèmes d'accès à la contraception ?***

Du point de vue méthodologique, l'étude de la diffusion en tant que telle aurait été plus simple si nous étions en mesure de procéder à des comparaisons possibles de différentes enquêtes. Nos résultats quantitatifs ont été parfois rapprochés aux données nationales, en ce qui concerne le milieu rural et la population serer, seulement dans le but de les valider. A ce sujet, nous avons pris la précaution de souligner la difficulté d'opérer certaines comparaisons. Par exemple, les niveaux de connaissance de la contraception ne peuvent pas l'être puisque nous avons jugé utile de séparer « connaissance spontanée » et « connaissance après description ». Même si ce genre de problème ne se pose pas pour les autres indicateurs, la définition retenue pour la « résidence rurale » ne correspond pas nécessairement à notre terrain d'étude. De même, l'ensemble des serer du Sénégal ne réside pas en milieu rural. Les populations qui se sont longtemps implantées en milieu urbain peuvent avoir des comportements plus novateurs. Notons aussi qu'il y a une diversité catégorielle à l'intérieur de ce groupe ethnique⁶⁵. Toutefois, les valeurs sociales y sont généralement les mêmes.

Outre cette mise au point, nous avons comparé, pour corroborer nos résultats, les représentations, les perceptions, les attitudes et les comportements des individus de différentes générations. C'est un moyen d'apprécier l'évolution sociale qui pourrait se produire dans cette société.

Cette étude perdrait un volet important de la compréhension si nous n'avions pas évoqué le contexte global dans laquelle elle s'effectue. L'étude des mutations sociales en

⁶⁵ On distingue dans le groupe des « serer » les serer du Sine (région de Fatick), les serer Ndut de la région de Thiès et les serer du Baol de la région de Diourbel. Avec les vagues de migration beaucoup des familles se sont installées depuis plusieurs décennies dans les grandes villes, Dakar en particulier.

matière de famille et de procréation nous a permis de préciser la situation actuelle. Ce fut l'objet du premier chapitre de la première partie (chapitre I). Les sociétés africaines ont toujours magnifié la fécondité. Toute leur stratégie de reproduction est basée sur la multiplication de la descendance. De ce fait, on ne peut pas assimiler leurs comportements de régulation des naissances à de la planification familiale dans le sens qu'il a aujourd'hui. La solidarité familiale est le fondement du système social de ces sociétés. Elle est en partie liée à ces comportements reproductifs.

Malgré l'introduction d'une certaine sélectivité dans les relations sociales d'entraide, on peut dire que le système a globalement résisté à la crise. Néanmoins, les efforts sont de plus en plus orientés vers la famille proche. Même si l'on refuse de le reconnaître ouvertement, l'intérêt de l'unité familiale élémentaire occupe actuellement une place prépondérante dans le subconscient des individus. Le recentrage des responsabilités familiales a été l'un des déclencheurs de la prise de conscience des difficultés liées à l'entretien d'une famille nombreuse. L'aggravation de la crise dans un contexte de hausse continue de la population a conduit les Etats à prôner la planification familiale moderne auprès des populations.

Dans le chapitre II nous avons dressé les résultats assez mitigés observés en Afrique subsaharienne et au Sénégal. Les objectifs en matière de planification familiale n'ont pas toujours été atteints, malgré les avantages avancés pour la population. L'utilisation des méthodes est importante en ville et très faible en zone rurale. Dans ce dernier lieu dans lequel les niveaux de fécondité sont plus élevés, l'accès aux méthodes est plus difficile. Les principales raisons sont le manque d'influence des femmes sur leur fécondité, la persistance des systèmes de valeurs favorables à une forte fécondité et l'insuffisance des structures d'offre de services. S'ajoute à ces obstacles, la contrainte du milieu à l'égard des célibataires qui doivent observer une abstinence pré-nuptiale.

Cette présentation générale nous a permis de nous situer dans le contexte social et décisionnel du recours actuel à la contraception en Afrique. Il en va de la compréhension des opinions et des attitudes à l'égard de la planification familiale.

La suite de la "contextualisation" de l'étude nous amène à étudier l'état de diffusion actuelle de la pratique de la contraception au Sénégal. Avec le programme d'ajustement

structurel et les effets de la dévaluation intervenus en 1994, la situation socio-économique du Sénégal se traduit aujourd'hui par un accroissement de la demande sociale et une insuffisance de l'offre de services sociaux. Le déficit d'investissements publics dans le domaine scolaire et sanitaire maintient les taux d'analphabétisme, de morbidité, de mortalité infantile et maternelle à des niveaux encore élevés. Cette situation ne s'améliore pas avec l'accroissement relativement rapide de la population. La réduction de la taille de la famille constatée ces dernières années s'est produite grâce à des modifications de comportement à l'égard du mariage. La politique de régulation démographique, officialisée en 1988 et dynamisée à partir de 1991 avec la mise en place du Programme National de Planification Familiale (PNPF), tarde donc à porter ses fruits. Cela s'explique par une demande et une pratique contraceptive encore timide.

Si l'utilisation de la contraception reste globalement faible dans le pays, elle apparaît aussi inégalement répartie selon les zones de résidence du pays. Le niveau atteint en milieu urbain est largement plus élevé que celui observé en milieu traditionnel. L'utilisation de la contraception moderne apparaît 9 fois plus importante en zone urbaine que rurale.

Les deux facteurs principaux de prévalence différentielle sont le niveau d'instruction et la parité atteinte. Un niveau d'instruction élevé et une parité élevée étant synonymes d'une plus forte utilisation de la contraception. L'importance de l'environnement dans l'accès aux méthodes se traduit par la plus grande prédisposition des citadines analphabètes à recourir à la contraception que les femmes rurales d'un niveau d'instruction primaire. FALL (à paraître) ajoute que l'accès des femmes au marché du travail favorise aussi la pratique de la contraception. L'accès aux ressources apparaît donc pour les femmes comme un facteur améliorant leur autonomie dans l'accès aux méthodes. Par contre, la mortalité des enfants ne semble pas expliquer une pratique différentielle des femmes.

D'après la caractéristique ethnique, les femmes mariées serer de 15-49 ans disposent, en 1997, de la troisième plus faible prévalence contraceptive moderne (6,8%), et de la plus faible toutes méthodes confondues (10,4%). Elles sont aussi celles qui satisfont le moins leur besoin en PF. Au Sénégal, le principal facteur de non-utilisation de la contraception est le désir d'enfants. Les femmes non-utilisatrices ont aussi souligné le manque d'information. En milieu urbain comme en milieu rural la proportion des personnes sensibilisées par les médias reste faible (respectivement 23% et 4%). L'information est particulièrement importante dans

le recours à la planification familiale. Les femmes sensibilisées par les médias sont apparues trois fois plus à même d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles dont le droit à l'information n'est pas garanti⁶⁶.

La faible sensibilisation est le lot des populations rurales qui ne disposent pas nécessairement d'outils modernes de communication (Radio et TV). Dans leur cas, les postes de planification familiale ont un rôle particulier à jouer, notamment en matière de sensibilisation. Leur population migrante semble mieux accéder à cette information grâce leur présence fréquente en ville. C'est l'accès à ces nouvelles valeurs qui rentrent en contradiction avec les normes d'origine qui constitue l'objet de notre première hypothèse : *au niveau individuel l'absence de contrainte d'ordre social, l'accès à l'information et à l'offre de planification familiale favorise le recours à la contraception. Ceci peut être illustré par la migration qui constitue un cadre favorable à ces conditions.*

L'énonciation dans le paragraphe I du chapitre III du contexte socio-économique de la zone d'étude nous a permis de caractériser notre population : une organisation socio-économique fondée sur l'agriculture dans laquelle la femme joue un rôle limité, et un niveau de scolarisation relativement faible de la population. La situation écologique consécutive à une importante baisse de la pluviométrie rend l'agriculture vulnérable à la sécheresse. Les baisses de production entraînent le développement de stratégies de survie, principalement orientées vers la migration. Nous y avons aussi évoqué la situation démographique. La fécondité baisse sous l'effet conjugué de l'allongement des calendriers du mariage et des intervalles intergénéraliques. Aucun impact réel de la pratique contraceptive n'a été signalé. C'est la raison pour laquelle nous avons commencé par apprécier la prévalence contraceptive dans la zone.

Le paragraphe I du chapitre IV avait d'ailleurs pour objet de mesurer les niveaux de sensibilisation et de pratique de la contraception de la population. Nous y avons surtout analysé l'impact de l'expérience migratoire dans l'accès aux méthodes. L'hypothèse implicite est que l'accès aux méthodes de contraception est plus facile dans un cadre plus propice à l'information et moins rétif à leur utilisation. Dans l'ensemble, la connaissance effective (connaissance spontanée) des méthodes est apparue relativement faible. Par contre, l'ampleur

⁶⁶ Idem

de la connaissance approximative (connaissance après description) est notable. Ainsi, ont été analysés les facteurs discriminants dans l'accès à une meilleure sensibilisation. C'est à ce niveau que nous évaluons l'impact de l'expérience urbaine.

Rappelons, d'abord, que le contexte de la migration et les caractéristiques migratoires de notre population. En effet, la réaction des populations dans la crise a été de développer des stratégies de survie dont la principale est la migration saisonnière. Proportionnellement, les femmes migrent plus que les hommes. L'ampleur de cette différentielle apparaît surtout avant 30 ans. L'âge moyen à la première migration des hommes est de 23 ans et de 15 ans pour les femmes. La principale ville de destination est la capitale Dakar. Hommes et femmes y occupent des emplois qui les permettent de satisfaire leur besoin personnel et d'aider leur famille restée au village. Les séjours migratoires ont un caractère saisonnier. Ils interviennent après la saison agricole mais les retours sont calqués sur le calendrier musulman. Beaucoup de retours sont enregistrés lors des grandes fêtes religieuses (Korité et Tabaski). L'analyse du nombre de séjour montre que les hommes ont effectué en moyenne 4 séjours et les femmes, 2. Les femmes restent en moyenne plus longtemps à Dakar. Plus de 14% des femmes ont effectué 1 à 3 années de séjours à Dakar après 15 ans contre seulement 6% des hommes. Au-delà de ces durées, leur expérience est équivalente.

Puisque Dakar est non seulement la principale ville de destination, et surtout le lieu où l'information sur la planification familiale est la plus diffusée, nous avons cherché à mesurer l'influence de la présence dans cette ville. Il en découle que l'âge, le niveau d'instruction et l'activité constituent les principaux facteurs socio-démographiques discriminants dans la connaissance des méthodes modernes de contraception. Les jeunes générations, les individus dotés d'une certaine instruction, les hommes et les femmes salariés temporaires ou commerçants sont particulièrement plus disposés à connaître ces méthodes. Lorsque l'on introduit dans l'analyse les variables migratoires mesurées par la durée totale de séjour à Dakar et la zone de migration, l'effet attendu de la présence dans cette ville ne se dessine que chez les hommes. Ce résultat est une première indication de l'importance de l'autonomie dans l'accès aux méthodes.

Les pratiques passée et actuelle de la contraception moderne ont aussi été mesurées. Disons qu'il est relativement plus élevé chez les hommes (13,4%), même si le niveau observé chez les femmes apparaît non négligeable (3,3%). Ce sont les hommes et les femmes

célibataires qui affichent les plus grandes expériences de pratique contraceptive. Les faibles effectifs en jeu ne nous ont pas permis de pousser l'analyse pour apprécier l'effet des séjours urbains. Toutefois, nous avons pu nous rendre compte que les migrant(e)s ont été relativement plus importants à utiliser ce type de méthode.

L'étude approfondie de l'état de diffusion de la contraception a été engagé dans la seconde partie de l'étude. Le chapitre IV était consacré, d'une part, à l'étude de l'histoire génésique des femmes, et d'autre part, à l'analyse quantitative des préférences de fécondité. L'intérêt de cette partie dans notre recherche est de pouvoir justifier l'attitude des femmes à l'égard de la contraception, et aussi, de mettre en lumière les divergences d'optiques reproductives des conjoints et ses conséquences en matière de recours à la contraception.

Les comportements de nuptialité se caractérisent par un mariage relativement tôt des femmes qui restent généralement en union une bonne partie de leur période féconde⁶⁷. Le nombre de grossesse enregistré chez les femmes en fin de vie féconde est significatif de l'intensité de leur fécondité. Les femmes de 45-49 ans totalisent 9 grossesses en moyenne dont 8 naissances vivantes. Leur niveau de descendance est supérieur à celle de la génération précédente. Les femmes des générations les plus récentes atteignent, aux âges de forte fécondité (30-34), 3 à 4 enfants. L'intervalle médian des naissances observées 5 ans avant l'enquête est de 32,4 mois. Il est très proche de celui observé au niveau national⁶⁸.

L'analyse des préférences de fécondité confirme le désir des jeunes d'une plus faible descendance. Au vu du nombre de naissances, on peut dire que les femmes ne contrôlent pratiquement pas leur fécondité. Pourtant, contrairement aux hommes, l'analyse des désirs de fécondité montre qu'elles expriment des besoins en matière de planification familiale. Presque un tiers d'entre elles ne désirent plus d'enfants, mais seulement 1/10 des hommes expriment ce besoin.

Les préférences selon le sexe mesurées quantitativement s'opposent. La convergence des résultats suggère l'existence réelle de prétentions différentes de fécondité dans les couples. L'impact de ces discordances se précise dans l'appréciation du degré d'accord des conjoints sur le désir d'enfants. Le fait remarquable se note dans la déclaration de pratique

⁶⁷ Les femmes de 45-54 ont, à l'enquête, une durée moyenne de vie en union de 25 ans.

⁶⁸ En 1997, la valeur de cet intervalle est de 32,8 et 32,6 mois respectivement en milieu rural et chez les Sereer

contraceptive selon le désir supplémentaire d'enfants. Comparativement aux femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants, le passage à la pratique apparaît plus important chez les hommes qui expriment un désir identique. Autrement dit, les hommes qui ont une plus grande autonomie de décision seraient plus à même de recourir à la contraception s'ils le souhaitent. Ce résultat est une autre manifestation de la relation de domination des hommes. Supposons qu'il y ait une négociation dans le couple, le désir de l'homme serait alors déterminant dans le comportement contraceptif. Si les femmes mariées ne pratiquant pas la contraception affichent plus que les hommes le souhait de mettre un terme à leur descendance (30% des femmes de 15-54 ans contre seulement 7% des hommes de 20-69 ans), ce qui est le cas ici, le passage à la pratique est moins évident. Le rapport de pouvoir qui leur est défavorable conduit souvent à une utilisation cachée de la contraception. C'est cette conclusion que suggèrent les résultats du croisement des déclarations de pratique de la contraception dans le couple.

Pour infirmer ou confirmer les hypothèses soulevées dans l'analyse précédente, nous avons analysé le contexte de l'offre de planification familiale, et tenter d'en saisir les principaux obstacles au bénéfice de ces services.

Le début de la deuxième partie de l'étude nous conduit à des conclusions qui nous renseignent sur l'état actuel de l'offre de planification familiale dans la zone. Le dispositif mis en place est assez récent. Les activités ont démarré dans les deux postes de santé de la zone en 1995 et 1998. L'analyse de la fréquentation des postes montre que celle-ci est relativement faible. D'où l'intérêt de connaître les éventuels obstacles à l'accès à ces services. Tout d'abord nous avons constaté une très faible fréquentation des jeunes célibataires. La position défavorable de la société en matière de sexualité hors mariage n'est pas l'unique raison. L'attitude des prestataires à leur égard est une autre explication de leur absence dans le dispositif. Il ressort de cette étude que la dynamisation des activités IEC pourrait accroître cette fréquentation. Il s'avère que le véritable problème reste l'attitude de la population à l'encontre de ce service, en particulier les hommes qui manifestent leur hostilité. Deux facteurs majeurs freineraient l'accessibilité aux services de PF : la faible sensibilisation et l'attitude de la population.

La seconde phase d'analyse nous a permis de mieux comprendre le constat de l'impact supposé limiter de l'expérience urbaine, et nous a renseigné sur les perceptions actuelles en matière de fécondité et les attitudes à l'égard de la pratique contraceptive. Par ailleurs, les

migrations de retour et l'entrée en union qui oblige la plupart des femmes à retourner au village, à constituer pour nous le moment idéal pour apprécier l'impact de ces expériences dans le milieu de socialisation. Au moyen d'une approche qualitative nous avons pu saisir quelques éléments de compréhension.

Les échanges entre pairs migrants, les échanges intra-générationnels dans le cadre des migrations de retour, les activités de planification familiale développées sur place contribueraient à la diffusion de l'information. Mais il va de soi de souligner que connaître une méthode ne conduit pas nécessairement à son utilisation. Encore faut-il que des besoins allant dans ce sens soient exprimés.

Le constat fait sur l'importance des naissances pré-nuptiales, à priori non désirées, est une indication de ce besoin exprimé par les jeunes. Leur faible utilisation de planification familiale au niveau local est aussi un signe de leur difficulté d'accès à ces services. Les opinions des adultes sont clairement exprimées en ce qui concerne la désapprobation de la fréquentation des centres par les célibataires. Contrairement en ville où l'accès aux méthodes est relativement neutre, la contrainte du milieu est aussi incarnée ici par les prestataires qui peuvent être hostiles à leur utilisation des méthodes.

