



GRIPPS

GROUPE INTERNATIONAL
DE PARTENAIRES
POPULATION – SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN),
ENSEA, INS (CÔTE D'IVOIRE), CEPED, IRD (FRANCE),
CME (LAOS), DPS (SÉNÉGAL), URD (TOGO)

LES FACTEURS DE LA CONTRACEPTION AU SÉNÉGAL

Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997

Soukeynatou FALL

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 2

Mars 2004

Soukeynatou FALL

Statisticienne démographe

Assistante de Recherche à l'Équipe Régionale d'Appui Technique du FNUAP pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

BP 21090 Dakar-Ponty, Sénégal

Tél. : +221-822 8414 – Fax : +221-822 8382

Courriel : soukeynatou@hotmail.com

© GRIPPS 2004

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : Les facteurs de la contraception au Sénégal. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 – Soukeynatou Fall, Grippe. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 2, 2004.

Introduction

Si dans la plupart des pays du monde la limitation des naissances est un fait solidement ancré dans les mœurs, en Afrique subsaharienne le processus de transition de la fécondité tarde à se réaliser. À l'exception du Botswana, du Kenya, du Ghana et du Zimbabwe, les niveaux de fécondité observés dans les pays d'Afrique subsaharienne, quoiqu'en baisse, restent relativement élevés (Fall et Ngom, 2001). La forte croissance démographique qui en découle paraît difficilement conciliable avec la satisfaction des objectifs de développement durable faisant ainsi de la maîtrise de la fécondité un défi majeur. L'effort de généralisation de l'instruction, les stratégies d'information, d'éducation et de communication, l'adoption des déclarations nationales de politique de population, la mise en œuvre des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction, n'ont cependant pas permis d'enregistrer un gain significatif en termes de changement durable des comportements procréateurs en Afrique subsaharienne. L'identification des facteurs d'affaiblissement de cette logique de forte fécondité revêt dès lors un caractère prioritaire pour la recherche. Prenant en compte le caractère incontournable de la pratique contraceptive dans le processus de transition de la fécondité, d'une part, et la faible prévalence contraceptive dans les pays de la sous-région, d'autre part, le Groupe international de partenaires population-santé (Gripps) s'est focalisé sur l'analyse de la pratique contraceptive dans les pays d'Afrique subsaharienne à forte fécondité au rang desquels figure le Sénégal.

Réalisée en 1978, l'enquête sénégalaise sur la fécondité a mis en exergue le niveau élevé de la fécondité, soulignant ainsi la nécessité de mener des interventions dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction pour la promotion d'un développement équilibré. Cette prise de conscience des enjeux démographiques a conduit à l'abrogation de la loi française de 1920 interdisant la propagande contraceptive, à la mise en œuvre d'un programme national de planification familiale en 1980 et à l'adoption d'une déclaration de politique nationale de population en 1988. Les interventions ainsi menées pour satisfaire l'objectif de maîtrise de la croissance démographique semblent toutefois avoir un impact relativement limité au regard du faible taux de prévalence contraceptive moderne estimé à 7 % lors de l'enquête démographique et de santé de 1997 (Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Macro International Inc, 1997) ? L'acceptabilité socioculturelle de la pratique contraceptive, les motivations des couples, la crainte des effets secondaires, les conditions économiques peu favorables, le manque de soutien politique durable et les problèmes d'accessibilité des services de planification familiale sont souvent évoqués pour expliquer les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale (Ofusu, 1995 ; Casterline *et al.*, 2001).

Par ailleurs, les études réalisées sur les changements démographiques montrent que la fécondité a baissé au cours des dernières décennies au Sénégal (N'Diaye, 1994 ; Pison *et al.*, 1997). Estimé à 7,1 enfants par femme en 1978, le nombre moyen d'enfants par femme a diminué, atteignant 5,7 enfants par femme en 1997 et 5,2 enfants par femme en 1999 lors de l'enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (Ministère de la Santé *et al.*, 2000). Cette baisse de la fécondité est un phénomène urbain essentiellement imputable au relèvement de l'âge au premier mariage (Fall et Ngom, 2001). Ainsi, plutôt qu'à une baisse de la demande d'enfants qui se traduirait par une adhésion massive des populations à la pratique contraceptive, c'est au changement survenu dans les comportements matrimoniaux que l'on doit l'amorce de la baisse de la fécondité au Sénégal. Cette faible adhésion des populations au

programme de planification familiale soulève des interrogations quant aux déterminants de la pratique contraceptive.

Pour aborder une telle problématique, référence est faite aux caractéristiques de la femme, de son conjoint et de l'environnement dans lequel elle évolue en vue de cerner les facteurs facilitant et ceux faisant obstacle à la pratique contraceptive. Dans le cadre du protocole du Gripps, l'analyse de la pratique contraceptive est faite en replaçant les changements de comportement procréateur dans un cadre plus général de changement social.

La présente étude s'inspire des données de l'enquête démographique et de santé réalisée au Sénégal en 1997 (EDS-III) sur un échantillon de 7 444 femmes en âge de procréer, non enceintes et non ménopausées pour aborder l'étude des déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal. Elle vise notamment à :

- étudier les variations différentielles de la pratique contraceptive et évaluer l'impact de la pratique contraceptive sur le niveau de la fécondité ;
- dégager le profil des utilisatrices et des non-utilisatrices de méthodes contraceptives ;
- et à cerner les déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle au Sénégal.

1. Contexte général de l'étude

La population sénégalaise est estimée à 9 774 093 habitants en 2001 avec un taux d'accroissement annuel de 2,7 %. Cette forte croissance démographique, dans un contexte marqué par la crise économique et ses conséquences sur les investissements publics et le pouvoir d'achat des ménages, pose le problème de la qualité de vie des populations. Et l'on s'interroge, compte tenu de l'inertie des phénomènes démographiques, sur le délai de stabilisation de la population sénégalaise constituée à 47 % de jeunes âgés de moins de 15 ans.

1.1. L'amélioration de la qualité des services de planification familiale reste une priorité

Si la maîtrise de la croissance démographique constitue un préalable pour la promotion d'un développement équilibré, le programme national de planification familiale enregistre des résultats plutôt mitigés. Parmi les 7 444 femmes potentiellement fécondes ayant répondu au questionnaire femme de l'EDS-III en 1997, 860, soit 12 %, utilisent une méthode contraceptive quelconque et 66 % des utilisatrices ont recours aux méthodes modernes. On note par ailleurs que 44 % des femmes potentiellement fécondes ne connaissent pas une source d'approvisionnement en produits contraceptifs et 16 % des utilisatrices (à un moment quelconque) sont confrontées à des problèmes d'accessibilité des centres de planification familiale. Cette faible adhésion des populations au programme national de planification familiale relèverait tant des facteurs de l'offre que de la demande de produits et services contraceptifs.

1.2. Sous-tendue par une nuptialité intense, la logique de forte fécondité persiste

Dans ce contexte de faible prévalence contraceptive, la demande d'enfants se maintient à un niveau élevé. 64 % des femmes potentiellement fécondes désirent avoir au moins cinq enfants et le nombre moyen idéal d'enfants par femme est de 5,2. La fécondité réalisée confirme la persistance de la norme de forte fécondité ; 27 % des femmes potentiellement fécondes ont eu au moins cinq naissances vivantes. Cette logique de forte fécondité est sous-tendue par une nuptialité intense. Près de sept femmes potentiellement fécondes sur dix ont au moins contracté une union et 4 % d'entre elles sont en rupture d'union soit par divorce, séparation ou veuvage. Mais vivre en union n'entraîne pas de cohabitation avec le conjoint pour 47 % des femmes mariées (à cause généralement de la polygamie). Cette situation engendre une exposition partielle au risque de procréer pouvant avoir des incidences sur le choix contraceptif des femmes.

Au-delà de l'accessibilité des produits et services contraceptifs, les faiblesses enregistrées dans la mise en œuvre du programme national de planification familiale semblent relever du fait que les femmes sénégalaises évoluent, pour la plupart, dans un environnement peu propice au changement démographique.

1.3. Des conditions de vie précaires surtout en milieu rural

Appréhendé à partir du type de plancher, de l'accès à l'eau courante et à l'électricité, le standing de l'habitat permet de catégoriser les ménages en trois groupes :

- les ménages à bas standing n'ayant accès ni à l'eau courante, ni à l'électricité, ni à un logement dont le plancher est fini ;
- les ménages à haut standing ayant accès à l'eau courante, à l'électricité et à un logement dont le plancher est fini ;
- les autres étant classés parmi les ménages à moyen standing.

Cette typologie révèle la précarité des conditions de vie des populations. Près de trois femmes sur dix (27 %) sont confrontées à une situation d'extrême pauvreté. Elles vivent dans des ménages n'ayant accès ni à l'eau courante, ni à l'électricité, ni à un logement dont le plancher est fini. À l'opposé de ces femmes vivant dans une situation d'extrême pauvreté, 34 % des femmes potentiellement fécondes échappent à la pauvreté et 39 % appartiennent à la classe moyenne. Si cette situation paraît préoccupante au niveau national, elle l'est davantage en milieu rural où résident 96 % des femmes pauvres. De par la surcharge de travaux domestiques qu'elle engendre, la pauvreté pourrait dans une certaine mesure justifier la persistance de la logique de forte fécondité surtout en milieu rural. Dans une étude réalisée en milieu rural chez les Mossi, Ouédraogo (2001) met à ce propos l'accent sur la procréation en tant que stratégie développée par les femmes pour monopoliser des bras annexes leur permettant de faire face aux tâches domestiques.

1.4. Le renforcement des capacités des femmes, un axe privilégié d'intervention

Les relations de genre constituent un des mécanismes garantissant la persistance d'une logique de forte fécondité. Ce système de relations agit, comme l'affirme Andro (2000), aussi bien au niveau de l'individu, dans ses stratégies propres, qu'au niveau de la société en général, dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. C'est en cela que le renforcement des capacités des femmes est considéré comme l'un des axes prioritaires sur lesquels repose l'espoir d'un changement durable des comportements procréateurs dans les pays à forte fécondité (Nations unies, 2001).

Au Sénégal, plus de trois femmes potentiellement fécondes sur cinq sont analphabètes et parmi celles ayant accès à l'instruction 62 % n'ont pu dépasser le cap de l'enseignement primaire. C'est en milieu rural, où la proportion d'analphabètes atteint 86 %, que ce problème se pose avec plus d'acuité. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle est sous-tendue par de fortes inégalités de genre. Le taux d'analphabétisme varie en effet de 48 % chez les hommes à 64 % chez les femmes et le taux d'accès à l'enseignement supérieur est près de quatre fois plus élevé chez les hommes comparativement aux femmes. Ce constat met en exergue l'ampleur des défis à relever pour la promotion de l'égalité et l'équité en matière de genre au Sénégal.

Dans un marché du travail de plus en plus sélectif, cette situation a pour corollaire une faible participation des femmes à l'emploi salarié. Près de la moitié des femmes potentiellement fécondes n'ont pas accès au marché du travail alors que le droit à l'emploi est garanti pour la plupart de leurs conjoints. Si le secteur primaire apparaît comme le principal secteur d'activité des hommes, les femmes exercent le plus souvent des activités commerciales. Ainsi par exemple, le secteur moderne, qui offre généralement de meilleures conditions de salaire, embauche deux fois plus d'hommes que de femmes.

Dans ce contexte où le statut et le pouvoir économique de la femme sont relativement faibles, l'opinion du conjoint paraît déterminante en ce qui concerne le choix contraceptif des couples. Or, parmi les femmes connaissant l'opinion de leurs conjoints sur la planification familiale, 43 % ont déclaré que ces derniers étaient réticents à la pratique contraceptive. Par ailleurs, 31 % des femmes potentiellement fécondes ne connaissent pas l'opinion de leurs conjoints sur la planification familiale. Cela traduit l'absence de discussion au sein du couple et, partant, le pouvoir de décision limité des femmes et l'étroitesse de leur marge de manœuvre en ce qui concerne le contrôle de leur fécondité.

Il ressort du contexte ainsi dressé que si les pesanteurs socioculturelles sont souvent évoquées pour expliquer le caractère pro nataliste de la société sénégalaise, les contraintes économiques, la faiblesse des capacités des femmes, les faiblesses enregistrées au niveau de l'offre de services et produits contraceptifs, apparaissent comme d'importants facteurs explicatifs de la persistance d'une faible prévalence contraceptive au Sénégal.