Le recours à la contraception, des jeunes en particulier, est donc facteur de conflit en ce sens qu'il entre en contradiction avec une valeur sociale, l'abstinence pré-nuptiale. Les opinions des jeunes à l'égard de la fécondité traduisent leur plus grande ouverture dans l'utilisation de la contraception. Leurs opinions sur la fécondité nous conduisent à dire que les jeunes générations semblent privilégier plus que les anciennes la qualité de vie présente et future de leur progéniture. Les adultes considèrent qu'une descendance importante n'est pas un problème en soi. A la différence des jeunes qui mettent au centre de leurs préoccupations les difficultés socio-économiques actuelles, ils se basent sur les solidarités traditionnelles. Surtout, ils apparaissent assez fatalistes puisqu'ils considèrent que la décision de la taille de leur famille relève de la volonté divine (référence à Dieu).

Il semble logique de s'attendre à l'apparition d'opinions, d'attitudes et de comportements reproductifs nouveaux. Il est apparu que l'utilisation actuelle de la contraception des femmes mariées de 15-49 ans est très faible (moins de 2%).

Les attitudes à l'égard de la fécondité sont tout autre pour les femmes mariées qui sont plus directement concernées. Le poids des naissances, notamment lorsqu'elles sont très rapprochées, explique leur désir d'espacement et parfois même de limitation. Ces résultats montrent l'existence d'une opposition de principe entre les hommes qui penchent pour une forte descendance et les femmes, plutôt tentées par la maîtrise de leur fécondité.

Les liens entre perceptions de la fécondité et stratégies reproductives nous ont conduits à aborder la question de la prise de décision à l'égard de la pratique contraceptive. Nous avons noté dans l'analyse de la fréquentation des centres de PF qu'il fallait compter avec l'approbation des maris. L'accès aux centres de PF est assez souvent conditionné à l'absence de réticence de la part du conjoint. Au Sénégal, leur opinion sur la fécondité fait qu'ils y sont généralement hostiles et les prestataires exigent parfois leur autorisation⁶⁹. Cette situation reste plus fréquente en milieu rural, et le cercle décisionnel dépasse parfois le cadre du couple, c'est là qu'intervient notre seconde hypothèse : *au niveau global, le recours à la contraception dépend des rapports de pouvoir qui orientent la prise de décision, fixent les choix de fécondité et déterminent les comportements reproductifs.*

Les discussions sur la fécondité sont acceptées par la plupart des hommes, mais tous affirment que la décision finale devrait leur revenir. En matière de pratique contraceptive, bien que nous ayons pu interroger les deux conjoints, nous avons mis l'accent sur l'attitude de la femme par rapport à la décision du mari. D'abord, elles semblent toutes convaincues de l'hostilité de leur mari à une telle pratique. Ensuite, elles pensent majoritairement que cette celle ci ne peut être envisagée sans l'accord de ce dernier. Et enfin, d'autres sont susceptibles de braver le refus de leur époux en pratiquant la contraception à son insu. Tous ces éléments conduisent à une seule et unique conclusion : l'attitude du mari est décisive dans le recours à la contraception. L'entourage, bien qu'influent, ne constitue pas pour les femmes un obstacle au même titre que la position défavorable du mari. Cette affirmation est à relativiser. En effet, les femmes qui soutiennent cette thèse déclarent n'avoir besoin que de l'autorisation de leur mari. Seulement, celui ci peut être influencé par son environnement social (le milieu dans lequel il vit), ses parents en particulier (beaux-parents de l'épouse). Ces deux niveaux de pouvoir peuvent donc conditionner l'attitude de la femme à l'égard de la contraception.

⁶⁹ Ibid

Au total, le niveau actuel de la prévalence est sans conteste lié au contexte social et relationnel du recours à la contraception. Par conséquent, nos recommandations (Chapitre VI, paragraphe III) vont dans le sens du développement des activités de sensibilisation, lesquelles doivent s'appuyer sur des stratégies favorisant la communication au sujet de la contraception entre mari et femme puisqu'elle apparaît comme un lien entre le pouvoir décisionnel dévolu aux hommes et l'offre contraceptive essentiellement féminine.

Pour résumer, si l'on apprécie les facteurs de la faible diffusion de la contraception dans ce milieu rural, les normes socioculturelles dans leur expression en matière de sexualité des jeunes et de pouvoir de décision réduit des femmes doivent être mises en avant. Une faible diffusion de la contraception moderne non stimulée par les intérêts économiques, une contraception traditionnelle dont la responsabilité appartient à l'homme souvent peu soucieux de l'assumer, sont des phénomènes très souvent observés dans des sociétés en transition, quand les systèmes de valeur sur lesquels reposent les règles sociales adaptées aux anciennes normes, en particulier celles qui déterminent les pouvoirs respectifs des hommes et des femmes, n'ont pas encore eu le temps de se modifier. Les femmes sont les premières à en supporter les conséquences (Blayo C. et Blayo Y., 1996 ; Blayo C., 2003). La diffusion à un niveau plus étalé de la contraception sera régie par l'évolution des comportements vers une plus grande indépendance de la femme et du couple en matière de reproduction. La prise en charge de la fécondité passe par l'amélioration du statut de la femme. Pour cela, il est d'une absolue nécessité de réduire l'inégalité qui subsiste entre elles et les hommes face à l'instruction et à l'accès aux ressources.

Nous terminons cette étude en soulignons qu'il s'agit d'un travail qui contribue à la compréhension de la faible diffusion de la pratique contraceptive en milieu rural. Elle ne prétend donc pas avoir embrassé l'ensemble complexe des motivations de comportements reproductifs dans les sociétés rurales. De plus, les faibles niveaux d'utilisation de la contraception notés ici et l'importance des réponses non numériques dans les prétentions de fécondité nous a mené à la prudence dans l'interprétation de nos résultats. De nouvelles recherches, empruntant d'autres approches, pourront permettre de confirmer ou d'infirmer nos analyses. Puisque la culture n'est pas statique mais dynamique, nous osons espérer que les populations sauront profiter le meilleur des transformations et des changements qu'ils vont subir afin de mieux contenir leurs besoins individuels et collectifs.

Annexes

Annexes A : Projet Niakhar, échantillonnage et questionnaires ICOFEC

*** Annexe A. 1 : Système de collecte et base de données**

La collecte des informations dans la zone se fait de manière suivie. Chaque individu dispose d'un code identifiant. L'enregistrement des données s'est effectué dans les deux premières phases (entre 1964-1987) par recensements annuels en période de saison sèche. A partir de 1987, les événements démographiques sont collectés de manière hebdomadaire, puis, à partir de 1997, de manière trimestrielle. Des enquêteurs recrutés pour la plupart localement ont été formés à cet effet, et se chargent de collecter les informations démographiques. L'organisation du système de collecte montre l'efficacité du mode de recueil des données. Ils ont acquis un minimum d'instruction scolaire, et savent lire, écrire et parler le français. Dans la zone, des secteurs sont attribués à des enquêteurs qui se chargent de déclarer au jour le jour les événements qui s'y produisent : naissances, mariage, migration et décès. Ces informations sont enregistrées par un chef de station implanté sur le terrain d'étude. Les informations ainsi recueillies sont envoyées à Dakar pour y être et gérées par un informaticien qui s'occupe de la gestion de la base de données.

Les activités de recueil de données font l'objet d'une supervision à la fois par le superviseur et par le chef de station dans la zone d'étude. Ils interviennent à l'occasion de rencontres avec les enquêteurs sur le terrain ou à leur domicile. L'encadrement des enquêteurs sur le terrain permet de contrôler et d'apporter des corrections sur leur travail. Ce travail consiste également à effectuer des contre-visites sur le terrain pour assurer la qualité des données recueillies, et au bureau pour corriger l'enregistrement des événements recueillis par les enquêteurs.

D'autres contrôles sont effectués au moment de la codification et de la saisie informatique qui peuvent, si nécessaire, donner lieu à des vérifications sur le terrain.

* Les différentes phases du projet Niakhar

Phase I :

Lieu : Siin-Saloum

Durée : Décembre 1962 - Février 1966

Arrondissement de Niakhar : 65 villages, soit une population de 35187 personnes au 01/01/1966

La moitié de l'arrondissement de Paos-Koto : 135 villages, soit une population de 18988 personnes au 01/01/1966

La moitié de l'arrondissement de Paos-Koto : 135 villages, soit une population de 18988 personnes au 01/01/1966

Phase II :

Lieu : Ngayokhème - Ndémène

Durée : Décembre 1967 - Février 1983

Secco de Ngayokhème (arrondissement de Noiakhar) : 8 villages, soit une population d'environ 4300 personnes au 01/12/1962

Secco de Ndémène : 30 villages, soit une population d'environ 60000 personnes au 01/12/1962.

Phase III :

Lieu : Siin, "Zone de Niakhar"

Durée : Mars 1983 – aujourd'hui

Communauté rurale de Ngayokhème (arrondissement de Niakhar) : 18 villages ont été suivis en phase I et 8 villages d'entre eux en phase II

La moitié de la communauté rurale de Diarer : 12 villages.

Au total, une population d'environ 26500 personnes en mars 1991.

Source : Garenne et Cantrelle, 1991

* Annexe A. 2 : Tirage de l'échantillon

Villages d'enquête selon le type de village, l'effectif de population, les effectifs d'hommes et de femmes de 20 à 54 ans, le nombre de concessions, la taille moyenne des concessions

Nom du village	N ° village	Type de village	Effectif de la population au 01/01/97	Effectifs 02/99		Echantillon	
				Femmes 15-54 ans	Hommes 20-69 ans	Femmes 15-54 ans	Hommes 20-69 ans
Tukar	19	Centre	3051	775	603	115	98
Diohine	21	Centre	2953	666	595	182	170
Ngayokhème	6	Centre	2029	488	412	94	66
Puday	18	Périph	938	211	175	115	88
Kalom	3	Périph	903	217	175	136	115
Pultok-Diohine	31	Périph	1218	267	235	166	150
Ngonin	17	Isolé	1690	399	376	122	130
Datel	11	Isolé	655	168	135	115	110
Khassus	24	Isolé	714	146	146	122	118
Total	-	-	-	3337	2852	1167	1045

* Annexe A. 3 : Statistiques de terrain

Répartition de l'échantillon selon le sexe et la participation à l'étude

	Hommes	Femmes	Total	%
Enquêtés 1 ^{er} passage	640	912	1552	70,2
Enquêtés 2 ^{er} passage	65	48	113	5,1
Enquêtés Dakar	99	79	178	8,0
Total enquêtés	804	1039	1843	85,3
Emigrés	22	45	67	3,0
Décédés	7	0	7	0,3
Sourds-Muets	1	2	3	0,1
Malades mentaux	0	2	2	0,1
Refus	1	0	1	0,1
Erreur d'âge	1	1	2	0,1
Absents (non retrouvés)	214	82	296	13,4
Total	1167	1045	2212	100,0

ICOFEC

ENQ : _____ |

DATE : |_:_|_:_|_:_|

ENQUETE "OPINION, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS RELATIFS A LA VIE FAMILIALE"

Zone de Niakhar

QUESTIONNAIRE HOMME

(Données imprimées à partir de la base de données sur l'échantillon sélectionné)

I. IDENTIFICATION

SI ABSENT

lieu : _____

(si norane, adresse précise)

motif : _____

date du départ : |_:_|_:_|_:_|

Les instructions en *italique* s'adressent à l'enquêteur.

INTRODUCTION

Nous menons une enquête pour l'Orstom, au sujet de la vie familiale dans les villages. Cette enquête doit nous permettre de mieux comprendre les besoins des familles au village.

Nous souhaitons que vous nous parliez, si vous êtes d'accord, des événements qui ont marqué votre vie :

- vos résidences successives, de votre naissance à aujourd'hui
- vos migrations temporaires pour trouver du travail, si vous en avez eu
- votre ou vos mariage(s)
- vos enfants

Toutes vos réponses resteront secrètes entre vous et moi.

Ce questionnaire est un peu long et nous nous excusons de prendre votre temps.

Êtes-vous d'accord ?

Oui

Non

Pouvez-vous nous raconter ces différents événements et je vous poserai ensuite des questions plus précises.

Remplir la fiche AGEVEN avec tous les événements cités en retraçant l'itinéraire résidentiel et les événements familiaux en prenant soin de conserver la chronologie des événements et en les plaçant au mieux dans le temps. Commencer en demandant à l'individu de raconter son enfance, où il est né, où il a grandi, ...

01. Êtes-vous allée à l'école ? 1 oui
2 non → |_|
02. type d'école : _____ nombre d'années : _____ |_|_|
 et/ou dernière classe fréquentée : _____
03. Exercez-vous une activité pendant la saison sèche ? 1 oui
2 non → 101
04. Laquelle ? _____ |_|_|

MODULE 1 : HISTOIRE MIGRATOIRE

Je vais reprendre l’histoire de vos migrations Complétez en fonction de ce que vous avez noté dans la fiche AGEVEN. Faites confirmer l’information par l’enquêté.

101. Lieu de naissance _____ /_/_/_/_/

Depuis sa naissance, énumérez les concessions et lieux de résidence, même temporaires

	102. Lieu : localité	103. pays quartier (si étranger) (si ville)	arrondissement (si village)	concession (si zone)	104. Date d'arrivée (mois / année)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Ne rien écrire
 105. U :urbain ; SU : semi-urbain ; R : rural
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_

Je vais maintenant vous parler des séjours que vous avez pu faire comme Norane ou Navétane

110. Est-il déjà parti pour travailler pendant la saison sèche comme Norane ? 1 oui 2 non → 120.
111. Combien de saisons a-t-il fait ? _____
112. Pouvez-vous nous parler de la première fois où vous êtes partie comme Norane → 112 (tableau)
113. Pouvez-vous nous parler de la dernière fois où vous êtes partie comme Norane → 113 (tableau)
120. Est-il déjà parti pour travailler pendant l’hivernage comme Navetane ? 1 oui 2 non →
121. Combien de saisons a-t-il fait ? _____
122. Pouvez-vous nous parler de la première fois où vous êtes partie comme Navetane → 122 (tableau)
123. Pouvez-vous nous parler de la dernière fois où vous êtes partie comme Navetane → 123 (tableau)

	112. 1 ^{ère} migration Norane	113. Dernière mig. Norane	122. 1 ^{ère} migration Navetane	123. Dernière mig. Navetane
Quel âge aviez-vous ?				
Où étiez vous logé ? (ville / quartier)				
chez qui ? (lien parenté)				
Quel emploi exerciez-vous ?				
Étiez-vous heureux de partir ?	1. Très 2.Un peu 3.Pas du tout <input type="checkbox"/>	1. Très 2.Un peu 3.Pas du tout <input type="checkbox"/>	1. Très 2.Un peu 3.Pas du tout <input type="checkbox"/>	1. Très 2.Un peu 3.Pas du tout <input type="checkbox"/>

130. Connaissez-vous Dakar ? 1. Oui 2. Non
131. Quelle(s) autre(s) ville(s) connaissez-vous ? _____

132. Quel(s) pays étranger(s) connaissez-vous ? _____

MODULE 2 : HISTOIRE MATRIMONIALE

SI CELIBATAIRE →MODULE 3

Je vais maintenant reprendre l’histoire de vos mariages
Utilisez les informations de la fiche AGEVEN en faisant confirmer !

201. Quel âge avait-il lors de son premier mariage : _____

|||

Histoire matrimoniale

N° mar	202. Nom de la femme	203. Lien de parenté avant le mariage parent pat.=PP parent mat.=PM non- parent=NP	204. Année de naissance de la femme ?	205. Est-ce un mariage hérité ? 0=oui →207 N=non	206. Qui a choisit la femme ? parents pat.=PP parents mat.=PM lui- même=LM→208	207. Aviez-vous un autre choix ? O/N	208. à quelle date avez-vous célébré le mariage	209. à quelle date la femme a-t-elle rejoint votre domicile	210. Issue du mariage M = en cours → 212 D = divorce V = veuvage	211. Date du divorce/ veuvage →mariage suiv.	212. Adresse de la femme
1											
2											
3											
4											
5											
6											
"											
"											
Etc.											

MODULE 3 : GROSSESSES, NAISSANCES ET CONTRACEPTION

301. Savez-vous dans quelles circonstances une femme qui a des rapports ne tombe pas enceinte ?

|_|_|

Tableau connaissance des contraceptifs modernes et traditionnels

Méthode	302. Connaissez-vous des méthodes pour retarder ou empêcher une grossesse ?	303. Avez-vous déjà entendu parler de ? (citer chaque méthode)	305. a déjà utilisé
a. pilule <i>Comprimé</i>	_	_	_
b. injection <i>Piqûre</i>	_	_	_
c. DIU <i>Appareil</i>	_	_	_
d. condom <i>Capote</i>	_	_	_
e. ogino, méthode des cycles, continence périodique	_	_	_
f. retrait	_	_	_
g. abstinence	_	_	_
h. plantes	_	_	_
i. gris-gris	_	_	_
j. autres (précisez)	_	_	_
aucune		↓	

304. Est-ce que cela vous est déjà arrivé de faire quelque chose (vous ou votre partenaire) pour empêcher une grossesse ?

1 oui

2 non → 311.

305. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ?

→ Compléter la troisième colonne du tableau

EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE POUR TOUTES LES EPOUSES (UNIONS EN COURS)

N° mar	311. Nom de la femme	312. À quel stade reproductif est-elle ? O tog=TO O kulog=KU O jeek=JE O moxolaare=MO O teo kenu=TK O mak=MA	313. Cette femme a-t-elle eu son "tour" avec vous dans les 30 derniers jours ? O=oui →315. N=non.	314. Pourquoi ? 1. gross./allaitement 2. en voyage 3. ne veut pas de grossesse 4. discorde 5. malade 6. héritage 7. autre (précisez) 8. → 318.	315. Avez-vous fait quelque chose pour empêcher ou retarder la venue d'une grossesse avec elle ? O=oui N=non →318.	316. Qu'avez-vous utilisé le plus au cours des 30 derniers jours ? 1. abstinence→ 318 2. retrait→ 318 3. méthode mod. (précisez) 4. méthode trad. (précisez) 5. allaitement./amménorrhée →318 6. autre→318	317. Où vous êtes-vous procuré cette méthode ?	318. Avec tous le respect pour Dieu, combien d'enfants voudriez vous avoir encore avec (<i>nom de la femme</i>) <i>si ≠TK et MA</i>

IRD / UdeM – questionnaire homme -

Je vais maintenant reprendre toutes les grossesses de vos épouses en commençant par la première.

(Reprendre les grossesses et naissances décrites sur la fiche AGEVEN en commençant par la 1^{ère} grossesse et en faisant confirmer)

N° de gross.	N° de mar.	321. Nom de la mère <i>Inscrire le nom de chaque femme, (en commençant par le premier mariage, et la liste de ses grossesses. Compléter la liste pour chaque femme avant de continuer.</i>	322. Nom de l'enfant Enfant est né en vie mais décédé avant le baptême = PDN Mort-né = MN → 323+324 FIN Fausse-couche = FC → 323 FIN Avortement = A → 323 FIN	323. Sexe M ou F	324. Date d'accouchement	325. Résidence actuelle de l'enfant concession = C → <i>gross.suiv.</i> vit ailleurs = VA → 328 décédé = D	326. Date de décès	327. Où l'enfant vivait-il au moment du décès ? concession = C → <i>gross suiv</i> vivait ailleurs = VA	328. Chez qui ? parent pat=PP parent mat=PM Non-parent=NP	329. Est-ce un arrangement permanent ou temporaire ? temp = T perm = P	330. Motif du confiage
1					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
2					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
3					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
4					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
5					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
6					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
7					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
8					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
9					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
10					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
11					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
12					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
13					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
"					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
"					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _
Etc.					_ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_ _

331. Vous avez un total de ____ enfants nés vivants, ____ mort-nés, ____ avortements avec toutes les femmes que vous avez eu. Est-ce exact ? ____

Vous avez cité tous les enfants que vous avez eu avec votre (vos) épouse(s).

341. Avez-vous eu d'autres enfants en dehors du mariage ?

1 oui

2 non → 340.

└┐

	342. Nom de la mère	343. Nom de l'enfant Enfant est né en vie mais décédé avant le baptême = PDN Mort-né = MN → 345 FIN Fausse-couche = FC → 345 FIN Avortement = A → 345 FIN	344. Sexe M ou F	345. Date d'accouchement	346. Résidence actuelle de l'enfant concession = C → <i>enfant suivant</i> vit ailleurs = VA → 349 décédé = D	347. Date de décès	348. Où l'enfant vivait-il au moment du décès ? concession = C → <i>enfant suiv</i> vivait ailleurs = VA	349. Chez qui ? parent pat=PP parent mat=PM Non- parent=NP	350. Est-ce un arrangement permanent ou temporaire ? temp = T perm = P	351. Motif du confiage
1				└┐└┐└┐└┐		└┐└┐└┐└┐				└┐
2				└┐└┐└┐└┐		└┐└┐└┐└┐				└┐
3				└┐└┐└┐└┐		└┐└┐└┐└┐				└┐
4				└┐└┐└┐└┐		└┐└┐└┐└┐				└┐
5				└┐└┐└┐└┐		└┐└┐└┐└┐				└┐

ENFANTS CONFIES

Je voudrais maintenant que vous me parliez des enfants que vous n'avez pas produits mais qui sont à votre charge actuellement. En avez-vous ?

1 oui
2 non →400.

Je voudrais commencer par le plus âgé.

Lister tous les enfants vivants à la charge de l'enquêté.

N° de l'enfant	361. Nom de l'enfant	362. Sexe M ou F	363. Âge en années	364. A quelle date est arrivé l'enfant ? (mois/année)	365. Lien de parenté avec la mère de l'enfant ?	366. Lien de parenté avec le père de l'enfant ?	367. Est-ce un arrangement permanent ou temporaire ? Temp = T Perm = P	368. Motif du confiage
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

□ (9) NSP

□□□

**Je vous remercie beaucoup pour l'aide que vous nous apportez en répondant à ce questionnaire.
Avez-vous des questions ou des commentaires à formuler ?**

Commentaires de l'enquêteur(trice)

Qualité de l'entretien :

Très bon bon moyen mauvais très mauvais

Autres personnes présentes :

Contrôleur : _____

Date de contrôle : |_:|_:|_:|

ICOFEC

ENQ : _____ |

DATE : |_:_|_:_|_:_|

ENQUETE "OPINION, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS RELATIFS A LA VIE FAMILIALE"

Zone de niakhar

QUESTIONNAIRE FEMME

(Données imprimées à partir de la base de données sur l'échantillon sélectionné)

I. IDENTIFICATION

SI ABSENTE

lieu : _____

(si norane, adresse précise)

motif : _____

date du départ : |_:_|_:_|_:_|

ID |_|_|_|_|

Les instructions en *italique* s'adressent à l'enquêteur.

NOTE : Les questions introductives et celles du module 1 sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Nous ne les reprenons pas ici pour éviter d'alourdir la présentation

MODULE 2 : HISTOIRE MATRIMONIALE

SI CELIBATAIRE →MODULE 3

Je vais maintenant reprendre l’histoire de vos mariages
Utilisez les informations de la fiche AGEVEN en faisant confirmer !

201. *Quel âge avait-elle lors de son premier mariage :* _____

|||

Histoire matrimoniale

N° mar	202. Nom du mari	203. Lien de parenté avant le mariage -parent pat.=PP -parent mat.=PM -non-parent=NP	204. Année de naissance du mari	205. Sagissait-il d'un mariage obligé ? O/N	206. Aviez-vous un autre choix ? O/N	207. S'agissait-il d'un mariage hérité ? O/N	208. A quelle date a-t-on célébré le mariage ? (au moins le mois et l'année)	209. A quelle date avez-vous rejoint le domicile de votre mari ? (au moins le mois et l'année)	210. Quel était à ce moment là votre rang dans le mariage ? 1 ^{ère} épouse=E1 2 ^{ème} épouse=E2 ...	211. Issue du mariage M = en cours → 213 D = divorce V = veuvage	212. Date du divorce/veuvage → <i>mariage suiv.</i>	213. Adresse du mari
1												
2												
3												
"												
Etc.												

MODULE 3 : GROSSESSES, NAISSANCES ET CONTRACEPTION

Je vais maintenant reprendre toutes vos grossesses en commençant par la première.

(Reprendre les grossesses et naissances décrites sur la fiche AGEVEN en commençant par la première grossesse et en faisant confirmer (insister sur les grossesses avant le mariage)

N° de mar.	301. Nom du père	302. Nom de l'enfant Enfant est né en vie mais décédé avant le baptême = PDN Mort-né = MN → 304 FIN Fausse-couche = FC → 304 FIN Avortement = A → 304 FIN	303. Sexe M F	304. Date d'accouchement (au moins le mois et l'année)	305. Résidence actuelle de l'enfant concession = C → gross suiv. vit ailleurs = VA → 308 décédé = D	306. Date de décès (au moins le mois et l'année)	307. Où l'enfant vivait-il au moment du décès ? concession = C → gross suiv vivait ailleurs = VA	308. Chez qui ? parent pat=PP parent mat=PM non-parent=NP	309. Est-ce un arrangement permanent ou temporaire ? temp = T perm = P	310. Motif du confiage
1				_ _ _		_ _ _				_
2				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _
3				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _
4				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _
"				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _
"				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _
Etc.				~ _ _ _		~ _ _ _				~ _

311. Vous avez un total de _____ enfants nés vivants, _____ mort-nés, _____ fausse-couches et _____ avortements. Est-ce exact ? _____

ENFANTS CONFIES

Je voudrais maintenant que vous me parliez des enfants que vous n'avez pas produits mais qui sont à votre charge actuellement. En avez-vous ?

1 oui
2 non → 320

Lister tous les enfants vivants à la charge de l'enquêtée.

N° de l'enfant	321. Nom de l'enfant	322. Sexe M ou F	323. Âge en années	324. A quelle date est arrivé l'enfant ? (mois/année)	325. Lien de parenté avec la mère de l'enfant ?	326. Lien de parenté avec le père de l'enfant ?	327. Est-ce un arrangement permanent ou temporaire ? Temp = T Perm = P	328. Motif du confiage
1					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
5					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
6					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
7					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
8					<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

SI DIVORCEE, VEUVE OU CELIBATAIRE → 336.

331. Combien de co-épouses avez vous actuellement ? _____ 332. Combien vivent avec vous dans la concession ? _____

333. Dans quelle catégorie reproductive situez-vous votre mari ?

Cocher ici	Catégories reproductives
<input type="checkbox"/>	O fes
<input type="checkbox"/>	O kornokoulog
<input type="checkbox"/>	O waxambane
<input type="checkbox"/>	O kor o mak
<input type="checkbox"/>	O mak (o nogoy)

→ FIN

FE
KO
WA
KM
MA

334. Il arrive qu'une femme ne prenne pas son tour avec son mari. Avez-vous pris votre tour dans les 30 derniers jours ? 1 oui → 337.
2 non

335. Pourquoi ? 4- discorde

1- grossesse / allaitement 2- il est en voyage
entourer les réponses citées 3- pour éviter une grossesse
 5- malade 6- lévirat (mariage hérité)
 → 337. 7- autre : _____

336. Veuillez excuser ma question, mais je voudrai savoir s'il vous est arrivé d'avoir des rapports sexuels au cours des 30 derniers jours ? 1 oui
2 non

337. Savez-vous dans quelles circonstances une femme qui a des rapports ne tombe pas enceinte ?



Méthode	338. Connaissez-vous des méthodes pour retarder ou empêcher une grossesse ?	339. Avez-vous déjà entendu parler de ? (citer chaque méthode)	341. a déjà utilisé	343. utilise actuellement (30 derniers jours)
a. pilule <i>Comprimé</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. injection <i>Piqûre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. DIU <i>Appareil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. condom <i>Capote</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ogino, méthode des cycles, continence périodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. abstinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. plantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. gris-gris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aucune				
--------	--	--	--	--

340. Est-ce que cela vous est déjà arrivé de faire quelque chose pour empêcher une grossesse ? 1 oui
2 non → 345.

341. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ? → compléter la troisième colonne du tableau

342. Avez-vous fait quelque chose pour éviter ou retarder une grossesse au cours des 30 derniers jours ? 1 oui
2 non → 345.

343. Qu'avez-vous utilisé le plus souvent au cours des trente derniers jours ?
→ compléter la quatrième colonne du tableau

344. Où vous êtes vous procurée cette méthode : _____

345. Excusez-moi de cette question indiscrète, mais je voudrais savoir si vous avez vu vos règles au cours des 30 derniers jours ? 1 oui → 347.
2 non

346. Pourquoi n'avez-vous pas vu vos règles ?
1- accouchement récent/allaitement 2- grossesse
3- trop vieille/trop jeune 4- malade
8- ne sais pas 6 autre _____

347. Dans quelle catégorie de vie reproductive vous situez-vous ?

Cocher ici	Catégories reproductives	
<input type="checkbox"/>	O tog	TO
<input type="checkbox"/>	O kulog	KU
<input type="checkbox"/>	O jeek	JE
<input type="checkbox"/>	O moxolaare	MO
<input type="checkbox"/>	O teo kenu	TK
<input type="checkbox"/>	O mak	MA

→ FIN

348. Avec tout le respect pour Dieu, combien d'enfants au total voudriez-vous avoir pour le restant de votre vie ? _____

nombre de garçons ____|____| nombre de filles ____|____| (77) autant que Dieu voudra (88) NSP →FIN

Je vous remercie beaucoup pour l'aide que vous nous apportez en répondant à ce questionnaire.

Avez-vous des questions ou des commentaires à formuler ?

Commentaires de l'enquêteur(trice)

Qualité de l'entretien :

Très bon bon moyen mauvais très mauvais

Autres personnes présentes :

Contrôleur : _____

Date de contrôle : |_|: |_|: |_|: |_|

Annexes B : Enquêtes offre de PF et OFEC

* Annexe B. 1 Aperçu d'une page registre de PF

N° d'ordre (1)	N° année (2)		Nouveau dans le programme (3)		Nom, Prénom (4)	Age (5)	Adresse (6)	Méthodes (7)	Raison visite (8)	effets secondaires (9)	Observations (10)
	nouveau	ancien	oui	non							

* Annexe B. 2 Instructions de remplissage du registre de PF

- 1) N° d'ordre de séquentiel annuel est attribué à toute femme consultante. Ex : la 1^{ière} femme de l'année 1993 portera le n° d'ordre 1.
- 2) Porter le n° d'identification de l'acceptante. Ex : Son n° d'identification est 1/93 (la 1^{ière} femme de l'année 1993).
- 3) Demander si c'est la première fois que la femme entre dans le programme et mettre une croix dans la colonne appropriée.
- 4) Porter le prénom et le nom de l'acceptante.
- 5) Mentionner l'âge de l'acceptante.
- 6) Mentionner l'adresse précise : domicile (rue et n° ou s/c de...), quartier, ville, village...
- 7) Porter la quantité du produit contraceptif donné dans la colonne correspondante.
- 8) Mettre une croix si c'est la raison de la visite.

- 9) Préciser la raison, type de complication ou autre raison.
 10) Mentionner les observations complémentaires.

* Annexe B. 3 : Présentation d'une fiche individuelle de consultation en PF

Année 1 ^{ère} consultation	Age	Lieu de résidence	Méthodes prescrites			Caractéristiques socio-démographiques					
			pilule	Injection	spermicide	Religion	Ethnie	Situation matrimoniale	Source d'information	Niveau d'instruction	Profession du mari

* Annexe B. 4: Caractéristiques socio-démographiques des utilisatrices de la planification familiale dans les postes de santé

Répartition (en %) des nouvelles consultantes, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à Niakhar et à Toucar en 1998, 1999 et 2000

Caractéristiques	Niakhar			Toucar		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<i>Age</i>						
Age moyen	31,6	30,7	31,1	32,2	27,4	31,9
% 18-19	2,4 (1)	3,3 (2)	1,5 (1)	0,0 (0)	7,4 (2)	2,4 (1)
% 20-29	42,9 (18)	37,7 (23)	40,9 (27)	50,0 (15)	29,6 (8)	38,1 (16)
% 30-39	28,6 (12)	36,1 (22)	42,4 (28)	43,3 (13)	40,7 (11)	35,7 (15)
% 40-49	16,7 (7)	13,1 (8)	9,1 (6)	6,7 (2)	22,2 (6)	23,8 (10)
Non déclaré	9,5 (4)	9,8 (6)	6,1 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Niveau d'instruction						
Non scolarisé	64,3 (27)	70,5 (43)	66,7 (44)	50,0 (15)	66,7 (18)	78,6 (33)
Primaire	19,0 (8)	14,8 (9)	16,7 (11)	23,3 (7)	11,1 (3)	11,9 (5)
Secondaire	7,1 (3)	8,2 (5)	9,1 (6)	10,0 (3)	7,4 (2)	7,1 (3)
Supérieur	0,0 (0)	0,0 (0)	1,5 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Non déclaré	(9,5 4)	6,6 (4)	6,1 (4)	16,7 (5)	14,8 (4)	2,4 (1)
Situation matrimoniale						
Célibataire	7,1 (3)	3,3 (2)	3,0 (2)	6,7 (2)	3,7 (1)	7,1 (3)
Mariée	78,6 (33)	91,8 (56)	89,4 (59)	83,3 (25)	92,6 (25)	85,7 (36)
Divorcée. veuve	9,5 (4)	3,3 (2)	3,3 (1)	3,3 (1)	0,0 (0)	4,8 (2)
Non renseigné	2,4 (1)	1,6 (1)	6,1 (4)	6,7 (2)	3,7 (1)	2,4 (1)
Nombre d'enfants vivants						
Nombre moyen	4,7	4,8	4,5	4,1	3,3	3,2
% 0	0,0 (0)	3,3 (2)	0,0 (0)	3,3 (1)	0,0 (0)	2,4 (1)
% 1-2	33,3 (14)	13,1 (8)	24,2 (16)	33,3 (10)	33,3 (9)	28,6 (12)
% 3-4	11,9 (5)	26,2 (16)	27,3 (18)	16,7 (5)	7,4 (2)	14,3 (6)
% 5 et +	45,2 (19)	55,7 (34)	42,4 (28)	40,0 (12)	55,6 (15)	50,0 (21)
Non déclaré	9,5 (4)	1,6 (1)	6,1 (4)	6,7 (2)	3,7 (1)	4,8 (2)
Total	100,0 (42)	100,0 (61)	100,0 (66)	100,0 (30)	100,0 (27)	100,0 (42)

() : Entre parenthèses effectif

* Annexe B. 5: Sources d'information des nouvelles clientes en planification familiale

Sources d'information	1997	1998	1999	2000
Niakhar				
Affiche	0.0	0.0	0.0	0.0
Agent de santé	7.4	19.5	6.6	15.2
Amie parente	54.3	61.0	60.7	21.2
Groupement	1.2	0.0	3.3	6.1
Mari	17.3	4.9	3.3	18.2
Radio. TV	0.0	0.0	3.3	15.2
Autres	0.0	4.9	0.0	9.1
NR. ND	19.8	9.8	14.8	15.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Toucar				
Affiche	3.4	6.7	0.0	9.5
Agent de santé	34.5	16.7	25.9	9.5
Amie parente	41.4	33.3	66.7	61.9
Groupement	0.0	0.0	0.0	0.0
Mari	13.8	20.0	0.0	7.1
Radio. TV	3.4	20.0	3.7	7.1
Autres	0.0	0.0	0.0	0.0
NR. ND	3.4	3.3	3.7	4.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* Annexe B. 6 : Guide d'entretien détaillé d l'enquête qualitative OFEC

« OPINIONS FECONDITE ET CONTRACEPTION (OFEC) »

Ce tableau donne une indication des informations recueillies. Vu l'aspect sensible du sujet abordé, on partait de questions très générales "les conditions de vie actuelles au village" et, par la suite, on incitait par des interrogations ciblées à l'évocation des thèmes qui nous préoccupaient.»