2. Variations différentielles de la pratique contraceptive au Sénégal

L'étude des déterminants de la pratique contraceptive comporte dans le cadre du protocole de recherche du Gripps, outre l'analyse univariée permettant de replacer les événements dans leur contexte, deux principales étapes :

- l'analyse bivariée visant à cerner les associations probables entre la variable expliquée et chacune des variables explicatives ;
- l'analyse multivariée comportant deux composantes : une composante descriptive visant à dégager le profil des utilisatrices et non-utilisatrices de méthodes contraceptives, et une composante explicative permettant de déterminer et hiérarchiser, au moyen de la régression logistique, les variables les plus pertinentes dans l'explication du comportement différentiel des femmes vis-à-vis de la contraception.

Ce deuxième point est consacré à l'étude des variations différentielles de la pratique contraceptive chez les femmes sénégalaises potentiellement fécondes selon les différentes variables jugées pertinentes dans le cadre de l'étude des déterminants de la pratique contraceptive. Trois types d'indicateurs contribuent, dans le cadre de l'analyse bivariée à élucider les liens entre la pratique contraceptive et les variables explicatives retenues. Il s'agit des mesures d'association telles que le Khi-deux, le V de Cramer, le Lambda de Goodman et Kruskal, l'indice de contraception de Bongaarts et les risques relatifs. Les mesures d'association permettent d'apprécier l'intensité des liens entre la pratique contraceptive et les variables explicatives retenues dans le modèle d'analyse. L'indice de contraception de Bongaarts rend compte de la baisse du niveau de la fécondité induite par l'adhésion d'un groupe spécifique de femmes mariées à la pratique contraceptive. En revanche, les risques relatifs permettent de saisir les variations différentielles de la pratique contraceptive moderne selon les différentes modalités des variables explicatives retenues (annexe 2).

2.1. Milieu de vie de la femme et pratique contraceptive

La fécondité s'exprime à travers les règles de la vie sociale qui organisent les relations sociales à travers la formation des couples et en modulent le résultat (Vallin, 1992). Aussi le milieu de vie constitue-t-il un facteur important pour comprendre les logiques sous-tendant les décisions en matière de fécondité. Dans le cadre de cette étude, le milieu de vie de la femme est appréhendé à partir du milieu de socialisation, du lieu de résidence et du standing de l'habitat.

2.1.1. La pratique contraceptive moderne, un phénomène essentiellement urbain

La pratique contraceptive, quoique faible à l'échelle nationale, présente des disparités selon le lieu de résidence. La proportion d'utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives varie de 18 % à Dakar et dans les grandes villes à 17 % dans les villes moyennes contre 7 % en milieu rural (annexe 1, tableau A1). En milieu urbain, les utilisatrices ont davantage recours aux méthodes modernes et naturelles tandis qu'en milieu rural la préférence est aux

« autres méthodes »¹. L'étude des risques relatifs permet d'établir que, comparées aux autres femmes, celles résidant à Dakar et dans les grandes villes ont une propension à recourir aux méthodes contraceptives modernes –stérilisation incluse – trois fois plus élevée. L'indice de contraception de Bongaarts montre que l'adhésion des femmes mariées à la pratique contraceptive a pour effet induit, une baisse de la fécondité de l'ordre de 11 % à l'échelle nationale. Cela se traduit par une baisse de la fécondité de 26 % à Dakar et dans les grandes villes, 19 % dans les villes moyennes et 4 % en milieu rural.

Le milieu de socialisation ou lieu de résidence pendant l'enfance est souvent identifié comme l'une des variables influençant les représentations, les perceptions, les attitudes et les comportements des individus en général et dans le domaine de la procréation en particulier. Comme milieu de socialisation, l'environnement urbain apparaît comme un cadre de vie plus réceptif à la pratique contraceptive que le milieu rural. Comparées aux femmes socialisées dans les autres localités du Sénégal, celles ayant passé les douze premières années de leur existence en milieu urbain sont deux fois plus susceptibles de recourir aux méthodes contraceptives modernes. Les femmes socialisées à l'étranger se distinguent par une utilisation plus fréquente de la stérilisation et des « autres méthodes » tandis que celles ayant été socialisées en milieu urbain affichent une nette préférence pour les méthodes modernes. L'effet réducteur de la pratique contraceptive sur le niveau de la fécondité au Sénégal varie, selon le milieu de socialisation, de 26 % à Dakar et dans les grandes villes, à 20 % dans les villes moyennes, 5 % en milieu rural et 12 % à l'étranger (annexe 1, tableau A2). Ainsi, au regard des variations différentielles importantes du taux de prévalence contraceptive et de son impact sur la baisse de la fécondité des mariages, l'urbanisation apparaît comme un facteur important de changement démographique.

2.1.2. La pauvreté, un obstacle à la pratique contraceptive moderne

Au-delà de la vulnérabilité qu'elle engendre, la pauvreté semble constituer un obstacle à la maîtrise de la croissance démographique. Le taux de prévalence contraceptive atteint 18 % dans les ménages aisés, alors qu'il n'est respectivement que de 9 % et 8 % dans les ménages à moyen et bas standing (annexe 1, tableau A3). Les femmes pauvres affichent une préférence pour les « autres méthodes » contraceptives tandis que celles vivant dans des ménages à moyen et haut standing ont davantage recours aux méthodes contraceptives modernes. Elles sont en effet près de sept fois plus prédisposées à recourir à la pratique contraceptive moderne que les femmes pauvres. L'indice de contraception de Bongaarts permet, en outre, de noter que la pratique contraceptive contribue à une réduction de la fécondité des mariages de 25 % parmi les couches aisées et respectivement 7 % et 3 % parmi les couches moyennes et pauvres.

En contrôlant l'influence du milieu de résidence sur le statut économique du ménage on observe que, quel que soit le milieu de résidence considéré, les couches les plus aisées sont celles ayant davantage recours aux méthodes contraceptives. Les femmes résidant dans les ménages à moyen et haut standing de Dakar, des grandes villes et des villes moyennes sont six fois plus promptes à recourir aux méthodes contraceptives modernes que leurs homologues vivant dans les ménages à bas standing. La pratique contraceptive a un effet d'autant plus réducteur sur la fécondité que le niveau de vie des ménages est élevé avec des différences entre classes sociales faibles en milieu rural et relativement élevées en milieu

¹ Les autres méthodes contraceptives sont définies par opposition aux méthodes modernes (pilule, DIU, injectables, diaphragme, norplant et condom), à la stérilisation masculine et féminine, aux méthodes naturelles (retrait et abstinence périodique) et aux méthodes populaires (gris-gris).

urbain. Le taux de réduction de la fécondité consécutive à l'adhésion des femmes mariées à la pratique contraceptive varie de 14 % à 29 % dans les ménages à moyen et haut standing de Dakar et des grandes villes, et s'établit respectivement à 9 %, 14 % et 25 % dans les ménages à bas, moyen et haut standing des villes moyennes, alors qu'il est de 3 %, 5 % et 7 % dans les ménages à bas, moyen et haut standing du milieu rural (annexe 1, tableau A4). Cette faible efficacité de la pratique contraceptive sur la fécondité des mariages en milieu rural, quel que soit le niveau de vie du ménage, montre qu'au-delà de la pauvreté il existe d'autres facteurs expliquant les réticences des populations rurales vis-à-vis de la planification familiale ou limitant leur accès à celle-ci.

2.2. Caractéristiques socio-démographiques de la femme et pratique contraceptive

2.2.1. Une faible pratique contraceptive aux âges de forte fécondité

Considéré comme une variable cruciale dans l'étude des comportements démographiques, l'âge apparaît comme étant positivement corrélé à la pratique contraceptive. En 1997, le taux de prévalence, relativement faible pour les jeunes générations (5 %), augmente considérablement dépassant 20 %, soit une femme sur cinq au-delà de 34 ans. Il apparaît ainsi que les femmes âgées de moins de 35 ans qui représentent près de 80 % des femmes potentiellement fécondes et contribuant pour 71 % au niveau général de la fécondité n'enregistrent qu'un taux de prévalence contraceptive de 9 %. Cette faible prévalence contraceptive aux âges de forte fécondité crée les conditions d'un maintien d'une forte croissance démographique difficilement conciliable avec la satisfaction des objectifs de développement durable. La baisse de la fécondité des mariages induite par la contraception atteint 4 % parmi les femmes âgées de moins de 25 ans, 11 % parmi celles âgées de 25 à 34 ans et 16 % au-delà de 35 ans (annexe 1, tableau A5).

2.2.2. Les ruptures d'union exigent une gestion rigoureuse du risque de grossesse

La pratique contraceptive intervient dans le cadre de la gestion du risque de grossesse ; elle reste donc soumise à l'influence de variables telles que l'état matrimonial, l'activité sexuelle et la co-résidence avec le conjoint qui déterminent ce risque en amont. Le taux de prévalence contraceptive moderne s'établit à 21 % pour les femmes en rupture d'union alors qu'il est de 9 % pour les femmes mariées et 3 % pour les célibataires (annexe 1, tableau A6). Si le fait pour une femme mariée d'être sexuellement active ou non ou de cohabiter ou non avec son conjoint n'exerce qu'une faible influence sur son comportement en matière de contraception, des différences importantes apparaissent entre les femmes sexuellement actives mariées et non mariées. Le taux de prévalence contraceptive varie en effet de 56 % chez les femmes non mariées sexuellement actives à 15 % chez leurs homologues mariées sexuellement actives (annexe 1, tableau A7). La probabilité de recourir aux méthodes contraceptives modernes est en outre près de sept fois plus élevée pour les femmes non mariées sexuellement actives comparativement aux autres femmes potentiellement fécondes.

2.2.3. L'instruction, un levier pour la maîtrise de la fécondité

L'instruction est un facteur important de changement social. Elle constitue l'une des voies de diffusion des valeurs occidentales prônant une faible descendance. En ce sens, elle apparaît comme une variable pouvant influencer la pratique contraceptive. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives varie de 8 % à 18 % selon que la femme est analphabète ou instruite. Il est de 15 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire tandis qu'il s'établit à 22 % et 37 % pour celles dotées respectivement d'un niveau d'instruction secondaire et supérieur. Le recours aux méthodes naturelles est surtout le fait des femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire. Si le taux de prévalence contraceptive naturelle n'est que de 1 % dans l'ensemble, il atteint 4 % et 9 % pour les femmes ayant respectivement un niveau d'instruction secondaire et supérieur (annexe 1, tableau A9). Comme initialement postulé dans le protocole du Gripps, l'instruction semble constituer un facteur crucial du processus de transition de la fécondité au Sénégal. Le recours des femmes non instruites aux méthodes contraceptives a pour effet induit une baisse de la fécondité des mariages de 8 % alors que ce ratio atteint 18 %, 36 % et 59 % dans les catégories sociales constituées par celles ayant respectivement un niveau d'instruction primaire, secondaire et supérieur.

En contrôlant l'effet de l'instruction par le milieu de résidence, il apparaît que l'instruction favorise la pratique contraceptive quel que soit le milieu de résidence considéré. Les statistiques révèlent en outre que la résidence en milieu urbain prédispose à l'adoption de comportements novateurs. Cela est illustré par le fait que les citadines analphabètes sont plus réceptives à la pratique contraceptive que les femmes dotées d'un niveau d'instruction primaire résidant en milieu rural. Cette situation révèle non seulement l'ampleur des inégalités entre les milieux urbain et rural mais aussi le poids du contrôle social en milieu rural où résident 54 % des femmes potentiellement fécondes. À niveau d'instruction égal, la contribution de la pratique contraceptive à la baisse de la fécondité est assez voisine dans les villes moyennes, comparativement aux grandes agglomérations urbaines alors qu'elle est relativement faible en milieu rural. Chez les femmes mariées non instruites, la pratique contraceptive entraîne une diminution de la fécondité de 3 %, 13 % et 14 % selon qu'elles résident respectivement en milieu rural, dans les villes moyennes, à Dakar et dans les grandes villes. Pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, ces ratios s'établissent à 9 % en milieu rural, 20 % dans les villes moyennes et 25 % à Dakar et dans les grandes villes. Ce pouvoir réducteur de la pratique contraceptive sur la fécondité atteint respectivement 22 %, 41 % et 43 % pour les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire selon qu'elles résident en milieu rural, dans les villes moyennes, à Dakar et dans les grandes villes (annexe 1, tableau A10). Le manque d'instruction apparaît ainsi comme un facteur explicatif pertinent de la faible pratique contraceptive surtout en milieu rural.