Thèmes abordés	Informations recueillies
<p>• Opinions des jeunes sur la fécondité et la contraception</p> <p><u>G1 : Caractéristiques des personnes à interroger</u></p> <p>Age : 15-29 ans</p> <p>Sexe : H et F</p> <p>Expérience urbaine : oui</p> <p>Expérience contraceptive : oui</p> <p><u>G2 : Caractéristiques des personnes à interroger</u></p> <p>Âge : 15-29 ans</p> <p>Sexe : H et F</p> <p>Expérience contraceptive : oui</p> <p>Expérience urbaine : non</p>	<p>Nous avons cherché à comprendre les opinions des migrants sur la fécondité et la contraception en général afin de mieux expliquer leur recours relativement plus important à la contraception. Pour entrer dans le vif du sujet il était question de recueillir leur avis sur la gestion de la fécondité (projet de fécondité, relations homme femme...)</p> <p>Tout d'abord, il était important de savoir comment ils ont connu la contraception (les méthodes). Au-delà de la connaissance de la contraception, nous avons essayé d'appréhender les réseaux qu'ils mobilisent pour accéder à l'offre de moyens contraceptifs à savoir, les circuits formels (hôpitaux pharmacies du secteur public ou privé) informels ou parallèles (marchés...). Aussi, nous avons recueilli des informations relatives à leurs opinions sur la perception qu'ils ont des services de planification familiale (PF) en général, les éventuelles difficultés que les jeunes rencontrent au village pour se procurer une méthode (attitude des adultes, accueil dans les centres de PF, problèmes de discrétion...)</p> <p>Le but ici était de conforter l'idée d'une diffusion par les pairs migrants des connaissances. Pour ce faire, nous avons récolté auprès de ces jeunes des informations sur les rapports qu'ils entretiennent avec leurs camarades migrants (types d'échanges, sujets de discussion...). Pour avoir une vision contrastée des choses, nous avons évoqué leur conception de la famille en général (notamment les enfants qu'ils souhaitent avoir), la nature des relations qu'ils établissent (si marié) ou qu'ils pensent établir (si non marié) avec leur épouse. Cette étape pouvait aussi nous conduire à l'évocation de la PF. (Connaissance, sources principales d'information –ami(e)s, centres PF ou autres circuits-, avis sur son utilisation).</p>

Suite du tableau guide d'entretien détaillé

<p>• Opinions des hommes et des femmes en union sur la gestion de la fécondité et l'offre de Planification familiale</p> <p><u>G1 : Caractéristiques des personnes à interroger</u></p> <p>Âge : 30-40 ans</p> <p>Sexe : H et F</p> <p>Situation matrimoniale : mariés</p> <p>Expérience urbaine : oui</p> <p>Connaissance de la contraceptive : oui</p>	<p>La principale information recherchée ici est la perception des rôles des époux (avis homme et avis femme) en général.</p> <p>Dans ce groupe, il était intéressant de rechercher l'existence d'un début de changement de mentalité. A cet effet, nous avons essayé de recueillir leur avis sur leur perception de la forte et de la faible fécondité, leur avis sur la régulation des naissances (licite ou pas – justifications -). Dans ce même ordre d'idées, il était aussi important d'évoquer les cas où une personne pourrait être amenée à limiter ses naissances. Ce qui nous a amené à recueillir leur impression sur les services de PF (est ce une bonne ou une mauvaise chose), leur perception des personnes qui utilisent la contraception, la perception qu'elle croit que les autres ont de ces dernières.</p>
<p>• Fécondité, contraception et prises de décision en union</p> <p><u>G2 : Caractéristiques des personnes à interroger</u></p> <p>Âge : 30-40 ans</p> <p>Sexe : H et F</p> <p>Situation matrimoniale : mariés</p> <p>Expérience urbaine : oui</p> <p>Expérience contraceptive : oui</p>	<p>Le recueil d'information sur la prise de décision en matière de fécondité et de contraception ne va concerner que les personnes en union. Entre autres renseignements, nous avons évoqué les normes construites dans le « couple ». Tout d'abord, voir s'il existe une communication entre époux en matière de fécondité. Y a-t-il une discussion préalable sur le projet de fécondité ? La femme arrive-t-elle à en parler avec son époux ou l'époux en discute-t-il avec son épouse ? Par ce moyen, nous avons essayé de saisir les différents niveaux décisions.</p> <p>La logique de cette entrevue veut qu'on évoque, si projet de fécondité il y a, les moyens de sa réalisation. Ainsi, il était opportun de parler de comment étaient prises les décisions. S'agit-il d'une concertation entre époux, d'une décision unilatérale de l'un d'entre eux ? En cas d'avis contraire, est ce que l'un des conjoints impose son opinion ? Nous avons aussi demandé à la femme, outre son époux, s'il y avait une tierce personne qui pouvait s'opposer à son recours éventuel à la contraception.</p>

Annexes C : Tableaux compléments d'analyse des résultats ICOFEC

* Annexe C. 1 : Taux brut de natalité, de mortalité, d'immigration, d'émigration et taux de croissance de la population

ANNEE	Population moyenne	Taux natalité (‰)	Taux mortalité (‰)	Taux d'immigration (‰)	Taux d'émigration (‰)	Taux de croissance naturelle (‰)	Taux de croissance réelle (‰)
1984	23299	53,1	24,0	33,3	48,6	2,9	1,4
1985	23526	46,5	30,2	27,5	38,4	1,6	0,5
1986	23968	53,4	18,8	42,3	45,7	3,5	3,1
1987	24557	50,6	24,4	41,5	50,0	2,6	1,8
1988	24890	48,8	18,1	40,5	61,5	3,1	1,0
1989	25341	50,0	15,8	38,9	47,0	3,4	2,6
1990	25779	44,8	14,9	40,7	62,2	3,0	0,8
1991	25961	45,6	16,6	30,2	52,8	2,9	0,6
1992	26170	44,3	16,5	36,3	54,3	2,8	1,0
1993	26716	45,7	17,4	41,0	38,1	2,8	3,1
1994	27488	42,5	14,7	49,7	51,6	2,8	2,6
1995	28119	41,1	15,5	35,5	41,7	2,6	1,9
1996	28721	43,3	16,3	40,2	44,4	2,7	2,3
1997	29434	42,3	12,8	28,7	31,7	2,9	2,6
1998	29833	39,7	23,9	32,3	47,3	1,6	0,1
1999	29923	40,4	19,8	27,6	43,3	2,1	0,5
1984-1988	24048	50,5	23,0	37,1	49,0	2,7	1,6
1989-1993	25993	46,0	16,3	37,4	50,8	3,0	1,6
1994-1999	28919	41,6	17,2	35,4	43,3	2,4	1,6
1984-1999	26483	45,5	18,6	36,5	47,2	2,7	1,6

* Annexe C. 2 : Répartition des hommes connaissant la contraception moderne selon le niveau d'instruction et quelques caractéristiques socio-démographiques (N=804)

Caractéristiques	Niveaux d'instruction				Tous niveaux	Ne connaît pas	Total	Effectif
	Sans	Primaire (C+I)	Second. et +	Autres ^b				
Age								
20-34	32,4	43,9	85,2	32,5	46,3	53,7	100,0	144
35-49	19,2	38,2	81,8	26,1	29,5	70,5	100,0	191
50 et +	11,2	14,3	33,3	30,8	13,1	86,9	100,0	187
Zone de résidence								
Concentrée	24,2	38,5	84,6	27,5	37,1	62,9	100,0	536
Dispersée	11,9	40,6	62,5	33,3	23,1	76,9	100,0	268
Religion								
Musulmane	18,7	32,9	78,2	30,0	28,9	71,1	100,0	588
Catholique	23,3	53,2	90,3	33,3	43,7	56,3	100,0	199
Traditionnelle	10,0	0,0	a	0,0	7,7	92,3	100,0	13
Autres	50,0	100,0	a	a	75,0	25,0	100,0	4
Situation matrimoniale								
Célibataire	31,4	46,4	89,1	42,9	54,1	45,9	100,0	196
Monogame	18,7	39,8	76,9	20,5	27,5	72,5	100,0	422
Polygame	16,2	27,8	40,0	40,0	21,4	78,6	100,0	173
Divorcé. Veuf	25,0	0,0	a	0,0	15,4	84,6	100,0	13
Activité								
Sans	11,0	28,8	78,3	16,7	21,7	78,3	100,0	249
Commerçant	22,0	34,5	88,9	36,0	28,9	71,1	100,0	242
Artisan	26,2	26,9	33,3	25,0	26,8	73,2	100,0	82
Transporteur	37,5	26,7	100,0	50,0	37,9	62,1	100,0	29
Salarié temporaire	30,0	70,2	87,9	36,4	53,7	46,3	100,0	164
Formation	0,0	50,0	91,7	a	80,0	20,0	100,0	15
Autres	16,7	20,0	100,0	0,0	17,4	82,6	100,0	23
Expérience saisonnière								
Aucune	12,5	30,6	82,2	35,3	28,1	71,9	100,0	
Au moins une	24,2	41,7	82,9	28,8	34,8	65,2	100,0	
<i>Total</i>	19,6	39,2	82,6	30,3	32,5	67,5	100,0	804

a. : aucun individu de la catégorie n'est concerné ; b. : alphabétisation, école arabe et école coranique

* Annexe C. 3 : Répartition (%) des femmes connaissant la contraception moderne selon le niveau d'instruction et quelques caractéristiques socio-démographiques (N=1039)

	Niveau d'instruction				Non renseigné	Tous niveaux	Ne connaît pas	Ensemble	Effectif
	Sans	Primaire (C+I)	Second. et +	Autres ^b					
Age									
15-29	12,6	26,4	32,0	14,8	a	17,3	82,7	100,0	504
30-44	12,2	38,5	100,0	29,4	0,0	19,9	80,1	100,0	377
45 et +	7,6	35,3	100,0	14,3	0,0	11,4	88,6	100,0	158
Zone de Résidence									
Concentré	10,9	34,4	50,0	17,8	a	18,5	81,5	100,0	710
Dispersé	12,7	20,8	0,0	24,1	0,0	14,9	85,1	100,0	329
Religion									
Musulmane	12,1	31,5	42,1	18,6	0,0	17,2	82,8	100,0	808
Catholique	10,3	28,9	57,1	20,0	a	18,6	81,4	100,0	215
Traditionnelle	0,0	a	a	50,0	a	7,1	92,9	100,0	14
Autres	0,0	a	a	a	a	0,0	100,0	100,0	2
Situation matrimoniale									
Célibataire	8,8	20,4	39,1	16,0	a	16,9	83,1	100,0	177
Monogame	13,0	32,3	50,0	24,5	0,0	18,6	81,4	100,0	479
Polygame	10,0	38,2	100,0	9,1	a	15,2	84,8	100,0	349
Divorcée, Veuve	16,7	28,6	100,0	50,0	a	23,5	76,5	100,0	34
Activité									
Sans	8,7	19,8	50,0	14,8	0,0	12,7	87,3	100,0	687
Commerçante	19,5	56,0	0,0	32,0	a	30,7	69,3	100,0	189
Artisan	7,1	66,7	a	50,0	a	21,1	78,9	100,0	19
transporteur	17,7	29,0	75,0	14,3	a	21,5	78,5	100,0	135
Formation	a	a	0,0	a	a	0,0	100,0	100,0	
Autres	25,0	50,0	a	a	0,0	28,6	71,4	100,0	7
Expérience saisonnière									
Aucune	8,3	25,6	48,1	14,3	0,0	15,6	84,4	100,0	353
Au moins une	13,1	34,4	50,0	20,5	0,0	18,2	81,8	100,0	686
Total	11,5	30,9	48,5	19,6	0,0	17,3	82,7	100,0	1039

a. : aucun individu de la catégorie n'est concerné ; b. : alphabétisation, école arabe et école coranique

* Annexe C. 4 : Répartition (%) des femmes selon le niveau d'instruction et quelques caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	Effectif
	Sans	Primaire (C+I)	Second +	Autre	Non renseigné		
Age							
15-24	56,9	24,0	6,6	12,6	-	100	350
25-34	60,9	23,9	2,8	12,5	-	100	289
35-44	77,7	15,3	0,4	6,2	0,4	100	242
45-54	83,5	10,8	0,6	4,4	0,6	100	148
Zone de résidence							
Concentré	67,7	21,7	4,5	10,3	-	100	710
Dispersé	74,2	16,1	0,3	8,8	0,6	100	329
Religion							
Musulmane	68,7	20,0	2,4	8,7	0,2	100	808
Catholique	58,6	20,9	6,5	14,0	-	100	215
Autre	85,7	-	-	14,3	-	100	14
Non renseigné	100,0	-	-	-	-	100	2
Situation matrimoniale							
Célibataire	45,2	27,7	13	14,1	-	100	177
Marié monogame	67,2	20,0	1,3	11,1	0,4	100	479
Marié polygame	77,1	15,8	0,9	6,3	-	100	349
Divorcé, Veuf	70,6	20,6	2,9	5,9	-	100	34
Activité							
Sans	70,6	17,6	3,8	7,9	0,1	100	687
Commerçant	59,8	26,5	0,5	13,2	-	100	189
Artisan	73,7	15,8	-	10,5	-	100	19
Salarié temporaire	58,5	23,0	3	15,6	-	100	135
Formation	-	-	100,0	-	-	100	2
Non renseigné	66,7	33,3	-	-	-	100	6
Expérience norane							
Oui	64,9	23,2	7,6	4	0,3	100	353
Non	67,9	18,2	0,9	12,8	0,1	100	686
Ensemble							
%	66,9	19,9	3,2	9,8	0,2	100	
Effectif	695	207	33	102	2		1039

* Annexe C. 5 : Répartition (%) des Hommes selon le niveau d'instruction et quelques caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau d'instruction					Tous niveaux	Effectif
	Sans	Primaire (C+I)	Second +	Autre ^a	Non renseigné		
Age							
15-24	27,1	39,6	22,9	10,4	-	100	144
25-34	37,7	34,6	14,7	13,1	-	100	191
35-44	52,4	26,7	8,6	11,2	1,1	100	187
45-54	71,1	17,3	6,5	5	-	100	139
55 et +	83,9	10,5	-	5,6	-		143
Zone de résidence							
Concentré	50,2	27,6	14,6	7,5	0,2	100	536
Dispersé	59,3	23,9	3	13,4	0,4	100	268
Religion							
Musulmane	55,4	24,8	9,4	10,2	0,2	100	588
Catholique	45,2	31,2	15,6	7,5	0,5	100	199
Autre	76,9	15,4	-	7,7	-	100	13
Non R.	50	50	-	-	-	100	4
Situation matrimoniale							
Célibataire	26	35,2	28,1	10,7	-	100	196
Marié monogame	59,7	24,4	6,2	9,2	0,5	100	422
Marié polygame	67,6	20,8	2,9	8,7	-	100	173
Divorcé, Veuf	61,5	30,8	-	7,7	-	100	11
Activité							
Sans	62,2	23,7	9,2	4,8	-	100	249
Commerçant	62,0	24,0	3,7	10,3	-	100	242
Artisan	51,1	31,7	7,3	9,8	-	100	82
transporteur	27,6	51,7	6,9	13,8	-	100	29
Salarié temporaire	36,6	28,7	20,1	13,4	1,2	100	164
Formation	6,7	13,3	80	-	-	100	15
Autre	52,2	21,7	4,3	21,7	-		23
Expérience norane							
Oui	49,7	31,2	7,8	11,3	-	100	536
Non	59,8	17,4	16	6	0,7	100	268
Ensemble %	53,2	26,4	10,7	9,5	0,2	100	

a. : alphabétisation, école arabe et école coranique

* Annexe C. 6 : régression logistique de la connaissance de la contraception des hommes et des femmes selon certaines caractéristiques