2.2.4. L'accès des femmes au marché du travail favorise la pratique contraceptive

La participation de la femme à l'activité économique semble favoriser la pratique contraceptive. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives varie de 14 % chez les femmes exerçant une activité économique à 9 % chez celles n'ayant pas accès au marché du travail. Comparées aux femmes exerçant dans les autres secteurs d'activité, celles œuvrant dans le secteur moderne semblent plus favorables à la pratique contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive toutes méthodes confondues est de 43 % pour les femmes travaillant dans le secteur moderne alors que celles œuvrant dans les secteurs agricole, artisanal et

commercial enregistrent respectivement un taux de prévalence contraceptive de 7 %, 12 % et 17 %. Les femmes travaillant dans le secteur moderne sont quatre fois plus promptes à recourir aux méthodes contraceptives modernes que leurs homologues des autres secteurs d'activité. Elles enregistrent un taux d'utilisation des méthodes naturelles de 11 % alors que ce ratio est inférieur à 2 % dans les autres secteurs d'activité (annexe 1, tableau A12). Le pouvoir économique qu'ont les femmes exerçant dans le secteur moderne et les contraintes qu'exerce la procréation sur leurs activités professionnelles justifient en grande partie leur adhésion à la pratique contraceptive. Estimée en termes de taux de réduction de la fécondité, l'efficacité de la pratique contraceptive est de 45 % pour les femmes oeuvrant dans le secteur moderne. Elle est estimée à 3 % pour le secteur primaire, 10 % pour les ménagères, 11 % pour le secteur artisanal et 16 % pour le secteur commercial. On note ainsi que les activités à forte demande de main-d'œuvre familiale (agriculture, artisanat...) entraînent aussi une faible utilisation contraceptive.

2.3. Histoire génésique de la femme et pratique contraceptive

2.3.1. La pratique contraceptive, une fonction croissante de la parité

La plupart des travaux de recherche ont mis en évidence la préférence pour une contraception d'espacement plutôt qu'une contraception d'arrêt dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cette hypothèse semble toutefois infirmée dans le cas du Sénégal où les femmes ayant déjà eu une descendance élevée adhèrent deux fois plus à la pratique contraceptive que celles ayant une faible parité. Le taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, varie ainsi de 9 % à 17 % et le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % à 11 % selon que la parité atteinte est inférieure ou supérieure à cinq enfants respectivement (annexe 1, tableau A13). Cette adhésion des multipares (femmes ayant cinq enfants et plus) à la pratique contraceptive met en évidence l'existence d'une volonté de limitation des naissances chez les femmes ayant déjà atteint la parité idéale qui s'établit en moyenne à 5,2 enfants par femme. Cette pratique contraceptive au-delà du cinquième enfant pourrait donc être assimilée à une contraception d'arrêt (*cf.* Evina et Ngoy, 2001). La pratique contraceptive a pour effet induit une baisse de la fécondité des mariages de 9 % parmi les femmes ayant moins de cinq enfants et 13 % parmi celles ayant au moins cinq enfants survivants.

Comme nous l'avons souligné par ailleurs, la logique de forte fécondité est sous-tendue par une volonté affirmée de réaliser une descendance élevée chez la plupart des femmes potentiellement fécondes. Les femmes désirant avoir une descendance élevée se distinguent par leur faible adhésion à la pratique contraceptive (annexe 1, tableau A18). Elles enregistrent un taux de prévalence contraceptive de 9 % alors que ce taux s'établit à 16 % pour celles désirant réaliser une descendance « réduite » (moins de cinq enfants). La probabilité de recourir aux méthodes contraceptives modernes varie du simple au triple selon que la femme souhaite ou non avoir une naissance supplémentaire. Ainsi, il apparaît que la forte demande d'enfants est un des facteurs explicatifs de la faible adhésion des populations au programme de planification familiale. La pratique contraceptive engendre une baisse de la fécondité des mariages de 19 % chez les femmes ayant opté pour une descendance réduite et 7 % chez celles désirant réaliser une descendance élevée.

2.3.2. La réalisation d'une descendance mixte favorise le contrôle de la fécondité

Outre le nombre, le sexe des enfants constitue une autre composante du projet de fécondité des couples pouvant influencer les comportements procréateurs. Comparées aux autres femmes, celles ayant une descendance « mixte » – au moins un garçon et une fille – semblent plus réceptives à la pratique contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive varie de 18 % à 7 % selon que la femme a une descendance « mixte » ou non (annexe 1, tableau A16). Les femmes ayant une descendance « mixte » sont près de trois fois plus susceptibles de recourir aux méthodes contraceptives modernes que les autres femmes potentiellement fécondes. La contribution de la pratique contraceptive à la baisse de la fécondité est de 13 % pour les femmes ayant une descendance mixte et 7 % pour celles n'ayant que des enfants de même sexe.

2.3.3. Une faible incidence de la mortalité des enfants sur les projets de fécondité

La gestion de ces projets de fécondité est assurée dans un contexte où les risques de mortalité dans l'enfance sont relativement élevés. Sur 1 000 naissances vivantes au Sénégal, 69 décèdent avant d'atteindre l'âge d'un an et 139 meurent avant leur cinquième anniversaire (Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Macro International Inc., 1997). Ces risques élevés de mortalité pendant l'enfance semblent toutefois avoir un impact limité sur le comportement des femmes vis-à-vis de la contraception. Le taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, varie de 14 % chez les femmes ayant perdu au moins un de leurs enfants à 11 % chez celles n'ayant jamais subi ce phénomène. Par contre, le taux de prévalence contraceptive moderne s'établit au même niveau pour ces deux groupes de femmes (8 %) (annexe 1, tableau A15).

2.4. Caractéristiques du conjoint et pratique contraceptive

2.4.1. L'instruction du conjoint, un facteur crucial de l'adhésion du couple à la pratique contraceptive

Tout comme l'instruction de la femme, celle du conjoint semble déterminante en ce qui concerne l'adhésion du couple à la pratique contraceptive. La proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives varie de 10 % chez les femmes dont le conjoint n'est pas instruit à 31 % chez celles dont le conjoint est instruit. Elle atteint 19 % chez les femmes dont le conjoint a un niveau d'instruction primaire et 33 % et 56 % pour celles dont les conjoints ont respectivement un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (annexe 1, tableau A19). La probabilité de recourir aux méthodes contraceptives modernes est près de cinq fois plus élevée chez les femmes dont le conjoint est instruit comparativement à celles mariées à des analphabètes. Cette corrélation positive entre le niveau d'instruction du conjoint et le taux de prévalence contraceptive reste valable pour les méthodes naturelles dont le taux d'utilisation atteint 7 % lorsque le conjoint a un niveau d'instruction supérieur. Ainsi, l'instruction du conjoint apparaît de façon générale comme un facteur crucial de l'adhésion du couple à la pratique contraceptive ; ce que confirme l'indice de Bongaarts. La pratique contraceptive

engendre une baisse de la fécondité des mariages estimée à 6 % parmi les femmes dont les conjoints sont analphabètes, 13 %, 29 % et 49 % parmi celles dont les conjoints ont respectivement un niveau d'instruction primaire, secondaire ou supérieur.

2.4.2. Un secteur moderne favorable à la pratique contraceptive

Le taux de prévalence contraceptive varie considérablement selon la situation professionnelle du conjoint. Il atteint 39 % chez les femmes dont le conjoint œuvre dans le secteur moderne alors qu'il n'est respectivement que de 9 %, 14 % et 16 % chez celles dont le conjoint travaille dans les secteurs primaire, commercial et artisanal. Les femmes dont le conjoint travaille dans le secteur moderne manifestent une certaine réceptivité à la pratique contraceptive. Près du tiers d'entre elles ont recours aux méthodes contraceptives modernes et sont cinq fois plus susceptibles d'y recourir que les autres femmes. Les femmes dont le conjoint travaille dans le secteur moderne enregistrent un taux d'utilisation des méthodes naturelles avoisinant 5 %. Le taux de réduction de la fécondité imputable à l'adhésion des femmes à la pratique contraceptive serait de 39 %, 12 %, 10 % et 4 % pour les femmes dont les conjoints travaillent respectivement dans les secteurs moderne, commercial, artisanal et agricole (annexe 1, tableau A20). Cette adhésion du secteur moderne, offrant généralement de meilleures conditions de salaire, à la pratique contraceptive témoigne de l'influence du pouvoir économique du ménage sur le projet de fécondité du couple. Roussel (1995) note, à ce propos, que le souci de garantir la promotion sociale des enfants exige souvent des couches sociales nanties des investissements considérables impliquant un comportement résolument malthusien.

2.4.3. L'implication des hommes s'impose dans le cadre des programmes de planification familiale

L'opinion du conjoint semble induire des changements importants au niveau de la pratique contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, varie de 33 % à 9 % selon que le conjoint approuve ou désapprouve la pratique contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive naturelle varie de 4 % à 1 % selon que le conjoint approuve ou désapprouve la planification familiale (annexe 1, tableau A21). En outre, celles dont le conjoint approuve la planification familiale sont treize fois plus promptes à recourir aux méthodes contraceptives modernes que leurs homologues mariées à des hommes réticents à la pratique contraceptive. Chez les femmes dont le conjoint est favorable à la contraception, la pratique contraceptive réduit la fécondité de 27 % alors que ce ratio n'est que de 6 % chez celles dont le conjoint désapprouve la planification familiale. Ce constat met en exergue l'importance de la prise en compte des hommes comme population cible dans le cadre des programmes de planification familiale.

2.5. Accessibilité des services de planification familiale et pratique contraceptive

2.5.1. La sensibilisation gage du succès du programme de planification familiale

La pratique contraceptive est étroitement liée à la connaissance d'une source d'approvisionnement en produits contraceptifs. Les femmes connaissant une source d'approvisionnement en produits contraceptifs présentent un taux de prévalence (17 %) quatre fois plus élevé que celui des autres femmes (4 %). L'adhésion des femmes connaissant les centres de planification familiale à la pratique contraceptive se traduit par une baisse de la fécondité des mariages de 17 % alors que ce ratio est de 2 % pour celles qui ne connaissent pas ces structures. Ainsi, la sensibilisation apparaît comme un facteur essentiel permettant d'améliorer le taux de prévalence contraceptive (annexe 1, tableau A22).

Les médias constituent l'une des voies les plus fréquemment utilisées pour la vulgarisation de la planification familiale. Cependant, l'accès hebdomadaire à l'information diffusée à la radio est un luxe pour 28 % des femmes potentiellement fécondes. Ces femmes n'ayant pas accès à l'information se distinguent, comme nous l'avons noté par ailleurs, par une faible prévalence contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive varie en effet du simple (7 %) au double (14 %) selon que la femme a accès ou non à l'information (annexe 1, tableau A23). Les femmes potentiellement fécondes ayant accès à l'information sont trois fois plus promptes à recourir aux méthodes contraceptives modernes que celles dont le droit à l'information n'est pas garanti. L'effet réducteur de la pratique contraceptive sur la fécondité varie de 13 % à 4 % selon que la femme a accès ou non à un médium audio au moins une fois par semaine.

2.5.2. Garantir l'accessibilité et la qualité des services et produits contraceptifs, une priorité

Si la source d'approvisionnement en produits contraceptifs utilisée ne semble pas induire des différences importantes au niveau de la pratique contraceptive, son influence paraît déterminante sur l'efficacité de celle-ci. L'effet inhibiteur de la pratique contraceptive sur la fécondité varie de 92 % chez les femmes s'approvisionnant auprès des structures médicales publiques à 94 % et 76 % chez celles qui s'approvisionnent auprès des structures médicales privées et des structures privées non médicales (annexe 1, tableau A24).

Les sources d'approvisionnement en produits contraceptifs restent, en dépit des efforts menés dans le domaine de la santé de la reproduction, difficilement accessibles pour 8 % des femmes potentiellement fécondes ayant déjà eu recours à la pratique contraceptive. Ces problèmes d'accessibilité sont d'autant plus importants qu'ils se reflètent sur la réceptivité de ces dernières à la pratique contraceptive. Le taux de prévalence contraceptive moderne varie de 12 % à 17 % selon que la femme est confrontée ou non à des problèmes d'accessibilité des centres de planification familiale (annexe 1, tableau A25). C'est dire que garantir l'accessibilité des structures d'approvisionnement en produits contraceptifs réduirait les besoins non satisfaits et contribuerait par conséquent à la satisfaction de l'objectif de maîtrise de la fécondité.

2.6. Quelques traits marquants de la pratique contraceptive au Sénégal

L'analyse bivariée permet de dégager quelques spécificités de la pratique contraceptive au Sénégal. La pratique contraceptive intervient souvent au-delà de 35 ans chez les femmes ayant déjà eu au moins cinq enfants. Pour ces femmes, cette pratique s'apparenterait à une contraception d'arrêt plutôt qu'une contraception d'espacement. Ce constat permet de noter que les hypothèses suivantes, avancées dans le protocole du Gripps, « le risque pour une femme âgée de moins de 25 ans de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme plus âgée (25 ans et plus) » et « les femmes dont la descendance est inférieure ou égale à quatre enfants en moyenne ont plus de chance de pratiquer la contraception que celles ayant une descendance supérieure à quatre enfants » se trouvent infirmées dans le cas du Sénégal.

La valeur de l'indice de contraception de Bongaarts calculé à partir des données de l'EDS-III est de 0,895. Ainsi, la contribution de la pratique contraceptive au déclin de la fécondité a nettement évolué au Sénégal passant de 2 % en 1978, 5 % en 1986 et 1992 à 10,5 % en 1997. Le rôle de la pratique contraceptive dans le processus de transition de la fécondité paraît faible comparé à celui du relèvement de l'âge au premier mariage. Estimé à 6,5 % en 1978, l'indice de nuptialité de Bongaarts atteint 10,2 % en 1986 et 15,7 % en 1992 (Pison *et al.*, 1997). Ces indicateurs confirment le rôle prépondérant des changements de comportements matrimoniaux dans le processus de transition de la fécondité au Sénégal.

La matrice de calcul de l'indice de Bongaarts laisse apparaître que la pratique contraceptive a un effet d'autant plus réducteur sur la fécondité que les femmes disposent d'opportunités leur permettant d'échapper à la pauvreté, de prétendre aux mêmes avantages que leurs homologues résidant en milieu urbain, d'être instruites et d'avoir accès à l'emploi dans le secteur moderne. Outre ces variables spécifiques à la femme et à l'environnement dans lequel elle évolue, certaines caractéristiques du conjoint participent de la création d'un environnement favorable au déclin de la fécondité au Sénégal. Il s'agit de l'acquisition d'un niveau d'instruction, de la réceptivité du conjoint à la pratique contraceptive de même que sa participation à l'activité économique dans le secteur moderne.

L'étude des variations différentielles de la pratique contraceptive moderne révèle également que les femmes résidant en milieu rural, les analphabètes, celles dont les conjoints désapprouvent la planification familiale, celles confrontées à la pauvreté endémique, celles n'ayant pas accès aux messages de sensibilisation sur la planification familiale et celles dont les conjoints ne travaillent pas dans le secteur moderne évoluent pour la plupart en marge du processus de changement démographique en cours au Sénégal.

3. Profil des utilisatrices et non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes

L'un des objectifs du protocole de recherche du Gripps sur la pratique contraceptive est de dégager les profils des utilisatrices et non-utilisatrices de méthodes contraceptives. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode d'analyse factorielle avec le logiciel SPAD développé par le Centre international de statistique et d'informatique appliquées (CISIA). Deux principales options de l'analyse factorielle ont été utilisées à cet effet : l'analyse en composantes

principales et la description des axes factoriels. L'analyse en composantes principales fournit des indications sur le pourcentage d'inertie du nuage de points expliqué par les axes factoriels. La description des axes factoriels permet, en tant que méthode d'analyse statistique, de sélectionner les modalités dont la valeur-test est supérieure à 2 en valeur absolue, ce qui correspond à un seuil de 5 %, et de les classer par ordre d'importance dans la caractérisation des axes factoriels.

Le premier axe factoriel explique 15 % de l'inertie totale du nuage de points (figures 1 et 2). Il oppose principalement les femmes mariées sexuellement actives non instruites résidant en milieu rural avec leurs conjoints non instruits œuvrant dans le secteur agricole à deux groupes de femmes : les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans non mariées non sexuellement actives d'une part et les femmes résidant dans les ménages à haut standing d'autre part. Cette opposition entre les couches aisées et les couches vulnérables du milieu rural d'une part, et entre les jeunes générations non encore soumises au risque de grossesse et les femmes mariées devant gérer leur projet de fécondité d'autre part, révèle l'importance de la situation matrimoniale et du niveau de vie du ménage comme facteurs de différenciation des comportements procréateurs des femmes potentiellement fécondes. Ce premier axe factoriel traduit ainsi une opposition entre les jeunes générations plus ouvertes aux valeurs modernes et les femmes non instruites du milieu rural conservatrices des valeurs traditionnelles d'une société pro nataliste. Il met en évidence un processus de transition d'une société traditionnelle pro nataliste à une société moderne dont les principaux acteurs sont les jeunes générations et les couches aisées.

Le deuxième axe factoriel (figure 1) oppose les utilisatrices de méthodes contraceptives modernes aux femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive. Les utilisatrices de méthodes contraceptives modernes sont des femmes mariées résidant dans les ménages à haut standing et ayant déjà eu une descendance « mixte » (au moins un garçon et une fille). Leurs conjoints travaillent dans le secteur moderne et sont favorables à la pratique contraceptive. Elles connaissent les structures de planification familiale et s'approvisionnent auprès des structures publiques facilement accessibles. À l'opposé, les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive sont, soit de jeunes femmes âgées de moins de 25 ans non mariées et non exposées au risque de grossesse, soit des femmes non instruites ayant été socialisées en milieu rural et y demeurant. Cet axe expliquant 8,8 % de l'inertie totale du nuage de points met en exergue le manque d'instruction comme un des obstacles majeurs à la pratique contraceptive moderne. En revanche, l'accès à un niveau de vie élevé, l'opinion favorable du conjoint vis-à-vis de la planification familiale, la connaissance et l'accessibilité des structures de planification familiale apparaissent comme les facteurs favorisant le recours aux méthodes contraceptives modernes.

Le troisième axe factoriel (figure 2) explique 4,3 % de l'inertie totale du nuage de points. Il met en évidence les inégalités socio-économiques entre les grandes agglomérations urbaines, dont la capitale Dakar, et les villes moyennes. L'accès à l'enseignement supérieur apparaît ainsi comme étant surtout le fait des femmes résidant à Dakar et dans les grandes villes. Ce constat laisse apparaître l'existence d'un besoin réel de décentralisation des infrastructures pour un accès équitable des populations à l'instruction, à l'emploi et aux avantages qu'offre la vie en milieu urbain de façon générale. Par ailleurs, le faible taux de cohabitation entre les conjoints semble être une spécificité des villes moyennes. La polygamie et l'émigration, caractérisant ces villes moyennes, expliqueraient sans doute ce phénomène.

Le quatrième axe factoriel apporte des précisions supplémentaires quant au profil des utilisatrices et non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes. Cet axe explique 4,1 % de l'inertie totale du nuage de points et illustre le faible accès des femmes à l'emploi comme étant l'un des obstacles majeurs à la pratique contraceptive moderne. Ainsi, les femmes

n'exerçant aucune activité économique et celles en début de vie génésique désirant élargir la taille de leur famille – jeunes femmes mariées âgées de moins de 25 ans – se distinguent par leur faible pratique contraceptive. En revanche, les femmes travailleuses âgées de 35 à 44 ans ayant au moins cinq naissances survivantes et ne désirant plus avoir de naissances supplémentaires sont des utilisatrices de méthodes contraceptives modernes. Pour ces femmes ne désirant plus procréer, le recours à la contraception traduit sans doute un besoin de limitation des naissances.

Le cinquième axe factoriel renforce, à l'image de l'axe 4, le profil des utilisatrices et non utilisatrices de méthodes modernes. Il met en évidence deux groupes spécifiques d'utilisatrices à savoir : les femmes non mariées sexuellement actives et les femmes potentiellement fécondes désirant avoir d'autres enfants et pratiquant la contraception à des fins d'espacement. Cet axe explique 3,3 % de l'inertie totale du nuage de points. Il fait ressortir l'existence de besoins non satisfaits de planification familiale notamment chez les femmes non instruites âgées de 35 à 44 ans ayant au moins cinq enfants et ne désirant plus procréer. En dépit de leur volonté de limiter les naissances celles-ci n'ont recours à aucune méthode contraceptive, ce qui traduit l'existence de besoins non satisfaits de contraception au sein de cette population.

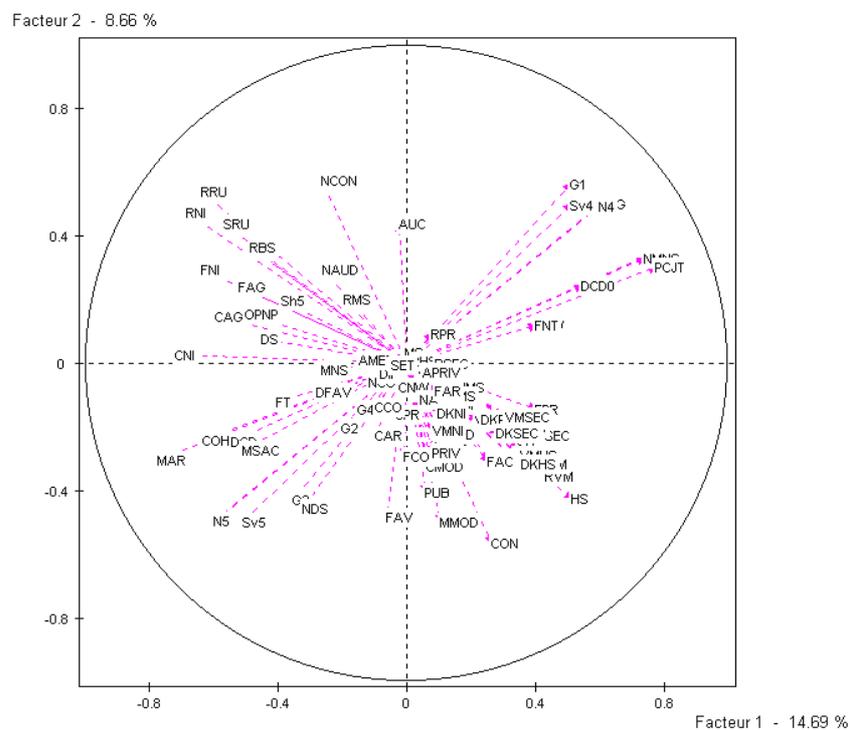
Le sixième axe factoriel explique 3,2 % de l'inertie totale du nuage de points. De même que l'axe factoriel 3, il met en exergue les inégalités socio-économiques selon le milieu de résidence et les problèmes d'accessibilité des structures de planification familiale en milieu rural.

Ainsi, les six premiers axes factoriels, représentant 39 % de l'inertie totale du nuage de points, permettent de dégager le profil des utilisatrices et non-utilisatrices de méthodes contraceptives. Les utilisatrices de méthodes contraceptives modernes sont en majorité constituées de femmes mariées ayant une descendance mixte dont les conjoints travaillent dans le secteur moderne et sont favorables à la pratique contraceptive. Pour ces femmes ou plutôt pour ces couples résidant dans les ménages à haut standing, les investissements considérables à consentir pour l'éducation et la promotion sociale des enfants de façon générale imposent souvent un contrôle des naissances, d'où leur réceptivité à la planification familiale. L'analyse factorielle permet en outre d'identifier un autre groupe d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes constitué par les femmes non mariées sexuellement actives pour qui la contraception serait une garantie pour la préservation de leur santé et le respect des normes sociales dans un contexte où le mariage demeure le cadre de référence de la procréation. Ce profil général des utilisatrices de méthodes contraceptives peut être raffiné en distinguant d'une part les femmes utilisant la contraception à des fins d'espacement et celles utilisant la contraception à des fins de limitation des naissances d'autre part.

Les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive moderne sont soit des jeunes femmes non encore exposées au risque de grossesse soit des femmes non instruites socialisées en milieu rural et y résidant. Ces femmes démunies qui n'ont accès ni à l'eau, ni à l'électricité, ni à un logement décent ne connaissent pas les structures de planification familiale. Elles expriment une forte demande d'enfants – elles souhaitent avoir au moins cinq enfants – ce qui garantit le maintien d'une forte fécondité dans une population à majorité rurale et analphabète. Les femmes non instruites âgées de 35 à 44 ans ayant au moins cinq enfants et ne désirant plus procréer figurent aussi parmi les non-utilisatrices de méthodes contraceptives. Pour ces femmes exprimant leur volonté de limitation des naissances, le non recours aux méthodes contraceptives témoigne de l'existence de besoins non satisfaits. La procréation au-delà de 35 ans présente des risques importants pour la santé de la mère et de l'enfant, d'où toute l'importance que revêt cette cible pour les interventions en matière de santé de la reproduction.

Cette étude du profil des femmes ayant recours aux méthodes contraceptives modernes permet d'établir que l'atteinte de la « taille idéale » de la famille, semble être un préalable à l'expression d'une demande réelle et conséquente de contraception chez la plupart des femmes potentiellement fécondes au Sénégal. Ce constat met en exergue l'ampleur des défis à relever au niveau socioculturel pour un changement durable des comportements procréateurs au Sénégal. Ces traits marquants du profil des utilisatrices et non utilisatrices de méthodes contraceptives modernes et les inégalités socio-économiques se trouvent résumés dans les premier et deuxième plans factoriels ci-dessous indiqués².