Variables	Contraception moderne		Contraception naturelle		Contraception traditionnelle	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge						
15-19	--	0.49	--	0.18**	--	0.22*
20-24	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
25-29	1.22	0.95	1.42	1.31	1.12	0.49
30-34	0.59	1.42	3.51*	1.11	1.66	1.15
35-39	0.55	0.97	1.32	0.56	2.02	0.66
40-44	0.75	0.50	0.53	a	2.63	0.78
45-49	0.24**	0.70	0.88	1.12	3.58*	0.70
H 50-59 F 50-54	0.31**	0.39	0.12	0.28	3.36*	1.53
H 60-69	0.20**	--	0.23	--	7.81***	--
Zone d'activité						
Faible	0.66*	0.85	0.53	0.94	0.99	1.39
Intense et moyenne	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Expérience migratoire^b						
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1-4	0.97	1.07	0.89	1.28	1.06	1.40
5+	1.83**	1.49	2.07	1.39	1.16	0.87
Durée de résidence Dakar après 15 ans						
0	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1-4 ans	1.92	1.10	0.78	0.45	1.03	0.96
5 ans et plus	1.45	1.12	0.84	1.20	1.04	0.66
Religion						
Musulmane	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Chrétienne	1.65**	0.96	1.59	1.97*	1.11	0.91
Traditionnelle	0.24	0.65	1.64	--	1.12	0.99
Niveau d'instruction						
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Primaire incomplet	1.16	2.84***	3.02**	2.13	1.40	2.32**
Primaire complet	2.35**	3.71***	4.65***	3.28*	1.88	3.09*
Secondaire +	9.84***	12.39***	22.56***	8.41***	1.19	1.12
Autre	1.16	1.51	1.27	1.46	2.09*	2.44*
Situation matrimoniale						
Célibataires	1.33	0.93	0.95	1.38	0.86	0.77
En union monogame	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
En union polygame	1.49	1.11	1.26	0.96	1.47	0.91
Veuf(ve)-divorcé(e)	0.78	1.30	a	1.41	0.47	0.74
Activité de saison sèche						
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Commerçant	2.85**	3.05***	1.15	0.47	1.00	2.86***
Commerce d'animaux	1.97*	4.30*	0.76	3.84	1.76*	12.22***
Artisan	1.03	2.00	0.68	a	1.13	0.79
Transporteurs	1.85	--	0.70	--	0.33	--
Salarié temporaire	2.70***	1.87*	1.38	1.27	0.77	1.07
En formation	0.84	a	1.67	3.50	0.76	a
Autre	0.70	4.55	1.43	4.76	1.37	a
p>chi2	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000

^a : aucun individu de la catégorie n'a cité la méthode ; ^b : nombre de séjour ; * p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001

* Annexe C. 7 : régression logistique de la connaissance de la contraception moderne des hommes et des femmes selon la méthode et certaines caractéristiques

Variables	Hommes				Femmes			
	Condom	Pilule	Injectio n	DIU	Condom	Pilule	Injection	DIU
Âge								
15-19	--	--	--	--	0.51	0.58	0.49	a
20-24	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
25-29	1.17	1.85	2.59	5.53*	1.96	1.06	1.30	2.94
30-34	0.66	1.99	5.29*	4.02	1.18	1.65	1.07	3.75*
35-39	0.37*	3.63*	5.30*	11.06*	0.50	0.92	0.87	0.92
40-44	0.62	5.11**	5.87*	6.40	0.17	0.58	0.72	0.50
45-49	0.17***	2.63	7.46**	5.54	0.29	0.58	0.46	0.70
H 50-59 F 50-54	0.15***	2.22	5.84*	a	a	0.51	0.58	0.67
H 60-69	0.07***	2.79	6.16*	4.79	--	--	--	--
Zone d'activité								
faible	0.52***	0.86	0.74	0.47	0.52	0.92	0.72	0.17*
Intense et moyenne	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Expérience migratoire								
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1-4	1.04	0.82	0.68	0.25*	0.80	1.12	1.00	0.79
5+	1.97*	1.06	0.92	0.55	1.04	1.56	1.53	0.68
Durée de résidence à Dakar après 15 ans								
0	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1-4	2.41*	0.83	0.67	1.92	0.43	1.30	1.06	0.30
5+	0.65	0.82	0.87	0.90	0.54	1.28	1.04	0.48
Religion								
Musulmane	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Chrétienne	1.33	1.49	1.11	1.78	1.54	0.87	0.80	0.80
Traditionnelle	0.38	a	a	a	a	0.82	1.51	a
Niveau d'instruction								
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Primaire incomplet	1.31	1.58	0.68	1.66	2.65*	2.88***	3.08***	4.09**
Primaire complet	3.07***	3.26**	4.96***	9.26***	3.69**	3.63	2.80**	6.64**
Secondaire +	11.01**	9.50**	6.43***	19.59**	22.40***	16.88**	10.41***	21.48**
Autre	0.92	1.61	1.50	3.30	0.94	1.40	0.85	3.09
Situation matrimoniale								
Célibataire	1.13	1.57	2.22	1.72	1.21	0.47	0.43	1.81
En union monogame	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
En union polygame	1.19	1.77	1.09	1.05	0.88	1.04	0.89	1.08
Veuf(ve)-divorcé(e)	1.46	1.80	1.90	a	1.82	1.27	1.37	1.77
Activité de saison sèche								
Aucune	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Commerçant	3.21**	2.63*	6.13**	9.17*	2.11	2.61***	2.43**	1.21
Commerce d'animaux	1.69	1.72	2.36	2.10	a	4.78*	1.32	10.42*
Artisan	0.81	0.91	2.27	3.21	2.62	1.54	0.80	a
Transporteurs	1.50	0.83	5.20*	7.29	--	--	--	--
Salarié temporaire	1.85*	1.89*	5.08***	5.91*	5.98***	1.39	1.40	1.90
En formation	0.71	0.71	0.71	2.03	a	a	a	a
Autre	1.05	a	2.00	a	a	4.66	a	a
p>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

^a aucun individu de cette catégorie n'a cité la méthode ; ^b : nombre de séjour ; * p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001

* Annexe C. 8: Niakhar. Placement des enfants selon l'âge actuel des parents

Groupes d'âge	Homme			Femme		
	Nombre moyen			Nombre moyen		
	D'enfants nés vivants	D'enfants vivants dans concession familiale	D'enfants vivants ailleurs	D'enfants nés vivants	D'enfants vivants dans concession	D'enfants vivants ailleurs
15-19	-	-	-	0,9	0,9	0,0
20-24	1,0	0,6	0,4	1,5	1,5	0,0
25-29	1,8	1,2	0,3	2,9	2,7	0,0
30-34	2,9	2,1	0,3	4,9	4,5	0,2
35-39	4,3	3,2	0,4	6,5	5,8	0,4
40-44	6,1	4,3	0,7	7,3	6,2	0,8
45-49	8,3	5,7	1,1	8,2	6,4	1,3
50-54	9,3	5,8	1,5	7,9	6,0	1,4
55-59	10,6	5,8	1,9	-	-	-
60-69	10,7	4,3	2,7	-	-	-

Source : Calculs propres d'après données d'enquête ICOFEC

* Annexe C. 9 : Diagramme de lexis et calcul des descendance atteintes

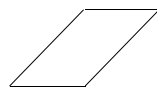
Pour établir, à partir de l'histoire génésique des femmes, les descendance atteintes par âge et groupe de générations, il faut d'abord calculer les taux de fécondité générale obtenus en divisant le nombre de naissances observées dans un groupe d'âge, par l'effectif de femmes de ce groupe. La combinaison de ces taux de fécondité par âge, puis leur cumul, permet d'obtenir les descendance atteintes aux divers anniversaires.

Reconstitution longitudinale

→ Générations :

- G8 : 1945-49
- G7 : 1950-54
- G6 : 1955-59
- G5 : 1960-64
- G4 : 1965-69
- G3 : 1970-74
- G2 : 1975-79
- G1 : 1980-84

Légende : naissances



F_{Gx} : effectif de femmes de la génération correspondante

Générations

G45-49 G50-54 G55-59 G60-64 G65-69 G70-74 G75-79 G80-84

* Annexe C. 10 : Accord de l'ensemble des conjoints sur la fécondité totale souhaitée

Fécondité totale		souhaitée par la femme												
		Couples monogames					Effectif	Couples dont femme < 30 ans					Effectif	
		0-4	5-7	8 ou plus	Aqdv	NSP		0-4	5-7	8 ou plus	Aqdv	NSP		
souhaitée par le mari	0-4	1 (0,4)	4	0	6	0	11	0 (0,5)	3	0	5	0	8	
	5-7	1	10 (3,7)	0	12	0	23	2	7 (2,3)	0	6	0	15	
	8 ou plus	2	8	30 (13,0)	15	2	57	2	3	3 (1,2)	14	1	23	
	Aqdv	7	26	43	138 (121,6)	4	218	7	14	7	108 (99,4)	2	138	
	NSP	0	3	0	8	1 (0,3)	12	0	2	0	6	1 (0,2)	9	
	Ensemble	11	51	73	179	7	321	11	29	10	139	4	193	
		No/N : 56,0% Na/N : 43,0% IA = No-Na / N-Na = 22,6%						No/N : 61,6% Na/N : 53,4% IA = No-Na / N-Na = 17,3%						
		Couples polygames					Effectif	Couples dont femme à 30-39 ans					Effectif	
	0-4	0 (0,0)	0	0	0	0		0 (0,0)	1	0	0	0	0	1
	5-7	2	0 (0,3)	0	0	0	2	0	3 (1,8)	0	6	0	0	9
8 ou plus	5	10	23 (10,0)	26	1	65	3	5	15 (7,7)	10	1	34		
Aqdv	6	21	32	75 (66,8)	4	138	1	25	25	77 (68,9)	4	132		
NSP	0	3	5	4	0 (0,3)	12	0	3	1	2	0 (0,2)	6		
Ensemble	13	34	60	105	5	217	4	37	41	95	5	182		
	No/N : 45,2% Na/N : 39,2% IA = No-Na / N-Na = 9,6%						No/N : 52,2% Na/N : 43,4% IA = No-Na / N-Na = 15,9%							

Entre parenthèses : effectifs « attendus » sous l'hypothèse d'indépendance ; No : effectif de la diagonale ; IA : indicateur d'accord ; Na : effectif « attendu » ; N : effectif total ; Aqdv : autant que Dieu voudra ; NSP : ne sait pas

* Annexe C. 11 : Accord de l'ensemble des conjoints sur la fécondité supplémentaire souhaitée

Descendance supplémentaire		souhaitée par la femme																
		Couples monogames								Effectif	Couples dont femme < 30 ans							Effectif
		0	1	2	3	4 ou plus	Aqdv	NSP	0		1	2	3	4 ou plus	Aqdv	NSP		
souhaitée par le mari	0	22 (7,1)	2	0	0	0	6	0	30	3 (0,3)	1		1	0	2	0	7	
	1	3	1 (0,3)	2	1	0	3	0	10	1	0 (0,1)	1	1	0	2	0	5	
	2	6	0	1 (1,0)	1	1	9	0	18	0	0	1 (0,2)	1	1	3	0	6	
	3	1	0	1	0 (0,3)	1	3	0	6	0	0	1	0 (0,3)	1	3	0	5	
	4 ou plus	4	0	1	3	5 (1,8)	12	2	27	0	0	0	2	5 (2,6)	15	1	23	
	Aqdv	40	5	9	9	13	138 (121,6)	4	218	3	3	1	7	14	108 (99,4)	2	138	
	NSP	0	0	2	0	1	8	1 (0,3)	12	0	0	1	0	1	6	1 (0,2)	9	
	Ensemble	76	9	18	17	21	179	7	321	7	4	5	12	22	139	4	193	
		No/N : 52,3% Na/N : 41,1% IA = No-Na / N-Na = 19,0%								No/N : 61,1% Na/N : 53,4% IA = No-Na / N-Na = 16,6%								
		Couples polygames								Effectif	Couples dont femme à 30-39 ans							Effectif
0	27 (13,3)	1	0	1	0	7	0	36	10 (3,4)	0	0	0	0	2	0	12		
1	0	0 (0,0)	0	1	0	0	0	1	0	1 (0,1)	1	1	0	1	0	4		
2	2	0	0 (0,1)	0	0	1	0	3	4	0	0 (0,7)	0	0	6	0	10		
3	3	0	0	0 (0,1)	1	3	0	7	1	0	0	0 (0,0)	1	0	0	2		
4 ou plus	1	1	0	0	2 (1,1)	15	1	20	3	1	1	1	2 (0,7)	7	1	16		
Aqdv	40	5	4	1	9	75 (66,8)	4	138	30	4	10	2	5	77 (68,9)	4	132		
NSP	7	0	0	1	0	4	0 (0,3)	12	3		1			2	0 (0,2)	6		
Ensemble	80	7	4	4	12	105	5	217	51	6	13	4	8	95	5	182		
	No/N : 47,9% Na/N : 37,8% IA = No-Na / N-Na = 16,5%								No/N : 49,4% Na/N : 40,6% IA = No-Na / N-Na = 14,8%									

Entre parenthèses : effectifs « attendus » sous l'hypothèse d'indépendance ; No : effectif de la diagonale ; IA : indicateur d'accord ; Na : effectif « attendu » ; N : effectif total ; Aqdv : autant que Dieu voudra ; NSP : ne sait pas

Annexes D : Annexes statistiques

* Annexe D. 1 : La régression logistique

Dans cette étude, nous avons deux variables dépendantes (besoin en PF et intention de recourir à la contraception) qui sont de nature dichotomique. La régression logistique est celle qui convient dans ce cas de figure. Le principe de la méthode est relativement simple. Si l'on considère le cas de la variable dépendante Z, "besoin en PF", p, "probabilité que la femme ait des besoins non satisfaits" et 1-p, "probabilité que la femme ait des besoins satisfaits", le modèle de régression logistique permet de mettre :

$Z = \log(p/1-p) = \text{logit}(p)$ (1), avec $e_z = p/(1-p)$, sous la forme linéaire, on a :

$Z = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_n \cdot X_n + E_i$ (2), avec :

b_0 = terme indépendant de l'équation exprimant le niveau moyen de Z pour toutes les variables de X_i ;

b_i = les coefficients de régression rattachés aux variables X_i . On les estime par itération à partir de la méthode du maximum de vraisemblance ;

X_i = variables explicatives.

Ces variables peuvent être quantitatives ou qualitatives, dans ce cas, on les "dichotomise" et les modalités de référence ne sont pas introduites dans le modèle. Elles servent de référence pour l'explication des paramètres rattachés aux autres modalités de la variable.

L'interprétation des résultats se fera ici à l'aide des Odds Ratios (risque relatif) qui sont fournis par les coefficients b_i (odds = e^{b_i}). Si b_i est positif, e^{b_i} est supérieur à 1. Ce qui signifie qu'un accroissement d'une unité du facteur explicatif implique une élévation du risque relatif de e^{b_i} . En d'autre terme, les individus de la modalité considérée de la variable explicative ont e^{b_i} fois plus de chance que leur homologue de la modalité de référence de subir l'événement étudié. Dans le cas où e^{b_i} serait inférieur à 1, on dira que les individus de la modalité considérée ont $(1 - e^{b_i})\%$ moins de chance de subir l'événement.

* Annexe D. 2 : Indicateur d'accord

Cet indicateur peut s'obtenir de deux façons :

► Directement à partir du logiciel SAS, en spécifiant la mesure statistique appropriée. Le coefficient KAPPA est l'indicateur statistique qui permet d'apprécier l'accord entre deux jugements qui se rapportent à un même objet.

► A partir de la formule $IA = ((No-Na) / (N-Na)) * 100$ avec :

$$No = d_{1,1} + d_{2,2} + d_{3,3} + d_{4,4} + d_{5,5}$$

N : effectif total des couples.

$$Na = \frac{(m1 * e1)}{d'_{1,1}} + \frac{(m2 * e2)}{d'_{2,2}} + \frac{(m3 * e3)}{d'_{3,3}} + \frac{(m4 * e4)}{d'_{4,4}} + \frac{(m5 * e5)}{d'_{5,5}}$$

TABLEAU 4. 47 : illustration graphique pour le calcul du coefficient KAPPA

		Souhait de l'épouse					Ensemble
		Désir 1	Désir 2	Désir 3	Désir 4	Désir 5	
Souhait du mari	Désir 1	$d_{1,1}$ ($d'_{1,1}$)	$d_{1,2}$	$d_{1,3}$	$d_{1,4}$	$d_{1,5}$	m1
	Désir 2	$d_{2,1}$	$d_{2,2}$ ($d'_{1,2}$)	$d_{2,3}$	$d_{2,4}$	$d_{2,5}$	m2
	Désir 3	$d_{3,1}$	$d_{3,2}$	$d_{3,3}$ ($d'_{3,3}$)	$d_{3,4}$	$d_{3,5}$	m3
	Désir 4	$d_{4,1}$	$d_{4,2}$	$d_{4,3}$	$d_{4,4}$ ($d'_{4,4}$)	$d_{4,5}$	m4
	Désir 5	$d_{5,1}$	$d_{5,2}$	$d_{5,3}$	$d_{5,4}$	$d_{5,5}$ ($d'_{5,5}$)	m5
Ensemble		e1	e2	e3	e4	e5	N

Si la liaison entre les réponses est nulle, un nombre Na de couples ont donné « par hasard » la même réponse. L'indicateur d'accord IA nous donne la proportion de couples dans lesquels les réponses des conjoints concordent de manière significative. Cette intensité ou cet accord réel sera d'autant plus important que l'IA est proche de 100%.