Figure 1 – Représentation du premier plan factoriel



² Voir annexe 2 pour le lexique des abréviations et pour une description plus détaillée des axes factoriels.

Tableau 1 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne au Sénégal³

Variables	Écart-type	Odds ratio
État matrimonial		
En rupture d'union	0,2100	6,7064
Mariée	0,3182	0,0124
<i>Célibataire</i>	Référence	Référence
Opinion du conjoint vis-à-vis de la PF		
Favorable	0,1695	5,1883
Ne sait pas	0,3118	0,0091
SO	0,2442	0,3845
<i>Défavorable</i>	Référence	Référence
Niveau d'instruction de la femme		
Primaire	0,1257	2,2339
Secondaire	0,1512	3,1068
Supérieur	0,3472	3,6326
<i>Aucun</i>	Référence	Référence
Milieu de résidence		
Dakar/Grandes villes	0,1396	3,0781
Autres villes	0,1743	2,2666
<i>Village</i>	Référence	Référence
Au moins un garçon et une fille		
Non	0,1389	0,5454
<i>Oui</i>	Référence	Référence
Nombre d'enfants en vie		
Moins de 5	0,1318	0,5879
<i>5 et plus</i>	Référence	Référence
Standing de l'habitat		
Haut	0,1817	1,9777
Moyen	0,2060	2,0083
<i>Bas</i>	Référence	Référence

L'état matrimonial détermine en grande partie l'exposition au risque de procréer. Rappelons que seules 5 % des femmes non mariées sont sexuellement actives. Comparées aux célibataires, les femmes en rupture d'union assurent, comme nous l'avons noté par ailleurs, une gestion plus rigoureuse du risque de procréer. Elles sont sept fois plus susceptibles de recourir aux méthodes contraceptives modernes que les célibataires. Toutes choses égales par ailleurs, le passage du célibat au mariage implique dans la plupart des cas un abandon de la pratique contraceptive. Le risque de recourir aux méthodes contraceptives modernes diminue de 99 % lors du passage du célibat au mariage, confirmant ainsi l'hypothèse selon laquelle le mariage demeure le cadre de référence de la procréation au Sénégal. Ce besoin de contrôle de la fécondité apparent chez les femmes non mariées reflète ainsi le poids du contrôle social sur la sexualité des femmes au Sénégal.

L'opinion du conjoint vis-à-vis de la planification familiale conditionne l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive. Lorsque le conjoint est favorable à la pratique contraceptive, la femme a cinq fois plus de chance d'assurer le contrôle de sa fécondité par

³ Les modalités des variables retenues dans le modèle sont toutes significatives au seuil de 1 %.

l'usage des moyens contraceptifs modernes comparée à celle dont le conjoint désapprouve la planification familiale. Cela montre que le pouvoir de décision des femmes reste encore relativement limité au sein des couples sénégalais. Ce constat s'expliquerait en partie par l'accès réduit des femmes à l'instruction et à l'emploi. Ainsi, l'intégration des hommes dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction de façon générale et le renforcement des capacités des femmes semblent constituer des axes stratégiques d'intervention pour la maîtrise de la fécondité au Sénégal.

L'instruction accroît considérablement la réceptivité des femmes à la pratique contraceptive. Par rapport aux femmes non instruites, celles ayant un niveau d'instruction primaire sont, toutes choses égales par ailleurs, deux fois plus susceptibles de recourir à la pratique contraceptive. Cet effet de l'instruction sur la pratique contraceptive est encore plus net pour les femmes dotées d'un niveau d'instruction secondaire et supérieur qui sont trois et quatre fois plus prédisposées à recourir aux méthodes modernes que leurs homologues analphabètes.

Le milieu de résidence constitue également une variable explicative pertinente dans l'étude des variations différentielles de la pratique contraceptive moderne au Sénégal. Des différences importantes apparaissent entre les comportements des femmes résidant en milieu urbain en général et celles résidant en milieu rural. Les femmes résidant à Dakar et dans les grandes villes ont une probabilité de recourir aux méthodes contraceptives modernes trois fois plus élevée que leurs homologues vivant en milieu rural. Ainsi, des différences importantes apparaissent entre les comportements des femmes résidant à Dakar et dans les grandes villes comparativement à celles vivant dans les villes moyennes qui sont deux fois plus enclines à recourir aux méthodes contraceptives modernes que les paysannes.

Le fait de rechercher une descendance mixte semble justifier dans une certaine mesure la faible adhésion des femmes à la pratique contraceptive moderne. Avoir au moins un garçon et une fille accroît de 45 % la probabilité pour une femme potentiellement féconde de recourir aux méthodes contraceptives modernes.

Contrairement à l'hypothèse formulée, les femmes ayant au moins cinq enfants ont une plus forte propension à utiliser les méthodes contraceptives modernes. Le fait d'avoir au moins cinq enfants accroît de 41 % la probabilité pour une femme potentiellement féconde d'utiliser les méthodes contraceptives modernes.

La pauvreté semble constituer également un obstacle à la maîtrise de la fécondité. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes vivant dans les ménages à haut et moyen standing sont deux fois plus susceptibles de recourir aux méthodes contraceptives modernes que les femmes pauvres.

4.2. Déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle

Le modèle d'analyse des déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle présente des similitudes avec celui établi pour expliquer les variations différentielles de la pratique contraceptive moderne. Son pouvoir explicatif est de 92 % (tableau 2). Le standing de l'habitat, le milieu de résidence tout comme l'opinion du conjoint vis-à-vis de la contraception constituent des éléments caractérisant l'environnement dans lequel s'opèrent, d'une part, la prise de décision en matière de procréation et, d'autre part, l'offre de services de

planification familiale. C'est en cela que leur contribution à l'explication de la pratique contraceptive différentielle reste relativement stable pour les deux modèles.

Tableau 2 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle au Sénégal⁴

Variables	Écart-type	Odds ratio
État matrimonial		
En rupture d'union	0,2001	6,1672
Mariée	0,2960	0,0269
<i>Célibataire</i>	Référence	Référence
Opinion du conjoint vis-à-vis de la PF		
Favorable	0,1559	4,9208
Ne sait pas	0,2893	0,0181
SO	0,2156	0,4075
<i>Défavorable</i>	Référence	Référence
Niveau d'instruction de la femme		
Primaire	0,1192	2,4097
Secondaire	0,1428	4,2108
Supérieur	0,3271	5,8330
<i>Aucun</i>	Référence	Référence
Milieu de résidence		
Dakar/Grandes villes	0,1291	2,7948
Autres villes	0,1646	1,8749
Village	Référence	Référence
Au moins un garçon et une fille		
Non	0,1308	0,5610
<i>Oui</i>	Référence	Référence
Standing de l'habitat		
Haut	0,1642	1,9833
Moyen	0,1895	1,8660
<i>Bas</i>	Référence	Référence
Nombre d'enfants en vie		
Moins de 5	0,1260	0,6294
<i>5 et plus</i>	Référence	Référence

L'usage des méthodes contraceptives naturelles, que ce soit l'abstinence périodique ou la méthode du retrait, exige non seulement le consentement du conjoint mais aussi des connaissances particulières relatives à la période féconde dans le cas de la continence périodique. Dès lors se justifient les contributions plus importantes du niveau d'instruction, de l'état matrimonial et du milieu de résidence à la réalisation du risque de recourir à une méthode contraceptive moderne ou naturelle.

Comparées aux célibataires, les femmes en rupture d'union sont six fois plus prédisposées à recourir aux méthodes contraceptives modernes ou naturelles. Toutes choses étant égales par ailleurs, le passage du célibat au mariage réduit de 93 % la probabilité pour une femme potentiellement féconde célibataire d'utiliser les méthodes contraceptives modernes et

⁴ Les modalités des variables explicatives retenues dans le modèle sont toutes significatives au seuil de 1 %.

naturelles. Le constat ainsi établi confirme l'hypothèse selon laquelle les femmes non mariées, surtout lorsqu'elles sont en rupture d'union, assurent un contrôle plus rigoureux de leur fécondité.

L'instruction paraît déterminante pour une maîtrise de la fécondité par la contraception au Sénégal. Par rapport aux analphabètes, les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ont une propension à recourir aux méthodes contraceptives modernes et naturelles deux fois plus importante. Les femmes dotées d'un niveau d'instruction secondaire et supérieur sont respectivement quatre et six fois plus promptes à utiliser les méthodes contraceptives modernes et naturelles que les analphabètes.

Comme le milieu de résidence, le standing de l'habitat, l'opinion du conjoint et la contribution du fait d'avoir au moins une fille et un garçon à l'explication du niveau différentiel de la fécondité semblent s'établir à un niveau similaire dans les deux modèles. Les femmes ayant une descendance « mixte » présentent une probabilité d'utiliser les méthodes contraceptives modernes et naturelles dépassant de 45 % celle des autres femmes potentiellement fécondes. Les femmes ayant au moins cinq enfants se distinguent quant à elles par une propension à recourir aux méthodes modernes et traditionnelles dépassant de 41 % celle des femmes dont la parité est inférieure à cinq enfants.

Les résultats ainsi obtenus dénotent la faiblesse des capacités des femmes, reflétée à travers leur accès limité à l'instruction, à l'activité économique et à la prise de décision, comme un des obstacles majeurs à la pratique contraceptive. Ces inégalités et iniquités de genre, mises en évidence dans l'analyse du contexte, expliquent en partie l'influence déterminante de l'opinion du conjoint sur l'adhésion des femmes à la planification familiale. Ce rôle majeur des hommes dans le processus de transition de la fécondité met l'accent sur la nécessité d'adapter les stratégies en matière de santé de la reproduction en considérant, comme cible des programmes et projets, les couples plutôt que les femmes prises individuellement.

En somme, l'étude des déterminants de la pratique contraceptive fait ressortir le rôle prépondérant des facteurs de la demande de services contraceptifs dans le processus de transition de la fécondité au Sénégal. Ces résultats confirment l'hypothèse formulée par Vallin (1992) selon laquelle : plutôt que la technologie, c'est la volonté des couples qui est au centre de la maîtrise de la fécondité.

Conclusion

Dans une étude réalisée par Fall et Ngom (2001) sur la baisse de la fécondité dans les pays d'expression française, le Sénégal est classé parmi les pays à transition modérée avec une baisse annuelle relative de la fécondité de 1 % par an dans les années 1990. Ce processus de transition démographique amorcé à un rythme relativement lent au Sénégal comparativement aux tendances observées au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo est essentiellement imputable au relèvement de l'âge au premier mariage. Ce mécanisme manifeste toutefois un phénomène d'essoufflement en milieu urbain, et à Dakar en particulier, rendant ainsi l'extension des services de planification familiale essentielle à la poursuite de la transition démographique (Pison *et al.*, 1997). S'inspirant des données de l'enquête démographique et de santé réalisée au Sénégal en 1997 (EDS-III), la présente étude aborde les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal sur la base du protocole de recherche développé par le Groupe international de partenaires population-santé (Gripps) à cet effet.

Le maintien d'une logique de forte fécondité au Sénégal intervient dans un contexte qui paraît peu favorable au changement démographique. Les facteurs de l'offre tout comme ceux de la demande de contraception contribuent à ce phénomène. Les faiblesses du programme national de planification familiale en termes d'accessibilité des services et des messages de sensibilisation, la pauvreté, l'analphabétisme, la faible participation des femmes à l'activité économique et les pesanteurs socioculturelles constituent les caractéristiques dominantes de l'environnement dans lequel s'opère la prise de décision en matière de fécondité au Sénégal. Parler de prise de décision en matière de fécondité suppose comme préalable que les femmes aient une parfaite connaissance des services et produits contraceptifs ; ce qui du reste ne s'applique dans la plupart des cas qu'à l'élite urbaine disposant d'avantages certains en termes de capital humain et de pouvoir économique.

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse selon laquelle la baisse de la fécondité est encore le fait des changements matrimoniaux au Sénégal dans un contexte où le mariage demeure le cadre de référence de la procréation. Trois profils majeurs d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes se dégagent de la présente étude :

- les femmes non mariées sexuellement actives enregistrant un taux de prévalence contraceptive moderne de 52 % ;
- les jeunes femmes en début de vie féconde utilisant la contraception à des fins d'espacement des naissances ;
- les femmes âgées de 35 ans et plus ayant au moins cinq enfants utilisant les méthodes contraceptives à des fins de limitation des naissances. Cela confirme l'hypothèse formulée par N'Diaye (1994) selon laquelle les Sénégalaises adoptent en matière de contraception soit une stratégie d'espacement après la première naissance, soit une stratégie de limitation au-delà de la quatrième naissance.