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A. et DELAUNAY V.**, 1999. "Une analyse qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise", Equipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction, IRD, PARIS.
- ADJAMAGBO A.** 1997. " Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation. Le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire ", in : Pilon M., Locoh T., Vignikin K. et Vimard P. (éds.), *Ménages et familles en Afrique*, Les études du CEPED n° 15, p 300-344.
- AMEGEE L.**, 2001. "Structures familiales, relations intergénérationnelles et rapports de genre. Le cas des jeunes de Lomé", Colloque international Genre, *Population et développement en Afrique*, UEPA, ENSEA, IFORD, ABIDJAN, 16-21 JUILLET 2001, 15 P
- AINSWORTH M.**, 1990. " Economic aspects of child fostering in Côte d'Ivoire ", In : *Africa Technical Department*, The World Bank.
- ANDRO Armelle**, 2001. -" Décisions de fécondité au sein dans couples. Quelles négociations entre hommes et femmes ? ", Colloque international Genre, *Population et développement en Afrique*, UEPA, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001, 22 p.
- ANDRO A.**, 2000. "Pratique contraceptive cachée : mesure du phénomène et analyse de ses déterminants en Afrique de l'Ouest », les ateliers de l'INED, Séance du 25 avril 2000, *La contraception au sein des couples : qui décide ?*
- ANDRO Armelle et HERTRICH Véronique**, 2001, « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », *Population*, 56 (5) : 721-772.
- ANTOINE P. et ADJAMAGBO A.**, 2002. "Le Sénégal face au défi démographique", In : *La société sénégalaise entre le local et le global*, Momar Coumba Diop (ss dir.), Paris, Karthala, 2002, p. 511-547.
- AUBRISSON S., BOITARD S.**, 2002. "La situation démographique de la zone d'étude de Niakhar au Sénégal, 1984-2000", Projet *Population et santé à Niakhar*, Laboratoire Population et Santé, IRD, Dakar, Sénégal, p. 75
- AYAD M. et N'DIAYE S.**, 1998. " Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal ", Calverson, Maryland USA : Direction de la statistique (Sénégal) et Macro Inc.
- AYAD M., N'DIAYE S.**, 1997. " Enquête démographique et de santé au Sénégal 1997 ". Calverson, Maryland USA : Direction de la statistique Ministère de l'économie, des finances et du plan (Sénégal) et Macro Inc.
- BALMER, D.H., GIKUNDI, E., BILLENGSLEY, M.C., KIHUHO, F.G., KIMANI, M., WANG'ONDU, J., & NJOROGI, H.** (1997). "Adolescent Knowledge, Values, and Coping Strategies: Implications for health in Sub-Saharan Africa", *Journal of Adolescent Health*, 21:33-38
- BANGHA M. W.**, 2000. "La planification familiale dans les pays en développement avec une attention particulière à l'Afrique", in *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, ss dir. VIMARD P. et ZANOU B., Coll. « Populations », l'Harmattan, p 47-71.
- BANKOLE A. et SINGH S.**, 1998. "Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice", *International family planning Perspectives*, New York (Etats-Unis d'Amérique), vol.30, n°1, p. 15-24.
- BANKOLE Akinrinola**, 1995. - Desired Fertility and Fertility Behaviour among the Yoruba of Nigeria: A Study of Couple Preferences and Subsequent Fertility. - *Population Studies*, Vol. 49, No. 2. (Jul., 1995), p. 317-328.
- BARTIAUX F., YANA S. D.**, 1995. "Migrations internes et fécondité en Afrique : L'exemple du Cameroun" -, in : TABUTIN Dominique, EGGERICK T., GOURBIN C. (ss dir.), *Transition démographique et sociétés*, Académia, l'harmattan, pp 495-519.
- BECKER S.**, 1996. "Couples and reproductive health : a review of couples studies", *Studies on Family Planning*, 27 (6) : 292-306.
- BECKER S., HOSSAIN M. B., THOMSON E.**, 1999. "Disagreement in spousal reports of current contraceptive use in sub-saharan Africa", Baltimore, Communication présentée au Congrès annuel de la PAA, New York, 25-27 mars 1999, 25 p.
- BECKER C.**, 1991. "Etude anthropologique sur les migrations, la nuptialité et les comportements sexuels chez les sereer du Sénégal", ORSTOM, Dakar, 4 fascicules, 49p, +68p., +63p., 55p.
- BIDDLECOM A. E., CASTERLINE J. B.**, 1997. « Spouses' view of contraception in the Philippines », in : *International family planning Perspectives*, vol. 23, n° 3, pp. 108-115.
- BIDDLECOM, A. E. and FAPOHUNDA, B. M.**, 1998. "Covert contraceptive use: Prevalence, motivations and consequences", in : *Population Studies*, vol. 52, n° 3.

- BLEDSON C, LERNER S, GUYER J. I.**, (eds) 2000. "Fertility and the male life-cycle in the era of fertility decline". New York, Oxford University Press - IUSSP, 376 p.
- BLANC AK et WAY AA**, 1998. "Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries", *Studies in Family Planning*, 1998, 29 (2) :106-116, tableau 2, p. 109.
- BLAYO C et BLAYO Y.**, 2003. " The social pressure to Abort", in *the sociocultural and political aspects of abortion*, edited by Aluka Maluade Basu, Praeger, Westport, pp. 237-247.
- BLAYO C.**, 1998. « Mourir d'avortement facteurs politiques et sociaux », in *Morbidité et Mortalité*, AIDELF, PUF, n° 8.
- BOZON M. ET LERIDON H.** (ss coord.), 1993. " *Sexualité et sciences sociales : les rapports d'une enquête*", Coll. Population, septembre-octobre 1993 n° 5, pp. 1451-1474.
- BROCKERHOFF Martin**, 1995. "Fécondité et planification familiale dans les villes africaines : l'impact de la migration féminine", *J. biosoc. Science* 1995, Vol 27, N° 27 PP. 347-358.
- BOSERUP E.**, 1985. " Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa ", *Population and Development Review*, vol. 11, n° 3, pp. 383-398.
- BOSERUP E.**, 1983. " La femme face au développement économique ", Coll. *Sociologie d'aujourd'hui*, PUF, 315 p.
- CHAHNAZARIAN A., BECKER C., DELAUNAY V., SAMB B., SIMONDON F., SIMONDON K.B.**, (ss dir.), 1992. " Population et santé à Niakhar : niveaux et tendances des principaux indicateurs démographiques et épidémiologiques de la zone d'étude : 1984-1991", Dakar : ORSTOM, 76p., multigr.
- CAIN M.**, 1984. «Women's and fertility in developing countries », Word Bank.
- CALDWELL J.C.**, 1987. «The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. » *Population and Development Review*, vol. 13, n° 3, pp. 409-437.
- CALDWELL J C, WARE H**, 1977. "The evolution of family planning in an African city: Ibadan, Nigeria". *Populations studies*, 3, 1977.
- CALDWELL J.C et CALDWELL P.**, 1988. «Is the Asian family planning program model suited to Africa? » *Studies in Family Planning*, Vol. 19 n° 1, p 1-18.
- CALDWELL J.C et CALDWELL P.**, 1993. "The south African Fertility Decline", *Population and Development Review*, vol. 19, n° 2, p. 225-262.
- CALDWELL J.C et CALDWELL P.**, 1993. – "The south African Fertility Decline" -, *Population and Development Review*, vol. 19, n° 2, p. 225-262.
- CASTERLINE, J.B.**, 2001. "Diffusion Processes and Fertility Transition: Introduction." Pp. 1–38 in *Diffusion Processes and Fertility Transition*, edited by J.B. Casterline. Washington, DC: National Academy Press.
- CHARBIT Y.**, 2002. "Le monde en développement : démographie et enjeux socio-économiques", Charbit Y. (ss dir.), Coll. *Société*, les études de la documentation Française, Paris, janvier 2002.
- CHESNAIS J-C.**, 1986. " La transition démographique : Etapes, formes, implications économiques", Etude de séries temporelles (1720-1984 relatives à 67 pays, Travaux et documents de l'INED, Cahiers n° 113, PUF-éditions, 580p.
- CHESNAIS J-C.**, 1997. "Trente ans de bouleversements (1965-1995)", in: Chasteland J. et Chesnais J-C. (éds), *La population du monde, enjeux et problèmes*, Travaux et documents de l'INED n° 139, p 403-434.
- CLELAND J., ONUOHA N., TIMAEUS I.**, 1994. "Fertility change in sub-Saharan Africa : A review of the evidence", in : Thérèse Locoh and véronique Hertrich (éd.), *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*, Liège, UIESP, pp. 1-20.
- COHEN B.**, 1996. "Niveaux et tendances de la fécondité en Afrique", in : *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, Foote Karen A., Hill Kenneth H., MARTIN Linda G (ed.), INED - PUF diffusion.
- COLLOMB P. et ZUCKER E.**, 1977. "Aspects culturels et socio-psychologiques de la fécondité française", *Travaux et Documents*, Cahier n° 80, INED, PUF, 1977, 229p.
- COSIO-ZAVALA M-E.**, 1995. " Inégalités économiques et sociales et transition de la fécondité en Amérique Latine. ", In : TABUTIN Dominique, EGGERICKK T., GOURBIN C. (ss dir.), *Transition démographique et sociétés*, Académia, l'Harmattan, pp. 401-414.
- DAVID MARTINE**, 1997. "Rapports hommes-femmes et sida", 20 juin 1997.
- DELAUNAY V, ENEL C, LAGARDE E, DIALLO A, SECK K, BECKER C et PISON G**, pour le groupe MECORA, 2001. *Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais*, Paris, CEPED (Les dossiers du Ceped n°65).
- DELAUNAY V.**, 2000. "La fécondité en milieu rural sénégalais : à quand la transition. In Vimard Patrice et Zanou

- Benjamin (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité*. Collection Populations, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 215-239.
- DELAUNAY V.**, 1999. "La baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais". In Agnès Guillaume, Koffi Nguessan (éds), *Santé de la mère et de l'enfant. Exemples africains*. Collections Colloques et Séminaires, Paris IRD Editions, 1999, pp. 131-156.
- DELAUNAY V.** (ss dir.), 1997. " La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal 1984-1996 ", *Projet population et santé à Niakhar*, Laboratoire Population et santé, ORSTOM, Dakar, Sénégal.
- DELAUNAY V.**, 1994. " L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais ", *Les Etudes du CEPED*, n°7, Paris, CEPED, 326 p.
- DELAUNAY V. et BECKER C.**, 1998. " Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais ", in ; Pilon M (éd), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale, acte des Vème Journées démographiques* de l'ORSTOM, 28-30 septembre 1994, Paris : 28 p. (in press) pp. 73-79.
- DELAUNAY V.**, 1998b. "Fécondité", in : *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal 1984-1996*, ORSTOM, Dakar, pp 47-56
- DELAUNAY V.**, 1992. "L'observatoire de population de Niakhar (Sénégal)", Mekhenahna, 3 décembre 1992, 8p.
- DIALLO A., DIOP M. B., GUEYE M., ETARD J. F.**, 2001. " Investigation d'une épidémie de shigellose en zone rurale au Sénégal", *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, Vol. 11, Numéro 4, octobre-novembre. Décembre 2001 : 217-9, études originales.
- DELAUNAY V.**, 1998. " La fécondité en milieu rural sénégalais : à quand la transition ? ", in : Vimard P et Zanou B, eds. *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, Paris (in press)
- DIOUF P. D.**, 1995. "Planification familiale et politique de population". Séminaire international, Transition de la fécondité et planification familiale en Afrique. ENSEA, ORSTOM, Abidjan 16-19 mai 1995.
- DIOP N. J.**, 1995. "La fécondité des adolescents au Sénégal", UEPA, Programme de petite subvention pour la recherche en population et développement, Rapport de synthèse, Numéro 11, mars 1995, 20p.
- DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE**, 1978. " Enquête sénégalaise sur la fécondité de 1978, rapport d'analyse ".
- DJAMBA Y. K.**, 1995. "Le planning familial en Afrique : ancien préjugé et nouvelle approche, in : *Etudes sur la population Africaine*, novembre 1995, n° 10, p. 3-14.
- DONADJE F.**, 1992. "Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin. Pour une approche des stratégies de reproduction au Bénin", Louvain-la-Neuve, Académia, 222 p (Thèse de doctorat de démographie, Université Catholique de Louvain-la-Neuve).
- DODOO F. Nii-Amoo, LUO YE et PANAYOTOVA Evelina**, 1997. "Do male reproductive preferences really point to a need to refocus fertility policy? » in: *Population Research and Policy*, October 1997 – vol. 16, n° 5, p. 447-455.
- DODOO F. Nii-Amoo**, 1998. "Men Matter: Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya", *Demography*, Vol. 35, No. 2, p. 229-242.
- Enquête Sénégalaise sur la Fécondité**, 1978, Ministère de l'Economie et des Finances (Direction de la statistique), Vol I et II, 148 et 281 p, juillet 1981
- EGGERICKX T.**, 1995. "Urbanisation et déclin de la fécondité légitime en Europe au 19^e siècle", in : *Transitions démographiques et sociétés*, Académia/L'Harmattan, 1995, pp. 333-358.
- ERNY P.**, 1988. "Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire : Naissance et première enfance", Paris, Harmattan 1988.
- EZEH A. C.**, 1993. " The influence of spouses, over each other's contraceptive attitudes in Ghana", *Studies in Family Planning*, 24 (3): 163-164.
- EZEH A. C.**, MBOUP G, 1997. "Estimates and explanations of gender differentials in contraceptive prevalence rates", *Studies in Family Planning*, vole 28 (2): 104-121.
- FERRAND A. et MOUNIER L.**, 1993. " L'échange de paroles sur la sexualité : une analyse des relations de confiance", in : *Sexualité et sciences sociales : les rapports d'une enquête*, Bozon M. et Leridon H. (ss coord.), Coll. Population, septembre-octobre 1993 n° 5, pp. 1451-1474.
- FALL A.S.**, 1998. " Réseaux migratoires des serer siin-siin à Dakar : Approche sociologique. ", Université Cheikh Anta Diop, Département de philosophie, Dakar, 99p. (D.E.A d'anthropologie).
- FALL A.S.**, 1992. " Une réponse à la crise de l'agriculture : la migration des Sereer du Siin (Sénégal) ", *Sociétés*,

Espaces, Temps, vol. 1, p. 138-149.

- FALL S.**, A paraître. "Les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 (EDS-III)", Rapports GRIPPS.
- FALL S. et NGOM P.**, 2001. "Baisse de la fécondité en Afrique francophone : Tendances récentes et futures". Papier présenté au séminaire organisé par la Division Population, Nations Unies sur : Les perspectives de déclin de la fécondité dans les pays à forte fécondité, 9-11 juillet 2001, 17p.
- FNUAP**, 1991-2001. "Etat de la population mondiale", New York, rapports de 1991-2001.
- FNUAP**, 2001. "Les problèmes démographiques : dossier d'information", 2001
- FOOTE K A, Hill K H, MARTIN L G**, eds. *Changements démographiques en Afrique Subsaharienne*, Paris : INED, 1996 : 371 p.
- FRIEDLANDER D.**, 1983. "Demographic responses and socio-economic structure: population process in England and Wales in the nineteenth century", *Demography*, vol. 20, n° 3, p. 249-272.
- FUGLESANG, M.**, 1997. "Lessons for Life - Past and Present Modes of Sexuality Education in Tanzanian Society", *Social Science and Medicine*, 44(8): 1245-1254.
- GAGE-BRANDON, ANASTASIA J.**, 1998. «Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia», *Population studies*, n° 1, March 1998, p. 21-34.
- GAGE, A. J.**, 1998. "Sexual activity and contraceptive use: The components of the decision-making process". in : *Population Studies*, November 1998, vol. 52, n° 3.
- GARENNE Michel et HALIFAX Juliette**, 2000. "La fécondité pré-nuptiale en Afrique subsaharienne : une évaluation de son ampleur à partir des enquêtes démographiques et de santé", Octobre-Décembre 2000, n° 39.
- GARENNE M., MARIE B, FONTAINE O., DIENG K et BRIEND A.**, 1987. "Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire", ORSTOM/ORANA, Dakar, 246p.
- GARENNE M. et CANTRELLE P.**, 1991. "Tree decades of Research on Population and Health: The ORSTOM experience in rural Senegal: 1962-1991", Saly Portudal, IUESP, 43p. (Communication au séminaire sur les études longitudinales, 7-11 octobre 1991).
- GARENNE M. et LOMBARD J.**, 1988. "La migration dirigée des Sereer vers les Terres Neuves", In : André Quesnel, Patrice Vimard (eds), *Migration, Changements sociaux et développement*, Paris : ORSTOM, 1988, pp. 317-332.
- GASTELLU J. M.**, 1974. "L'organisation du travail agricole en milieu serer", in Delpech B. et GASTELLU J. M. (eds), *Maintenance sociale et changement économique au Sénégal. II : Pratique du travail et rééquilibres sociaux en milieu serer*, Travaux et Documents n° 34, ORSTOM, Paris, pp. 11-104.
- GASTELLU J. M.**, 1981. "L'égalitarisme économique des serer du Sénégal", Travaux et Documents n° 128, ORSTOM, Paris, 808 p.
- GAYE A., NDIAYE M., CAMARA M.A.**, 1997. "Connaissance et pratique de la contraception des hommes et concordance en matière de planification au sein des couples au Sénégal, 1992-1993", Atelier régional d'analyse des enquêtes démographiques et de santé en Afrique subsaharienne ; OMS, DHS, décembre 1997.
- GHIGLIONE R., BEAUVOIS J. L., CHABROL C., TROGNON A.**, 1980. "Les Techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner", Manuel d'analyse de contenu, Collection U, *Série sociologie*, Armand Colin, Paris 159 p.
- GORGEN R., YANSANE M. L., MARX M. et MILOUMOUNOU D.**, 1998. "Comportement sexué et attitudes des célibataires en Guinée urbaine", *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial de 1998, pp. 14-20.
- GOLDSHEIDER C.**, 1989. "Migration and social structure: analytic issues and comparative perspectives in developing nations", in: Mayote STYCOS (éd.) *Demographic as an interdiscipline*, New Brunswick, Etats Unis, Oxford, Grande Bretagne, Transaction publishers, pp. 56-78.
- GOODY E.**, 1982. – « Parenthood and social reproduction: fostering and occupational roles in West Africa », Cambridge University Press, London, New-York, New Rochelle, Melbourne, Sydney, 348p.
- GUIGOU B.**, 1992. "Les changements du système familial et matrimonial : les serer sine (Sénégal)". Paris, EHSS, 548p (thèse de doctorat).
- GUIGOU B., Lericollais A.**, 1992. "Crise de l'agriculture et marginalisation des femmes serer siin-siin (Sénégal)", *Sociétés, Espaces, Temps*, vol. 1, n° 1, p 45-64.
- HARDON, A.** 1997. "Reproductive rights in practice: A comparative assessment of quality of care", in: Hardon, A. and Hayes, E. *Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care*. London, Zed Books, p. 193-222.