S'il est vrai que beaucoup reste à faire dans le domaine de l'amélioration de la qualité des services de planification familiale au Sénégal, la promotion des changements de mentalités et de comportements en matière de fécondité reste un défi majeur pour la généralisation de la pratique contraceptive. Cela d'autant plus que le recul de l'âge au premier mariage suffit pour satisfaire la légère baisse de la taille « idéale » de la famille (Pison *et al.*, 1997). Les résultats de la présente étude montrent que l'atteinte de la « norme » en matière de fécondité constitue un préalable à l'expression d'un besoin réel de contraception pour la plupart des femmes mariées. Il en découle une faible pratique contraceptive aux âges de forte fécondité garantissant la persistance d'une logique de forte fécondité au Sénégal.

Notons en outre que l'état matrimonial, l'opinion du conjoint vis-à-vis de la planification familiale, le niveau d'instruction de la femme, le milieu de résidence, le fait d'avoir une descendance mixte constituée d'au moins cinq enfants et le pouvoir économique du ménage constituent les déterminants majeurs de la pratique contraceptive moderne au Sénégal. Outre les liens étroits existant entre l'état matrimonial et les comportements procréateurs, les résultats ainsi obtenus situent les facteurs favorisant la baisse de la fécondité au Sénégal à cinq niveaux :

- le renforcement des capacités des femmes,
- l'intégration des hommes dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction de façon générale,
- la décentralisation des interventions au profit du milieu rural,
- la lutte contre la pauvreté,

– l'éducation et de la sensibilisation des populations pour un changement durable des comportements procréateurs en renforçant les structures de communication pour un changement de comportement (CCC).

Au terme de cette étude, il importe de noter que le recours aux méthodes d'analyses qualitatives paraît indispensable pour compléter les analyses faites à partir des enquêtes démographiques et de santé en se focalisant sur les facteurs de la demande, notamment ceux relatifs aux perceptions et motivations des couples faisant obstacle à la maîtrise de la fécondité par la contraception au Sénégal.

Références bibliographiques

- Andro A., 2000 - La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports de genre. *in* Bozon H., Locoh T. (éds.), *Rapports de genre et questions de population : genre, population et développement*. INED, tome II, : 5-104.
- Casterline J.B., Sathar Z.A. et Ul Haque M., 2001 - *Obstacles to contraceptive use in Pakistan : a study in Punjab*. Working papers n° 145, Population Council, 40 p.
- Evina Akam et Ngoy K., 2001 - L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espace à la limitation des naissances ? *in* Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*. AUPELF-UREF, Actualités Scientifiques, Editions ESTEM : 254-268.
- Fall S. et Ngom P., 2001 - *Baisse de la fécondité en Afrique francophone : Tendances récentes et futures*. Présenté au séminaire organisé par la Division Population, Nations unies sur : Les Perspectives de Déclin de la Fécondité dans les Pays à Forte Fécondité. À paraître.
- Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Macro International Inc., 1997 - *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III)*, 237 p.
- Ministère de la Santé, Groupe SERDHA, MEASURE DHS+, 2000 - *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé*, 212 p.
- Nations unies, 2001 - Conclusion du séminaire organisé par la Division Population, Nations unies sur : Les Perspectives de Déclin de la Fécondité dans les Pays à Forte Fécondité.
- N'Diaye S., 1994 - Niveaux et tendances de la fécondité. *in La population du Sénégal*. DPS/CERPAA. Paris : 159-168.
- Ofusu Y., 1995 - Politiques et transitions de fécondité dans le tiers monde : des échecs, des réussites, de l'incertain. *Chaire Quételet « Transitions démographiques et sociétés »*, Academia/l'Harmattan : 603-638.
- Ouedraogo C., 2001 - *Fécondité en milieu rural africain : quelques repères pour l'analyse des changements*. Présenté au séminaire organisé par la Division Population, Nations unies sur : Les Perspectives de Déclin de la Fécondité dans les Pays à Forte Fécondité. À paraître.
- Pison G., Hill K., Cohen B. et Foote K., 1997 - *Les changements démographiques au Sénégal*. Travaux et Documents, Cahier n° 138, INED/NAS. PUF, 240 p.
- Roussel L., 1995 - Fécondité et famille. *in* Gérard H. et Piché V. (éds.), *La sociologie des populations*. PUM, AUPELF/UREF : 139-154.
- Vallin J., 1992 - *La démographie*. Editions la Découverte, Paris, 122 p.

Annexes

Annexe 1

Tableau A1 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le milieu de résidence

Lieu de résidence	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Dakar/Grandes villes	0,7 %	14,6 %	1,8 %	0,4 %	-	82,5 %	0,745
Villes moyennes	0,8 %	12,9 %	2,0 %	0,3 %	0,6 %	83,4 %	0,813
Village	0,1 %	2,3 %	0,7 %	0,3 %	3,5 %	93,1 %	0,960
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,181***						
λ Goodman et Kruskal	0,047***						

Tableau A2 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le milieu de socialisation

Milieu de socialisation	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Dakar/Grandes villes	0,6 %	13,8 %	1,6 %	0,2 %	-	83,8 %	0,739
Villes moyennes	0,8 %	13,4 %	2,5 %	0,4 %	0,7 %	82,2 %	0,800
Village	0,1 %	3,3 %	0,6 %	0,3 %	2,9 %	92,7 %	0,955
Étranger	2,5 %	5,3 %	1,6 %	-	6,1 %	84,4 %	0,879
ND	-	3,3 %	-	-	6,7 %	90,0 %	0,933
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,121***						
λ Goodman et Kruskal	0,024***						

Tableau A3 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le standing de l'habitat

Standing de l'habitat	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Haut standing	0,8 %	14,1 %	2,0 %	0,4 %	-	82,4 %	0,750
Moyen standing	0,3 %	6,0 %	1,1 %	0,3 %	1,3 %	90,9 %	0,927
Bas standing	0,1 %	1,4 %	0,5 %	0,2 %	5,5 %	92,3 %	0,966
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,183***						
λ Goodman et Kruskal	0,024***						
D de Somers	0,071***						

Tableau A4 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le standing de l'habitat et le milieu de résidence

Standing de l'habitat et Milieu de résidence	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Bas standing-Village	0,1 %	1,0 %	0,5 %	0,2 %	5,6 %	92,6 %	0,967
Bas standing-Villes moyennes	1,2 %	9,3 %	1,2 %	1,2 %	2,3 %	84,9 %	0,914
Moyen standing-Village	0,1 %	3,2 %	0,9 %	0,3 %	1,6 %	93,8 %	0,955
Moyen standing-Villes moyennes	1,0 %	11,5 %	1,9 %	0,4 %	1,0 %	84,0 %	0,858
Moyen standing-Dakar	-	9,5 %	0,5 %	-	-	90,0 %	0,865
Haut standing-Village	0,4 %	5,0 %	0,8 %	0,4 %	-	93,4 %	0,927
Haut standing-Villes Moyennes	0,7 %	14,5 %	2,3 %	0,1 %	-	82,5 %	0,753
Haut standing-Dakar	0,9 %	16,0 %	2,1 %	0,5 %	-	80,6 %	0,706
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,131***						
λ Goodman et Kruskal	0,035***						

Tableau A5 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l'âge

Groupe d'âges	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
15-24 ans	-	2,6 %	0,6 %	0,1 %	1,6 %	95,1 %	0,958
25-34 ans	0,2 %	10,9 %	1,9 %	0,2 %	2,1 %	84,8 %	0,888
35-44 ans	1,1 %	14,6 %	1,9 %	1,3 %	2,7 %	78,5 %	0,840
45 ans et +	5,6 %	10,1 %	2,2 %	-	2,2 %	79,9 %	0,830
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,183***						
λ Goodman et Kruskal	0,033***						
D de Somers	-0,114***						

Tableau A6 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Célibataire	-	3,0 %	0,8 %	-	0,1 %	96,2 %	
Divorcées/Veuves/Séparées	-	21,1 %	0,7 %	0,7 %	1,1 %	76,3 %	
Mariées	0,6 %	9,0 %	1,5 %	0,4 %	3,0 %	85,5 %	0,895
Total	0,6 %	9,0 %	1,5 %	0,4 %	3,0 %	85,5 %	0,895
V de Cramer	0,135***						
λ Goodman et Kruskal	0,022***						

Tableau A7 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation matrimoniale et l'activité sexuelle

Situation matrimoniale et Activité sexuelle	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Mariée/sexuellement active	0,8 %	11,5 %	1,9 %	0,5 %	0,2 %	85,2 %	0,878
Mariée/non sexuellement active	0,3 %	3,6 %	0,6 %	0,4 %	8,9 %	86,2 %	0,933
Non mariée/sexuellement active	-	52,0 %	2,4 %	1,6 %	-	44,0 %	
Non mariée/non sexuellement active	-	2,5 %	0,7 %	-	0,2 %	96,6 %	
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,221***						
λ de Goodman et Kruskal	0,060***						

Tableau A8 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la cohabitation avec le conjoint

Cohabitation avec le conjoint	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Cohabitation	0,7 %	9,3 %	1,5 %	0,5 %	3,7 %	84,4 %	0,889
Non cohabitation	0,5 %	8,3 %	1,5 %	0,4 %	1,0 %	88,3 %	0,910
Pas de conjoint	-	4,9 %	0,8 %	0,1 %	0,2 %	93,9 %	-
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,110***						
λ de Goodman et Kruskal	0,012***						

Tableau A9 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d'instruction de la femme

Niveau d'instruction de la femme	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Aucun	0,3 %	3,9 %	0,6 %	0,4 %	2,8 %	92,0 %	0,942
Primaire	0,6 %	11,5 %	1,3 %	0,3 %	0,8 %	85,5 %	0,818
Secondaire	0,2 %	17,7 %	3,8 %	0,1 %	-	78,1 %	0,636
Supérieur	4,2 %	23,5 %	9,2 %	-	-	63,0 %	0,410
Total	0,4 %	7,6 %	1,3 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,154***						
λ de Goodman et Kruskal	0,031***						
D de Somers	-0,103***						

Tableau A10 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d'instruction de la femme et le milieu de résidence

Niveau d'instruction et milieu de résidence	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Aucun-village	0,1 %	1,5 %	0,6 %	0,3 %	3,7 %	93,6 %	0,968
Aucun-villes moyennes	1,1 %	9,7 %	0,7 %	0,4 %	1,0 %	87,1 %	0,867
Aucun-Dakar	0,5 %	11,1 %	0,5 %	1,0 %	-	86,9 %	0,857
Primaire-village	0,2 %	6,0 %	0,8 %	0,6 %	2,5 %	89,8 %	0,913
Primaire-villes moyennes	0,8 %	13,8 %	1,9 %	0,2 %	0,4 %	83,0 %	0,800
Primaire-Dakar	0,7 %	13,4 %	1,2 %	0,3 %	-	84,4 %	0,749
Secondaire et + -village	1,9 %	10,6 %	4,8 %	-	-	82,7 %	0,784
Secondaire et + -villes moyennes	0,3 %	18,8 %	5,5 %	0,3 %	-	75,0 %	0,594
Secondaire et + -Dakar	0,7 %	19,5 %	3,7 %	-	-	76,1 %	0,573
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,896
V de Cramer	0,136***						
λ de Goodman et Kruskal	0,040***						

Tableau A11 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation professionnelle de la femme

Situation professionnelle de la femme	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Travaille	0,6 %	8,3 %	1,6 %	0,5 %	2,6 %	86,4 %	0,895
Ne travaille pas	0,2 %	6,5 %	0,8 %	0,1 %	1,3 %	91,0 %	0,897
Ne sait pas	-	15,6 %	-	-	1,3 %	83,1 %	0,832
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,063***						
λ de Goodman et Kruskal	0,004***						

Tableau A12 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le secteur d'activité de la femme

Situation professionnelle de la femme	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Sans travail	0,2 %	6,5 %	0,8 %	0,1 %	1,3 %	91,0 %	0,897
Travail lié à l'agriculture	0,1 %	1,2 %	0,5 %	0,3 %	5,1 %	92,8 %	0,966
Travail lié à l'artisanat	0,6 %	9,1 %	1,4 %	0,3 %	-	88,6 %	0,893
Travail lié au commerce	0,8 %	13,1 %	1,7 %	0,7 %	0,9 %	82,7 %	0,844
Secteur moderne	2,7 %	28,1 %	11,4 %	0,5 %	-	57,3 %	0,554
Non déterminée	-	14,6 %	-	-	1,2 %	84,1 %	0,813
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,131***						
λ de Goodman et Kruskal	0,035***						