- HERTRICH Véronique et PILON Marc**, 1997. "Changements matrimoniaux en Afrique", *La chronique du CEPED*, n° 26, p. 1-3.
- HERTRICH V.**, 1996. "Permanences et changements de l'Afrique rurale : dynamiques familiales chez les Bwa du Mali", Paris, CEPED, 548 p.
- HERTRICH V.**, 1994. "Dynamiques démographiques et changements familiaux en milieu rural africain : une étude chez les Bwa au Mali", Tome 1, 2 et 3, Institut de Démographie de l'Université de Paris (thèse de doctorat de démographie).
- JONCKERS D.**, 1997. "Les enfants confiés", in : **PILON M. LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P.** (éds.), *Ménages et famille en Afrique*, p. 193-208, Paris, CEPED, *Les études du CEPED* n° 15, 424p.
- KATZ K., et NARÉ C.**, 2002. "Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal", *J. biosoc Science*, Cambridge University Press, (2002) 34, 215-231.
- LALLEMAND S.**, 1993. "La circulation des enfants en société traditionnelle, prêt, don, échange », Paris, L'Harmattan, Collection *Connaissance des hommes*, 224p.
- LESTHAEGHE R., KAUFMANN G. et MEEKERS D.**, 1989. "The nuptiality regimes Sub-Saharan Africa", in : **Lesthaeghe R.** (éd.), *Reproduction and social organization in Sub-Saharan Africa*, 238-237. – Berkeley, University of California Press, pXI-556p.
- LERICOLLAIS André**, 1999. "Paysans serere : dynamiques agraires et mobilités au Sénégal", éditions de l'IRD, Paris, Collection *à travers champs*, 668 p.
- LERNER S. et QUESNEL A.**, 1998. "Contextes institutions et acteurs pour une approche multiple des relations entre conditions de vie et comportements reproductifs", Séminaires *Pauvreté, Fécondité et planification familiale*, Mexico, 2-4 juin 1998, pp. 115-138.
- LOCOH T.**, 1993. "Débuts de la transition de la fécondité et des mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo)", In : *"Population, Reproduction, Sociétés : perspectives et enjeux de démographie sociale"*, CORDELL Dennis et al. (ss dir.), 1993, Les presses de l'Université de Montréal.
- LOCOH T.**, 2003. "Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique subsaharienne", Séminaires, *Questions de population au Mali : des enjeux internationaux aux perspectives locales*, Bamako-San, Mali, 6-9 janvier 2003, 25 p.
- LOCOH T.**, 2002. "Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest", United Nations, Population division, New York, 11-14 March 2002, 20 p.
- LOCOH T.**, 1984 "Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest, le Togo méridional contemporain", *travaux et documents de l'INED*, PUF, Paris, Cahier n° 107, 182p.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y.**, 1996. "Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne", collection *les études du CEPED* n° 44, CEPED, 48 p.
- LOCOH T.**, 1992. "Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne", collection *les dossiers du CEPED*, n° 14, 27 p.
- LOCOH T., Vallin J.** Afrique noire: la baisse de la fécondité, *Population et Sociétés*, 1998 ; 338 : 1-3
- LOCOH T. et HERTRICH V.**, 1994. "The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa", Ordina Editions, Liège, 308 p.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y.**, 1996. "Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne", collection *les études du CEPED* n° 44, CEPED, 48 P.
- LOCOH T.**, 1988. "L'évolution de la famille en Afrique", in : **Van de Walle E.** (éd.), *L'Etat de la démographie africaine*. – Liège, UIESP, p 45-66.
- LOMBARD J.**, 1988. « Problème alimentaires et stratégies de survie dans le Sahel sénégalais : les paysans serer », Centres d'Etudes Géographiques sur l'Afrique Noire, UFR géographie, Paris X-Nanterre, 404 p. (Thèse de doctorat).
- LOUAT A.**, 1999. "Le sous-développement, stratégies et résultats", Collection *les Economiques*, Ellipses Editions, 144 p.
- MAHMOOD N.**, 1997. "Knowledge, approval and communication about family planning as correlates of desired fertility among spouses in Pakistan", in : *International family Planning Perspectives*, p. 122-129 et 145, vol. 23, n° 3
- MARIE A.**, 1997. "Les solidarités familiales à l'épreuve de l'individualisation", in : **Pilon M., Locoh T., Vignikin K. et Vimard P.** (éds.), *Ménages et familles en Afrique*, Les études du CEPED n° 15, p 279-299.
- MARTIN, R. P. V.**, 1970. « Structure de la famille chez les Sereer et les wolofs au Sénégal », in *Population*, n° 4, 25^e

année, juillet-août 1970, revue bimestrielle de l'INED, Editions de l'I.N.E.D

- MASON K O, TAJ A M**, 1987. "Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries", *Population and Development Review*, vol 13 (4): 611-638.
- MCGINN T, BAMBA A, BALMA M**, 1989. "Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso", *International Family Planning Perspectives*, vol 15 (3): 84-95.
- MCCAULEY, A. P. and SALTER, C.**, 1995. "Meeting the Needs of Young Adults", *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995
- MILLER K. et al.**, 1998. « Clinic-based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies ». New York, Population Council, African Operations Research and Technical Assistance Project, USAID.
- Ministère de l'économie, des finances et du plan**, 1997. « EDS-III : Rapport préliminaire », Direction de la prévision et de la statistique, Division des statistiques démographiques et DHS Macro International, mai 1997.
- Ministère du plan et de l'aménagement du territoire**, 1997. "Enquête démographique et de santé au Tchad 1996-1997", Calverson, Maryland USA : Bureau central du recensement, Direction de la statistique, des études économiques et démographiques, (N'Djaména) et Macro Inc.
- Ministère de l'économie, des finances et du plan**, 1997. « Fécondité, planification familiale et santé de la mère et de l'enfant au Sénégal, situation », Direction de la prévision et de la statistique, Division des statistiques démographiques et DHS Macro International.
- MITA Resina. SIMMONS Ruth.**, 1995. "Diffusion of the culture of contraception : program effects on young women in rural Bangladesh", *Studies in Family Planning* 1995, Vol. 26, N° 1, January/February 1995, pp. 1-13.
- MOKIMA J. G.**, 1994. "Impact de l'environnement socio-culturel et politique sur la fécondité au Congo", in : *Les modes de régulation de la reproduction humaine. Incidence sur la fécondité et la santé*, Colloque International de Delphes, 6-10 octobre 1992, pp 137-153
- MONDAIN N.**, 2002. « La sexualité avant le mariage : les grossesses pré-nuptiales chez les sereer siin au Sénégal », Atelier UMR 151, Université de Provence / IRD, Laboratoire Population – Environnement - Développement, Marseille, 28-30 octobre 2002
- MONTGOMERY, M.R, KIROS G-E., AGYEMAN D., CASTERLINE J. B., AGLOBISTE P. and HEWETT**, 2001. "Social networks and contraceptive dynamics in southern Ghana", *Policy Research*, working paper 2001, N° 153, 43p.
- MONTGOMERY, M.R. and CHUNG, W.** 1994. "Social networks and the diffusion of fertility control : The Korean case", Presented at the Seminar on Values and Fertility Change, sponsored by the International Union for the Scientific Study of Population, Sion, Switzerland, Feb. 16-19, 44 p. (Unpublished)
- MOTT F. L, MOTT S. H.**, 1985. "Household fertility decisions in West Africa: a comparison of male and female survey results", *Studies in Family Planning*, vol 16 (2) : 88-99.
- NARE, C.**, 2000. "L'accès à l'information sur la sexualité et la santé reproductive en Afrique", rapport de discussion, Visions-Afrique.
- NATIONS UNIES**, 1994. " Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), Le Caire (Egypte), 5-13 septembre 1994, New York, 169p.
- N'DIAYE S., AYAD M. et DIOUF P. D.**, 1994. "Enquête démographique et de santé au Sénégal 1992/93". Calverson, Maryland USA : Direction de la statistique Ministère de l'économie, des finances et du plan (Sénégal) et Macro Inc.
- N'DIAYE S., SARR I., et AYAD M.** 1988. "Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986". Columbia Maryland, Ministère de l'économie et des finances (Sénégal) et IRD/Westinghouse.
- N'GENDAKUMANA**, 1994, "L'évaluation des politiques et programmes de population". Ed AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext. Paris, pp 69-74.
- NGOM P.**, 1994. "Réseaux informels et de communication et de santé de la reproduction au Sénégal", in : *Maîtrise de la fécondité et de la planification familiale* (V^{1ème} journées démographiques de l'ORSTOM), Paris, 28-30 septembre 1994, 20p.
- OMS**, 1998. "Eviter les grossesses non désirées", Nations Unies, Division de la Santé Reproductive, Journée mondiale de la santé, Genève, Suisse.
- OMS et la Coalition internationale pour la santé des femmes**, 1991. "Creating Commun Ground", Genève, p 16.
- OMS**, 1998. « Eviter les grossesses non désirées », Nations Unies, Division de la Santé Reproductive », Journée mondiale de la santé, Genève, Suisse.

- OPPONG C.**, 1987. "Sex, roles, population and development in West Africa", James Curey, Londres.
- OPPONG C.**, 1991. "Relationship between Women's Work and demographic behavior: Some research evidence in West Africa", World employment Program Research Working Paper n° 175. International Labour Office, Geneva.
- OPPONG C., ABU K.**, 1986. "Un guide pour le rassemblement et l'analyse des données sur les sept rôles et le statut des femmes", BIT – Genève.
- OUA/CEA**, 1994. « Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique », conférences des Chefs d'Etats et de gouvernement de l'OUA, Trentième session ordinaire, Tunis, 13-15 juin 1994, 78 p. Cité par Sala-Diakanda D M.
- OUEDRAOGO C.**, 1997. "Le statut des femmes. Etat des connaissances sur les approches méthodologiques", UERD, décembre 1997, 15 p.
- PAGE H. et LESTAEGHE R.**, 1981. "Child-spacing in Tropical Africa: Traditions and changes", Londres, Academic press, 330 p.
- PETCHESKY, R.P., and JUDD, K.** (eds.), 1998. "Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures". New York: Zed Books Ltd.
- PETIT V.**, 1994. "Le contexte culturel et économique de la planification familiale dans un village sénégalais : Tassette wolof», in Charbit Y. Et Ndiaye S. (éds), *La population du Sénégal*, Paris, DPS-CERPAA, PP. 319-342.
- PETIT V. et O'DEYE A.**, 2001. "Changement socio-économique, communautés villageoises et diffusion de la planification familiale en milieu rural sénégalais", in : *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques, Etudes de cas dans les pays du Sud*, Sandron F. et Gastineau B. (Coo par), L'Harmattan, Paris, pp 71-97
- PICTET G. GUIELLA G. OUEDRAOGO C. ET BAYA B.**, 1999. « La planification familiale a-t-elle un sens en Afrique rurale ? L'exemple du Laboratoire de Santé Communautaire du Bazéga (Burkina Faso) », Les travaux de l'UERD N° 9, 39 p.
- PILON M. VIGNIKIN K.**, 1996. "Stratégies face à la crise et changement dans les structures familiales", in Coussy J et Vallin J-C. (éds.), *Crise et population en Afrique*, Les études du CEPED n° 13, p 471-493.
- PISON G., GABADINHO A., ENEL C.**, 2001. "Mlomp (SENEGAL) : niveaux et tendances démographiques 1985-2000", novembre 2001, 85 p.
- PISON Gilles, Hill K., COHEN B. et FOOTE K.**, 1997. "Les changements démographiques au Sénégal", Coll. *Travaux et Documents*, Cahier n° 138).Paris, INED, PUF, 240 p.
- PISON G., GUYAVARCH E., KODIO B. et ETARD J. F.**, 2000. « La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal ». *Population*, n° 6, Vol. 55. Paris, INED, pp 1003-1018
- PODHISITA C.**, 1998. "Gender decision-making in family formation and planning: Achievement and future direction", in: *Journal of Population and Social Studies*, vol. 6, n° 1-2, p. 1-27.
- PODHISITA C.**, 1998. « Gender decision-making in family formation and planning: Achievement and future direction », in: *Journal of Population and Social Studies*, vol. 6, n° 1-2, p. 1-27.
- POTTER Joseph**, 1988. "Croissance démographique rapide, état de santé et qualité des soins dans les pays en développement", in : *Conséquences de la croissance rapide dans les pays en voie de développement*, Congrès et colloques, INED, Division de la population des Nations Unies, 1991.
- RATCLIFFE A, HILL A G, WALRAVEN G**, 2000. "Separates lives, different interests: male and female reproduction in the Gambia", *Bulletin of the World Health Organization*, vol 78 (5): 570-578.
- RENNE E. P.**, 1993. "Gender ideology and fertility strategies in and Ekiki Yoruba village", *Studies in Family Planning*, 24 (6, pt.1): 343-353. Nov-Dec. 1993.
- RIVERS, K., AGGLETON P.**, 1999. "La sexualité chez les adolescentes, la problématique homme-femme et l'épidémie du VIH", New York : Le programme VIH et développement
- RWENGE M.**, 2000. "La planification familiale dans les pays en développement avec une attention particulière à l'Afrique ", in : *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, VIMARD P. et ZANOUB (ss dir), Coll. « Populations », l'Harmattan, p 171-188.
- RWENGE Mburano**, 1999. "Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun). Programme de petites subventions, UEPA, N°40 –1999, 164 p.
- SALA DIAKANDA**, 2000. "La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité : de la conférence de Bucarest celle du Caire", in : *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Vimard P. (ss. dir.), Coll. *Population*, L'Harmattan, 2000.
- SAVANE L.**, 1994. « Le confiage des enfants à Pikine", in : *La population du Sénégal*, Y. Charbit et S. N'diaye (éds.),

pp. 127-142, DPS-CERPAA, Paris, 618p.

- SINGH Susheela, WULF Deirdre, SAMARA Renee et CUCA Yvette P.** 2000. "Moment des premiers rapports sexuels : différences entre les jeunes hommes et femmes dans 14 pays", *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial de 2000, pp. 4-12
- SALA-DIAKANDA F. et KASSEGNE S.**, 2001. "Les idéaux en matière de fécondité : une analyse au niveau du couple", Coll. *International Genre, Population et développement en Afrique*, UEPA/UAPS, INED, ENSEA, IFORD.
- SANDRON F.**, 2002. "Croissance économique et croissance démographique : théories, situations, politiques", in : *le monde en développement : démographie et enjeux socio-économiques*, Charbit Y. (ss dir.), Coll. Société, les études de la documentation Française, Paris, 2002, p.29.
- STECKLOV G.**, 1999. "Evaluating the economic returns to childbearing in Côte d'Ivoire", In: *Population studies*, n° 1, p. 1-17.
- SOW et al., ESIS** 1999. "Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS)", Ministère de la Santé, SERDHA et Macro International Inc. 1999Calverson, Maryland USA : SERDHA et Macro International Inc.
- TABAH Léon**, 1994. "Les conférences mondiales sur la population", *Population et Sociétés*, Numéro 290, mai 1994.
- TABUTIN D.**, 2000. "Indices au niveau individuel de fécondité, de mortalité des enfants et de nuptialité", Document de travail n° 9, Département des sciences de la population et du développement, mai 2000, 20p
- TANKOANO F. A.**, 1989. "Politique de planification familiale au Burkina Faso", in : *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ENSEA-ORSTOM, 1992.
- THIBON C.**, 1997. "L'évolution des ménages au Burundi", in : Pilon M., Locoh T., Vignikin K. et Vimard P. (éds.), *Ménages et familles en Afrique*, Les études du CEPED n° 15, p 145-163.
- UDVARDY M.**, 1988. "Social cultural dimensions for research on sexual behavior related to HIV transmission: anthropological perspectives from Africa ", Rapport du Karolinska institute, Stockholm.
- VAN DE WALLE E. et FOSTER A.**, 1990. "Fertility decline in Africa : assessment and Prospects", in : *World bank Technical Department Series*, The World Bank, Washington, DC, 63 p.
- VAN DE WALLE E., et VAN DE WALLE F.**, 1988. Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité", in : Tabutin D. (éd.), *Populations et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 141-146.
- VIMARD P.**, 1997. "Transitions démographique et familiale : des théories de la modernisation aux modèles de crise", Documents de recherche n° 3, ETS, ORSTOM, Paris, 1997, 31 p.
- VANDERMEERSCH C.**, 2000. "Les enfants confiés au Sénégal", Thèse de Doctorat, Institut d'études politiques, Paris, 502p.
- VANDERMEERSCH C.**, 2002. "Les déterminants de la pratique des enfants confiés de moins de 0-5 ans au Sénégal en 1992-93", in : *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants, quelles implications ?*, Colloque international de Byblos-Jbeil, Liban, 10-13 octobre 2000), AIDELF, n°10, pp.451-461.
- VIMARD P.**, 1997. "Transition démographique et familiale. Une relecture des théories à la lumière de la crise, Communication au séminaire *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud*, Secondes journées du réseau démographie de l'UREF, UERD-AUPELF-UREF, Ouagadougou, 13-15 novembre 1996, 22 p.
- VIMARD P. et FASSASSI R.**, 1998. "Tradition de la fécondité et développement en Afrique subsaharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya et de la Côte d'Ivoire", Communication présentée au 3ième Journées scientifiques du réseau démographique de l'AUPELF-UREF, Rabat, 1998, 30p.
- VIMARD P. et GUILLAUME A.**, 1991. " Mobilités familiales et spatiales des enfants en Côte d'Ivoire ", In : QUESNEL A. et VIMARD P. (éds), *Migration, Changements sociaux et développement*, p.243-261, Coll. Colloques et Séminaires, III^e Journées démographiques de l'ORSTOM 20-22 septembre 1988, Paris, ORSTOM Editions, 388p.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E.**, 2001. "Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne : Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire", XXIV Congrès général de la population, UIESP, Salvador, Brésil, 18-24 août 2001.
- WAKAM J.**, 1997. "Différenciation socio-économique et structures familiales au Cameroun", in : Pilon M., Locoh T., Vignikin K. et Vimard P. (éds.), *Ménages et familles en Afrique*, Les études du CEPED n° 15, p 257-278.
- WAKAM, Jean, RWENGE Mburano, et KUEPIE M.**, 1998 : " Pauvreté et structures familiales dans trois métropoles africaines : Yaoundé, Abidjan, Dakar " in *Crises, Pauvretés et changements démographiques dans les pays du sud*, Francis Gendreau (eds), Paris, A.S. Esterm, 1998 p167-182
- WATKINS C. Suzanna.**, 2000. "Local and foreign models of reproduction in Nyanza province, Kenya", *Population and development Review*, vol. 26 (4): 725-760.