Tableau A13 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d'enfants nés vivants

Nombre d'enfants nés vivants	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
4 enfants ou moins	0,1 %	6,3 %	1,2 %	0,1 %	1,6 %	90,7 %	0,654
5 enfants et +	1,1 %	11,1 %	1,3 %	0,9 %	3,0 %	82,6 %	0,685
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,668
V de Cramer	0,137***						
λ de Goodman et Kruskal	0,009***						
D de Somers	-0,082***						

Tableau A14 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d'enfants survivants

Nombre d'enfants survivants	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
4 enfants ou moins	0,2 %	6,3 %	1,2 %	0,1 %	1,8 %	90,3 %	0,909
5 enfants et +	1,2 %	12,1 %	1,3 %	1,2 %	2,6 %	81,8 %	0,867
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,139***						
λ de Goodman et Kruskal	0,009***						
D de Somers	-0,087***						

Tableau A15 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants souhaités	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
0 enfant	0,2 %	7,6 %	1,4 %	0,2 %	1,3 %	89,3 %	0,886
1 enfant décédé au moins	1,0 %	7,7 %	0,9 %	0,6 %	3,9 %	86,0 %	0,909
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,105***						
λ de Goodman et Kruskal	0,002***						
D de Somers	-0,032***						

Tableau A16 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le sexe des enfants

Au moins un garçon et une fille	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Oui	0,9 %	11,7 %	1,6 %	0,7 %	3,0 %	82,1 %	0,872
Non	0,0 %	4,5 %	1,0 %	0,0 %	1,3 %	93,1 %	0,931
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,180***						
λ de Goodman et Kruskal	0,021***						

Tableau A17 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le désir de procréer à l'avenir

Désir d'avoir d'autres enfants	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Oui	-	6,9 %	1,3 %	0,2 %	3,1 %	88,4 %	0,922
Non	2,8 %	15,8 %	2,1 %	1,2 %	2,5 %	75,6 %	0,804
Ne sait pas	-	5,4 %	0,8 %	0,1 %	0,5 %	93,2 %	0,895
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,168***						
λ de Goodman et Kruskal	0,022***						

Tableau A18 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d'enfants souhaités

Nombre d'enfants souhaités	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
4 enfants ou moins	0,5 %	11,7 %	2,2 %	0,4 %	0,8 %	84,5 %	0,812
5 enfants et +	0,4 %	5,3 %	0,7 %	0,3 %	2,7 %	90,7 %	0,927
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,149***						
λ de Goodman et Kruskal	0,009***						
D de Somers	0,065***						

Tableau A19 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d'instruction du conjoint

Niveau d'instruction du conjoint	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Aucun	0,4 %	4,7 %	0,8 %	0,4 %	3,4 %	90,3 %	0,944
Primaire	0,5 %	13,4 %	1,2 %	1,2 %	2,8 %	81,1 %	0,867
Secondaire	0,9 %	28,5 %	2,2 %	0,7 %	0,7 %	67,0 %	0,708
Supérieur	2,7 %	45,2 %	7,4 %	1,1 %	-	43,6 %	0,508
Pas de conjoint	-	2,9 %	0,8 %	-	0,1 %	96,2 %	0,925
ND	0,9 %	12,6 %	3,4 %	0,2 %	1,9 %	81,1 %	0,869
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,169***						
λ de Goodman et Kruskal	0,088***						
D de Somers	-0,002***						

Tableau A20 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation professionnelle du conjoint

Situation professionnelle du conjoint	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Sans travail	-	16,8 %	1,0 %	1,0 %	2,0 %	79,2 %	0,850
Travail lié à l'agriculture	0,1 %	2,2 %	0,6 %	0,4 %	5,6 %	91,2 %	0,960
Travail lié à l'artisanat	0,6 %	12,1 %	1,8 %	0,2 %	1,2 %	84,2 %	0,881
Travail lié au commerce	0,8 %	9,7 %	1,3 %	0,4 %	1,4 %	86,4 %	0,904
Secteur moderne	0,4 %	32,3 %	4,7 %	1,2 %	0,8 %	60,7 %	0,667
Pas de conjoint	0,4 %	3,5 %	0,7 %	0,1 %	0,3 %	94,8 %	0,887
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,157***						
λ de Goodman et Kruskal	0,067***						

Tableau A21 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l'opinion du conjoint vis-à-vis de la PF

Opinion du conjoint vis-à-vis de la PF	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Favorable	1,7 %	25,7 %	3,5 %	0,6 %	2,0 %	66,5 %	0,727
Non Favorable	0,4 %	4,3 %	1,0 %	0,7 %	2,2 %	91,4 %	0,943
Non concerné	-	4,9 %	0,8 %	0,1 %	0,2 %	94,0 %	0,925
Ne sait pas	0,1 %	0,9 %	0,4 %	0,2 %	3,9 %	5,4 %	0,976
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,227***						
λ de Goodman et Kruskal	0,068***						

Tableau A22 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la connaissance des sources d'approvisionnement en produits contraceptifs.

Connaissance source de PF	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Oui	0,7 %	13,7 %	1,2 %	0,3 %	0,5 %	83,5 %	0,830
Non	-	0,1 %	0,4 %	0,2 %	3,5 %	95,9 %	0,980
Non déterminé	-	1,6 %	47,6 %	7,9 %	22,2 %	20,6 %	0,695
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,365***						
λ de Goodman et Kruskal	0,070***						

Tableau A23 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l'accès à l'information

Accès hebdomadaire à l'information	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Oui	0,5 %	9,5 %	1,6 %	0,3 %	1,6 %	86,5 %	0,698
Non	0,2 %	2,9 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	93,2 %	0,517
Non déterminé	-	-	-	-	-	100 %	-
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,5 %	0,895
V de Cramer	0,094***						
λ de Goodman et Kruskal	0,009***						

Tableau A24 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le type de sources d'approvisionnement en produits contraceptifs utilisés

Sources d'approvisionnement en contraceptifs	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Source médicale publique	5,0 %	5,0 %	-	-	-	-	0,082
Source médicale privée	5,7 %	94,3 %	-	-	-	-	0,059
Autre source privée	-	100,0 %	-	-	-	-	0,244
Non concerné	-	-	1,4 %	0,4 %	2,2 %	96,1 %	0,982
Non déterminé	-	100,0 %	-	-	-	-	0,028
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,500***						
λ de Goodman et Kruskal	0,634***						

Tableau A25 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l'accessibilité des structures de planification familiale

Accès à la source de PF	Méthode contraceptive utilisée						Indice Cc Bongaarts
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Autres	Aucune	
Facile	0,6 %	13,4 %	2,0 %	0,5 %	0,7 %	82,8 %	0,826
Difficile	0,3 %	8,6 %	1,0 %	0,2 %	1,9 %	88,0 %	0,901
Non concerné	0,3 %	1,8 %	0,6 %	0,1 %	3,3 %	93,9 %	0,960
Total	0,4 %	7,6 %	1,2 %	0,3 %	2,0 %	88,4 %	0,895
V de Cramer	0,171***						
λ de Goodman et Kruskal	0,029***						

Tableau A26 – Risques relatifs d'utilisation des méthodes contraceptives modernes selon les variables explicatives retenues

Variables explicatives	Risques relatifs	Intervalles de confiance à 95 %	
		Borne inférieure	Borne supérieure
Milieu de vie de la femme			
Lieu de résidence (Dakar et les grandes villes/autre)	2,787	2.394	3,246
Lieu de socialisation (Dakar et les grandes villes/autre)	2,238	1.911	2,621
Standing de l'habitat (Haut standing/autre)	6,867	4,801	9,822
Résidence/Standing habitat (Haut et Moyen standing en ville/autre)	5,702	4,646	7,000
Caractéristiques socio-démographiques de la femme			
Groupe d'âges (15-34 ans/35 ans et plus)	0,383	0.328	0,447
État matrimonial (Non mariée/autre)	0,511	0.422	0,618
Situation matrimoniale/Sexualité (Non mariée sexuellement active/autre)	7,124	5.903	8,597
Cohabitation avec le conjoint (Cohabite/autre)	1,133	0,929	1,381
Niveau d'instruction de la femme (Instruite/autre)	3,507	2,979	4,130
Instruction/Résidence (Secondaire et + Dakar et grandes villes)	3,148	2,681	3,695
Situation professionnelle de la femme (Travaille/autre)	1,280	1,094	1.498
Secteur d'activité de la femme (Secteur moderne/autre)	4,157	3,301	5,236
Histoire génésique de la femme			
Nombre d'enfants survivants (Moins de cinq enfants survivants/autre)	0,493	0,421	0,577
Sexe des enfants (au moins un garçon et une fille/autre)	2,773	2,352	3,269
Enfants décédés (0 enfant décédé/au moins un enfant décédé)	0,891	0,752	1,056
Désire avoir d'autres enfants ? (Non/autre)	2,995	2,557	3,507
Caractéristiques du conjoint			
Niveau d'instruction du conjoint (Conjoint instruit/autre)	4,921	4,156	5,827
Secteur d'activité du conjoint (Secteur moderne/autre)	4.670	3.949	5,524
Conjoint approuve la planification familiale ? (oui/non)	12,636	9.934	16,073
Accessibilité des services de planification familiale			
Accès hebdomadaire à un médium audio (oui/autre)	3,250	2,524	4,184
Connaît une source de planification familiale ? (oui/autre)	121,747	45,591	325,117
Sources d'approvisionnement (médicale privée/autre)	17,271	15,741	18,949
Difficulté d'accès à la source de PF (oui/non)	1,136	0,868	1,487

Annexe 2 – Résultats de l'analyse factorielle

DESCRIPTION DES AXES FACTORIELS⁵

DESCRIPTION DU FACTEUR 1 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.86	7421.00	MAR (mariée)	0.67	0.47	1
-0.74	7421.00	HAUC(conjoint non instruit)	0.51	0.50	2
-0.66	7421.00	COH(cohabite avec le conjoint)	0.48	0.50	3
-0.66	7421.00	NIR(non instruite résidant en milieu rural)	0.53	0.50	4
-0.61	7421.00	FAUC(non instruite)	0.68	0.47	5
-0.61	7421.00	RUR (résidant en milieu rural)	0.62	0.48	6
-0.59	7421.00	HAGR(conjoint travaillant dans le secteur agricole)	0.30	0.46	7
-0.59	7421.00	DS (femme désirant avoir une naissance subséquente)	0.49	0.50	8
-0.55	7421.00	MSAC(mariée sexuellement active)	0.45	0.50	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.47	7421.00	G1(femme âgée de moins de 25 ans)	0.48	0.50	89
0.49	7421.00	HS(haut standing)	0.25	0.43	90
0.77	7421.00	X11NC(pas de conjoint)	0.34	0.47	91
0.80	7421.00	DSO(désir d'avoir d'autres enfants sans objet)	0.37	0.48	92
0.83	7421.00	NMNS(non mariée non sexuellement active)	0.31	0.46	93
0.83	7421.00	NCJT(pas de conjoint)	0.30	0.46	94
0.84	7421.00	CEL (célibataire)	0.29	0.45	95
0.86	7421.00	PCJT	0.33	0.47	96
0.86	7421.00	X29SO(opinion du conjoint sans objet)	0.33	0.47	97

DESCRIPTION DU FACTEUR 2 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.66	7421.00	NCON(ne connaît pas les structures de PF)	0.48	0.50	1
-0.62	7421.00	X28SO(difficulté d'accès aux structures de PF sans objet)	0.51	0.50	2
-0.57	7421.00	X27SO(source d'approvisionnement en contraceptifs sans objet)	0.93	0.26	3
-0.53	7421.00	RUR (résidant en milieu rural)	0.62	0.48	4
-0.50	7421.00	AUC (n'utilise aucune méthode)	0.89	0.32	5
-0.48	7421.00	NIR (non instruite résidant en milieu rural)	0.53	0.50	6
-0.47	7421.00	G1 (âgée de moins de 25 ans)	0.48	0.50	7
-0.45	7421.00	SRUR(socialisée en milieu rural)	0.63	0.48	8
-0.41	7421.00	CEL (célibataire)	0.29	0.45	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.36	7421.00	HMOD(conjoint travaillant dans le secteur agricole)	0.06	0.24	89
0.37	7421.00	FG(femme ayant au moins un garçon et une fille)	0.44	0.50	90
0.37	7421.00	MAR(mariée)	0.67	0.47	91
0.43	7421.00	HS(haut standing)	0.25	0.43	92
0.47	7421.00	PUB(structure d'approvisionnement publique)	0.05	0.22	93
0.54	7421.00	FAVO(conjoint favorable à la PF)	0.17	0.38	94
0.57	7421.00	MOD (conjoint travaillant dans le secteur moderne)	0.07	0.26	95
0.58	7421.00	FAC (structure d'approvisionnement facilement accessible)	0.41	0.49	96
0.64	7421.00	CON (femme connaissant les structures de PF)	0.51	0.50	97

⁵ Les libellés des variables permettent d'avoir le lexique des abréviations mentionnées au niveau des pages 18 et 19 décrivant les plans factoriels.

DESCRIPTION DU FACTEUR 3 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.73	7421.00	DKR (femme résidant à Dakar et dans les grandes villes)	0.12	0.33	1
-0.70	7421.00	HSDK (haut standing à Dakar et dans les grandes villes)	0.10	0.30	2
-0.53	7421.00	SDK (socialisée à Dakar et dans les grandes villes)	0.12	0.32	3
-0.50	7421.00	SECDK (niveau secondaire à Dakar et dans les grandes villes)	0.04	0.20	4
-0.39	7421.00	PDK (primaire à Dakar et dans les grandes villes)	0.04	0.20	5
-0.30	7421.00	NDK (non instruite à Dakar et dans les grandes villes)	0.04	0.19	6
-0.24	7421.00	BSR (bas standing rural)	0.31	0.46	7
-0.23	7421.00	HS (haut standing)	0.25	0.43	8
-0.23	7421.00	FSUP (femme de niveau d'instruction supérieur)	0.01	0.10	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.16	7421.00	NCOH (ne cohabite pas avec son conjoint)	0.19	0.39	89
0.20	7421.00	SECVN (niveau secondaire villes moyennes)	0.05	0.22	90
0.36	7421.00	HSVN (haut standing villes moyennes)	0.12	0.32	91
0.38	7421.00	MS (moyen standing)	0.42	0.49	92
0.39	7421.00	FVN (primaire, villes moyennes)	0.09	0.29	93
0.44	7421.00	SVN (socialisée dans les villes moyennes)	0.22	0.42	94
0.49	7421.00	NVN (non instruites, villes moyennes)	0.11	0.32	95
0.54	7421.00	MSVN (moyen standing, villes moyennes)	0.12	0.32	96
0.71	7421.00	VN (villes moyennes)	0.25	0.44	97

DESCRIPTION DU FACTEUR 4 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.64	7421.00	FSTR (femmes ne travaillant pas actuellement)	0.44	0.50	1
-0.64	7421.00	FNW (femme sans travail)	0.44	0.50	2
-0.51	7421.00	DS (désire avoir d'autres enfants)	0.49	0.50	3
-0.35	7421.00	NCOH (ne cohabite pas avec son conjoint)	0.19	0.39	4
-0.28	7421.00	X27SO (source d'approvisionnement en contraceptifs sans objet)	0.93	0.26	5
-0.27	7421.00	AUC (n'utilise aucune méthode)	0.89	0.32	6
-0.27	7421.00	MAR (mariée)	0.67	0.47	7
-0.22	7421.00	X29NP (ne connaît pas l'opinion du conjoint sur la PF)	0.34	0.47	8
-0.21	7421.00	G1 (âgée de moins de 25 ans)	0.48	0.50	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.28	7421.00	DSO (désire d'autres enfants sans objet)	0.37	0.48	89
0.28	7421.00	MOD (utilise les méthodes contraceptives modernes)	0.07	0.26	90
0.31	7421.00	FAGR (femme travaille dans le secteur agricole)	0.27	0.44	91
0.34	7421.00	NDS (ne désire plus avoir d'autres enfants)	0.14	0.35	92
0.34	7421.00	G3 (âgées de 35 à 44 ans)	0.18	0.39	93
0.36	7421.00	FCOM (femme travaillant dans le secteur commercial)	0.21	0.41	94
0.40	7421.00	SV5 (ayant au moins 5 enfants survivants)	0.23	0.42	95
0.40	7421.00	NEV5 (ayant au moins 5 naissances vivantes)	0.29	0.45	96
0.63	7421.00	FW (femme exerçant une activité économique)	0.55	0.50	97

DESCRIPTION DU FACTEUR 5 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.63	7421.00	MOD (utilisatrice de méthodes modernes)	0.07	0.26	1
-0.50	7421.00	PUB (source d'approvisionnement publique)	0.05	0.22	2
-0.31	7421.00	PRIV (source d'approvisionnement privée)	0.02	0.14	3
-0.28	7421.00	RUR (résidant en milieu rural)	0.62	0.48	4
-0.23	7421.00	NMSA (non mariée sexuellement active)	0.02	0.14	5
-0.23	7421.00	BSR (bas standing en milieu rural)	0.31	0.46	6
-0.22	7421.00	BS (bas standing)	0.33	0.47	7
-0.21	7421.00	PRU (primaire résidant en milieu rural)	0.08	0.27	8
-0.21	7421.00	DS (désire d'autres enfants)	0.49	0.50	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.22	7421.00	DKR (résidant à Dakar et dans les grandes villes)	0.12	0.33	89
0.23	7421.00	G3 (âgée de 35 à 44 ans)	0.18	0.39	90
0.24	7421.00	NDK (non instruite résidant à Dakar)	0.04	0.19	91
0.26	7421.00	NDS (ne désire plus avoir d'enfant)	0.14	0.35	92
0.28	7421.00	NVN (non instruite, villes moyennes)	0.11	0.32	93
0.31	7421.00	NEV5 (au moins 5 naissances vivantes)	0.29	0.45	94
0.31	7421.00	SV5 (au moins 5 naissances survivantes)	0.23	0.42	95
0.62	7421.00	AUC (n'utilise aucune méthode contraceptive)	0.89	0.32	96
0.63	7421.00	X27SO (source d'approvisionnement sans objet)	0.93	0.26	97

DESCRIPTION DU FACTEUR 6 PAR LES VARIABLES CONTINUES ACTIVES

COORD.	POIDS	LIBELLE DE LA VARIABLE	MOYENNE	ECART-TYPE	NUMERO
-0.50	7421.00	BS (bas standing)	0.33	0.47	1
-0.45	7421.00	BSR(bas standing, milieu rural)	0.31	0.46	2
-0.41	7421.00	HSV(haut standing, villes moyennes)	0.12	0.32	3
-0.36	7421.00	HS (haut standing)	0.25	0.43	4
-0.34	7421.00	VM (villes moyennes)	0.25	0.44	5
-0.22	7421.00	SVM(socialisée dans les villes moyennes)	0.22	0.42	6
-0.20	7421.00	BSVM (bas standing, villes moyennes)	0.02	0.14	7
-0.19	7421.00	NCON(ne connait pas les structures de PF)	0.48	0.50	8
-0.19	7421.00	SECVM(femme secondaire résidant dans les villes moyennes)	0.05	0.22	9
Z O N E C E N T R A L E					
0.14	7421.00	SECRU(secondaire résidant en milieu rural)	0.02	0.13	89
0.15	7421.00	DIF(confrontée à des difficultés d'accès aux structures de PF)	0.08	0.27	90
0.16	7421.00	MSDK(moyen standing à Dakar et dans les grandes villes)	0.03	0.16	91
0.19	7421.00	CON (connait les structures de PF)	0.51	0.50	92
0.22	7421.00	SRUR(socialisée en milieu rural)	0.63	0.48	93
0.28	7421.00	PRU(primaire résidant en milieu rural)	0.08	0.27	94
0.31	7421.00	RUR(résidant en milieu rural)	0.62	0.48	95
0.79	7421.00	MSR(moyen standing résidant en milieu rural)	0.28	0.45	96
0.79	7421.00	MS (moyen standing)	0.42	0.49	97

Liste des tableaux

Tableau 1 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne au Sénégal.....	20
Tableau 2 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle au Sénégal.....	22
Tableau A1 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le milieu de résidence.....	27
Tableau A2 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le milieu de socialisation.....	27
Tableau A3 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le standing de l’habitat.....	27
Tableau A4 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le standing de l’habitat et le milieu de résidence.....	28
Tableau A5 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l’âge.....	28
Tableau A6 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation matrimoniale.....	28
Tableau A7 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation matrimoniale et l’activité sexuelle.....	29
Tableau A8 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la cohabitation avec le conjoint.....	29
Tableau A9 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d’instruction de la femme.....	29
Tableau A10 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d’instruction de la femme et le milieu de résidence.....	30
Tableau A11 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation professionnelle de la femme.....	30
Tableau A12 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le secteur d’activité de la femme.....	31
Tableau A13 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d’enfants nés vivants.....	31
Tableau A14 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d’enfants survivants.....	31
Tableau A15 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d’enfants décédés.....	32
Tableau A16 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le sexe des enfants.....	32
Tableau A17 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le désir de procréer à l’avenir.....	32
Tableau A18 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le nombre d’enfants souhaités.....	33
Tableau A19 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le niveau d’instruction du conjoint.....	33

Tableau A20 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la situation professionnelle du conjoint.....	34
Tableau A21 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l’opinion du conjoint vis-à-vis de la PF	34
Tableau A22 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon la connaissance des source d’approvisionnement en produits contraceptifs.....	34
Tableau A23 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l’accès à l’information.....	35
Tableau A24 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon le type de source d’approvisionnement en produits contraceptifs utilisé	35
Tableau A25 – Variations différentielles de la pratique contraceptive selon l’accessibilité des structures de planification familiale	35
Tableau A26 – Risques relatifs d’utilisation des méthodes contraceptives modernes selon les variables explicatives retenues.....	36

Liste des figures

Figure 1 – Représentation du deuxième plan factoriel.....	18
Figure 2 – Représentation du deuxième plan factoriel.....	19

Liste des sigles utilisés

CCC	Communication pour un changement de comportement
CEPED	Centre population et développement
CISIA	Centre international de statistique et d'informatique appliquées
DIU	Dispositif intra utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé
IRD	Institut de recherche pour le développement
PF	Planification familiale
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE.....	4
1.1. L'amélioration de la qualité des services de planification familiale reste une priorité .	4
1.2. Sous-tendue par une nuptialité intense, la logique de forte fécondité persiste	5
1.3. Des conditions de vie précaires surtout en milieu rural	5
1.4. Le renforcement des capacités des femmes, un axe privilégié d'intervention	6
2. VARIATIONS DIFFÉRENTIELLES DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE AU SÉNÉGAL	7
2.1. Milieu de vie de la femme et pratique contraceptive.....	7
2.1.1. La pratique contraceptive moderne, un phénomène essentiellement urbain.....	7
2.1.2. La pauvreté, un obstacle à la pratique contraceptive moderne	8
2.2. Caractéristiques socio-démographiques de la femme et pratique contraceptive	9
2.2.1. Une faible pratique contraceptive aux âges de forte fécondité	9
2.2.2. Les ruptures d'union exigent une gestion rigoureuse du risque de grossesse....	9
2.2.3. L'instruction, un levier pour la maîtrise de la fécondité	10
2.2.4. L'accès des femmes au marché du travail favorise la pratique contraceptive ..	10
2.3. Histoire génésique de la femme et pratique contraceptive	11
2.3.1. La pratique contraceptive, une fonction croissante de la parité.....	11
2.3.2. La réalisation d'une descendance mixte favorise le contrôle de la fécondité ..	12
2.3.3. Une faible incidence de la mortalité des enfants sur les projets de fécondité..	12
2.4. Caractéristiques du conjoint et pratique contraceptive	12
2.4.1. L'instruction du conjoint, un facteur crucial de l'adhésion du couple à la pratique contraceptive	12
2.4.2. Un secteur moderne favorable à la pratique contraceptive	13
2.4.3. L'implication des hommes s'impose dans le cadre des programmes de planification familiale	13
2.5. Accessibilité des services de planification familiale et pratique contraceptive.....	14
2.5.1. La sensibilisation gage du succès du programme de planification familiale	14
2.5.2. Garantir l'accessibilité et la qualité des services et produits contraceptifs, une priorité	14
2.6. Quelques traits marquants de la pratique contraceptive au Sénégal.....	15
3. PROFIL DES UTILISATRICES ET NON-UTILISATRICES DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES	15
4. DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE	19
4.1. Déterminants de la pratique contraceptive moderne.....	19
4.2. Déterminants de la pratique contraceptive moderne et naturelle.....	21
CONCLUSION	23
Références bibliographiques	26
Annexes.....	27
Annexe 1 – Tableaux A1 à A26.....	27
Annexe 2 – Résultats de l'analyse factorielle.....	37

Liste des tableaux	40
Liste des figures	41
Liste de sigles utilisés.....	42