- WATKINS S. C.**, 1995. "Etats réseaux et rythme du déclin de la fécondité en Angleterre et en France", in : *Sociologie des populations* H. Gérard et V. Piché (ss dir.), Montréal, PUM/AUPELF-UREF, 1995, pp 171-188.
- WATKINS S. C.**, 1990. "The transformation of demographic regimes in Western Europe, 1870-1960, *Population and Development Review*, 16 (2), pp. 241-272.
- WESTOFF C. F. et OCHOA L. H.**, 1991. "Unmet need and the demand for Family Planning", Colombia, MD, IRDM/Macro International, Inc., DHS Comparative Studies n°5.
- WILSON E.**, 1997. « Etude de cas sur la santé de la reproduction au Sénégal », Le Projet POLICY, The Futures Group International, RTI, Centre pour les activités de développement et de population (CEDPA).
- WESTOFF C. F. et BANKOLE A.**, 2000. "Tendances de la demande de limitation des naissances dans les pays en voie de développement", *Perspectives internationales sur la planification familiales*, Numéro spécial de 2000, pp. 28-34.
- YANA S.**, 1994. " Crise, famille et procréation : les signes avant-coureurs d'un ajustement démographique dans le milieu rural du Cameroun méridional.", In : *COURAGE G. (Coor.), Le village camerounais à l'heure de l'ajustement*, Khartala, p. 395-406.

Index des tableaux et graphiques

Chapitre 2

TABLEAU 2. 1 : L'utilisation en 1998 de la contraception dans le monde	54
TABLEAU 2. 2 : Prévalence de la contraception moderne et fécondité en Afrique noire chez les femmes mariées de 15-49 ans	58
TABLEAU 2. 3 : Chronologie de la mise en place d'une politique de planification familiale au Sénégal	65
TABLEAU 2. 4 : Répartition (%) des femmes de 15-49 ans actuellement mariées qui connaissent des contraceptifs modernes et qui pratiquent la contraception au Sénégal.	73
TABLEAU 2. 5 : Utilisation de la contraception au Sénégal des femmes de 15-49 ans actuellement mariées selon le groupe ethnique	75
TABLEAU 2. 6 : Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive aux enquêtes selon l'état matrimonial.	77
TABLEAU 2. 7 : Répartition (en %) des femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive moderne aux enquêtes, selon le nombre d'enfants vivants et le niveau d'instruction.	77
TABLEAU 2. 8 : Raisons de non-utilisation de la contraception des femmes de 15-49 ans au Sénégal	80
TABLEAU 2. 9 : Proportion pour 100 femmes, de celles qui ont entendu parler de la planification familiale à la radio, à la télévision ou qui n'ont entendu aucun message, au cours du mois précédant l'enquête	81
TABLEAU 2. 10 : Mesures de la demande de contraception parmi les femmes mariées au Sénégal, 1978-1997	82

Chapitre 3

TABLEAU 3. 1 : Répartition de la population de Niakhar selon le niveau d'instruction au 1 ^{er} janvier, 1995, 1997 et 2000 des individus de 15-24 ans selon le sexe (%).....	89
TABLEAU 3. 2 : Présentation d'une concession (Mbind) en pays Sereer	90
TABLEAU 3. 3 : La mortalité des enfants au Sénégal et à Niakhar entre 1963-2000.....	99
TABLEAU 3. 4 : Taux brut de fécondité générale par âge des femmes en milieu rural sénégalais et taux observés dans la zone d'étude de Niakhar sur plusieurs périodes.	100
TABLEAU 3. 5 : Taux brut de fécondité générale par âge des femmes en milieu rural sénégalais et taux observés dans la zone d'étude de Niakhar sur plusieurs périodes.	101
TABLEAU 3. 6 : Instruments de collecte des données et indicateurs	111
TABLEAU 3. 7 : Instruments de collecte des données complémentaires et indicateurs	120
Figure 3. 1 : Localisation de la zone d'étude de Niakhar.	87
Figure 3. 2: Pyramide des âges de la population en 1999	95
Figure 3. 3 : Niakhar. Rapport de masculinité au premier janvier 2000	96
Figure 3. 4 : Niakhar. Accroissement de la population de 1984 à 1999.....	97
Figure 3. 5 : Evolution des taux de fécondité par âge à Niakhar et au Sénégal	101
Figure 3. 6 : Proportion des mariages en union polygame année par année (1984-1999).....	103
Figure 3. 7 : Taux d'émigration définitive par âge et sexe à Niakhar en 1999	106

Chapitre 4

TABLEAU 4. 1 : Caractéristiques de l'échantillon	126
TABLEAU 4. 2 : Connaissance et utilisation de la contraception	130
TABLEAU 4. 3 : Connaissance de la contraception des hommes selon l'âge.....	131
TABLEAU 4. 4 : Connaissance de la contraception connu par caractéristiques socio-économiques.....	137
TABLEAU 4. 5 : Caractéristiques démographiques des migrants.....	142
TABLEAU 4. 6 : Homme et femme. Composition par âge (%), instruction, situation matrimoniale et activité selon le statut migratoire.....	145
TABLEAU 4. 7 : Homme et femme. Accès à l'information, à la connaissance et à l'expérience contraceptive moderne selon la zone d'émigration.....	147
TABLEAU 4. 8 : Homme, risques relatifs de la connaissance de la contraception moderne selon les variables socio-économiques et migratoires retenues dans l'analyse	149
TABLEAU 4. 9 : Femme, risques relatifs de la connaissance de la contraception moderne selon les variables socio-économiques et migratoires retenues dans l'analyse.....	150

TABLEAU 4. 10 : Proportion (%) d'hommes et de femmes ayant déjà utilisé la contraception selon le type de méthode et la situation matrimoniale.....	155
TABLEAU 4. 11 : Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femme de 15-49 ans utilisant actuellement la contraception, selon la situation matrimoniale	156
TABLEAU 4. 12 : Utilisation de la contraception à un moment quelconque.....	159
TABLEAU 4. 13 : Utilisation de la contraception des hommes à un moment quelconque	160
TABLEAU 4. 14 : Utilisation passée de la contraception moderne par les hommes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=804)	163
TABLEAU 4. 15 : Utilisation passée de la contraception moderne par les femmes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=1039)	164
TABLEAU 4. 16 : Utilisation passée de la contraception naturelle et traditionnelle par les hommes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=804)	167
TABLEAU 4. 17 : Utilisation passée de la contraception naturelle et traditionnelle par les femmes dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=1039)	169
TABLEAU 4. 18 : Utilisation actuelle d'une méthode quelconque de contraception les hommes actuellement mariés dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=595)	171
TABLEAU 4. 19 : Utilisation actuelle d'une méthode quelconque de contraception les femmes actuellement mariées dans chaque groupe de niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques (N=828)	172
TABLEAU 4. 20 : Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femmes de 15-54 ans ayant déjà utilisé ou utilisant actuellement la contraception moderne par méthode, selon l'expérience migratoire	173
TABLEAU 4. 21 : Age moyen à l'entrée à la première union des hommes et des femmes	178
TABLEAU 4. 22 : Répartition des hommes et des femmes déjà mariés et devenir des unions jusqu'à la date d'enquête	179
TABLEAU 4. 23 : Nombre moyen d'union contracté par les hommes	180
TABLEAU 4. 24 : femme de 15-54 ans. Durée de vie en union (années) et stabilité conjugale	181
TABLEAU 4. 25 : Issue des grossesses et taux de mortalité intra-utérine (%).....	182
TABLEAU 4. 26 : Répartition (%) des femmes mariées selon l'âge à l'enquête	183
TABLEAU 4. 27 : Taux de Mortalité intra-utérine selon le rang des grossesses.....	184
TABLEAU 4. 28 : Mortalité intra-utérine selon l'issue de la grossesse précédente,	185
TABLEAU 4. 29 : Table de fécondité (pour 100 femmes en union) par âge et groupe de générations.....	186
TABLEAU 4. 30 : Ages moyens des femmes mariées à la maternité par groupe de générations, selon le rang de naissance des enfants	188
TABLEAU 4. 31 : Intervalle intergénéral. Répartition (%) des naissances sur la période 1994-1999 par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, par âge et rang de naissance, Comparaison avec les données de l'EDS-III 1997.....	190
TABLEAU 4. 32 : « Avec Tout le respect pour Dieu, combien d'enfants supplémentaire voudriez-vous avoir ? »	194
TABLEAU 4. 33 : Répartition (%) de l'ensemble des hommes et des hommes de 20-69 ans actuellement mariés selon la parité atteinte et le nombre idéal d'enfants.....	196
TABLEAU 4. 34 : Fécondité actuelle et désir supplémentaire d'enfants	197
TABLEAU 4. 35 : Désir supplémentaire d'enfants des hommes de 20-69 ans actuellement mariés ne pratiquant pas la contraception, selon l'âge à l'enquête	203
TABLEAU 4. 36 : Désir supplémentaire d'enfants des femmes de 15-54 ans actuellement mariées ne pratiquant pas la contraception, selon l'âge à l'enquête	204
TABLEAU 4. 37 : Femmes de 15-49 ans actuellement mariées utilisant à l'enquête la contraception moderne selon l'âge au mariage	206
TABLEAU 4. 38 : Femme de 15-49 ans actuellement mariées utilisant à l'enquête la contraception moderne selon la méthode spécifique utilisée et le nombre de naissances vivantes ¹ (N=755).....	206
TABLEAU 4. 39 : Femmes mariées de 15-49 ans. Placement des enfants et pratique de la contraception.....	210
TABLEAU 4. 40 : Mesure de la pratique de la contraception parmi les hommes de 20-69 ans et les femmes de 15-54 ans actuellement mariés selon le désir de Fécondité	211
TABLEAU 4. 41 : Désir supplémentaire d'enfant et parité actuelle des couples monogames dont le mari à moins de 60 ans - valeurs absolues -	214
TABLEAU 4. 42 : Accord de l'ensemble des conjoints sur la fécondité supplémentaire désirée	217
TABLEAU 4. 43 : Connaissance de la contraception des couples selon la méthode spécifique connue.....	219
TABLEAU 4. 44 : Utilisation passée de la contraception des couples selon la méthode spécifique déjà utilisé	220
TABLEAU 4. 45 : pratique de la contraception des couples par méthode spécifique	221

TABLEAU 4. 46 : Couples. Fécondité supplémentaire désirée et pratique contraceptive des conjoints.....	222
TABLEAU 4. 47 : illustration graphique pour le calcul du coefficient KAPPA	345
Figure 4. 1 : Proportion (%) connaissant au moins une méthode moderne ou quelconque de contraception, selon l'âge.....	134
Figure 4. 2: Proportion (%) d'hommes de 20-69 ans et de femmes de 15-54 ans connaissant la contraception moderne, par méthode spécifique.....	134
Figure 4. 3: Proportion (%) d'hommes et de femmes célibataires ou mariés (au moins une fois) au moment de l'enquête selon l'âge.....	177
Figure 4. 4: Désir supplémentaire d'enfants selon l'âge	198
Figure 4. 5: Désir supplémentaire d'enfants selon la parité atteinte	199
Figure 4. 6: Désir d'enfant supplémentaire des hommes de 20-69 ans et des femmes de 15-54 ans mariés ne pratiquant pas la contraception selon l'âge.....	204
Figure 4. 7: Nombre moyen d'enfants nés vivants, d'enfants vivants dans la	209

Chapitre 5 et 6

TABLEAU 5. 1 : Répartition annuelle des nouvelles clientes selon l'âge.....	233
TABLEAU 5. 2 : Naissances vivantes des clientes en PF à l'entrée dans le dispositif au poste de Niakhar, selon l'âge.....	235
TABLEAU 5. 3 : Naissances vivantes des clientes en PF à l'entrée dans le dispositif	236
TABLEAU 5. 4 : Origine des consultantes en planification familiale (en %)	244
TABLEAU 5. 5 : Récapitulatif des consultations en planification familiale	244
TABLEAU 5. 6 : Suivi des consultations des nouvelles clientes en planification Pamiliale des postes de santé de Niakhar et Toucar	245
TABLEAU 5. 7 : Suivi des consultations des anciennes clientes en planification familiale des postes de Niakhar et de Toucar.....	245
TABLEAU 5. 8 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon l'âge et la méthode spécifique utilisée (1998-2000), - valeurs absolues -.....	247
TABLEAU 5. 9 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon le niveau d'instruction et la méthode spécifique utilisée (1998-2000) - valeurs absolues -.....	247
TABLEAU 5. 10 : Répartition des nouvelles clientes en PF, selon le nombre d'enfants vivants et la méthode spécifique utilisée (1998-2000) - valeurs absolues -.....	249
TABLEAU 5. 11 : Age et nombre d'enfants médians imposés par les prestataires avant de fournir les méthodes de PF.....	249
Figure 5. 1 : Organisation du système de santé au Sénégal.....	226
Figure 5. 2 : Principales infrastructures sanitaires dans la zone de Niakhar	227
Figure 5. 3 : Répartition (%) en 2000 des clientes des deux centres de PF selon la situation matrimoniale.....	234
Figure 5. 4 : Répartition (%) en 2000 des nouvelles consultantes des deux centres selon la source d'information	237
Figure 5. 5 : Evolution globale du nombre de visites en planification familiale dans les postes de santé de.....	239
Figure 5. 6 : Evolution du nombre de visites en planification familiale à Niakhar selon.....	240
Figure 5. 7 : Evolution du nombre de visites en planification familiale à Toucar.....	241
Figure 5. 8 : Evolution mensuelle des visites en planification familiale aux postes de santé	242
TABLEAU 6. 1 : Tableau synoptique des principaux résultats	278
TABLEAU 6. 2 : Fréquence (en %) des naissances pré-nuptiales des femmes de 15-54 de la zone d'étude	284
Figure 6. 1 : Utilisation des condoms tel qu'indiqué par les femmes et les hommes couramment mariés dans le monde	286

Liste des abréviations

ASBEF : Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
ASC : Association Sportive Club ou Agent de Santé communautaire
ASRADEC : Association sénégalaise de recherche et d'appui pour le développement communautaire
ASPF : Association Sénégalaise pour la Promotion de la Famille
AVSC : Association pour la contraception chirurgicale volontaire
CEDPA : Centre pour le développement des activités en matière de population
CPN : Consultation prénatale
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DIU : Dispositif Intra Utérin
EDS : Enquête Démographique et de Santé
ESF : Enquête Sénégalaise sur la fécondité
ESIS : Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
ICOFEC : Indicateurs sur les comportements de fécondité
IEC : Information Education et Communication
ICP : Infirmier Chef de Poste
IPPF : International Planned Parenthood Federation
ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité
MSAS : Ministère de la santé et de l'action sociale
MST: Maladies Sexuellement Transmissibles
NCNW: National Council of Negro Women
ONG : Organisation non Gouvernementale
PAIP : Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population
PC : Prévalence Contraceptive
PDSAS : Plan de développement intégré de la Santé et de l'Action Sociale
PED : Pays en Développement
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
PNSR : Programme National de Santé Reproductive
PNDSS : Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNPF : Programme National de la Planification Familiale
PPS : Point de Prestation de Service
PSFP : Projet Santé Famille et Population
SANFAM : Santé de la Famille
USAID : Agence des Etats Unis pour les Activités en matière de Population
ZEN : Zone d'Etude de Niakhar
