

122

2004

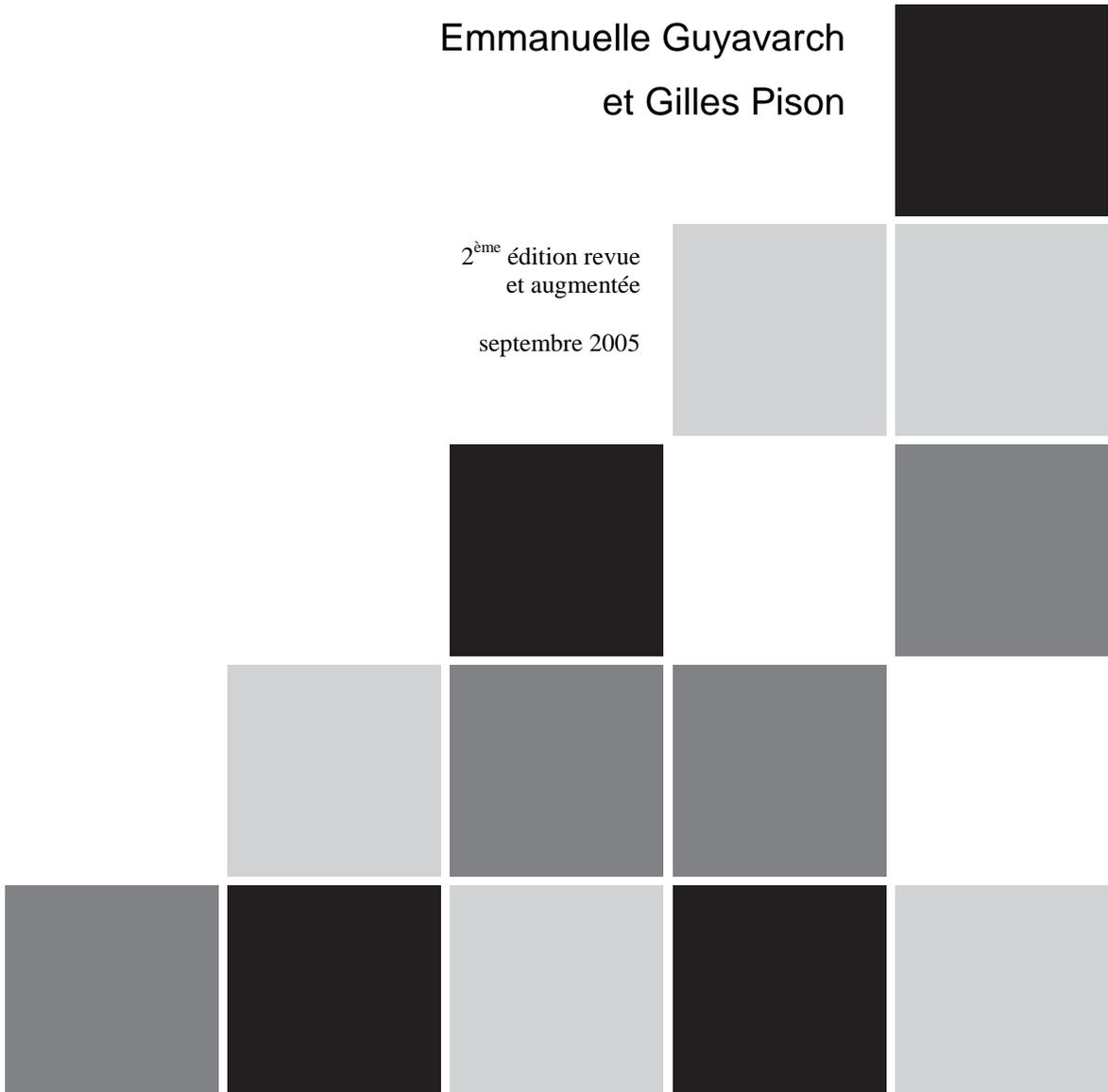
DOCUMENTS DE TRAVAIL

LES BALBUTIEMENTS ET LES RETOURNEMENTS DE LA CONTRACEPTION EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

Le cas d'une communauté rurale : Bandafassi (Sénégal)

Emmanuelle Guyavarch
et Gilles Pison

2^{ème} édition revue
et augmentée
septembre 2005





**LES BALBUTIEMENTS ET LES
RETOURNEMENTS DE LA CONTRACEPTION
EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA**

**LE CAS D'UNE COMMUNAUTE RURALE :
BANDAFASSI (SÉNÉGAL)**

Emmanuelle GUYAVARCH et Gilles PISON

2^{ème} édition revue et augmentée

Septembre 2005

Institut National d'Etudes Démographiques
133 boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20

mél : guyavarc@ined.fr, pison@ined.fr

Sommaire

Résumé	5
Introduction	6
I - L'évolution de la fécondité au Sénégal	7
1 – Niveau et tendance	7
2 – L'influence du mariage plus tardif des femmes	8
3 – La contraception ne se diffuse que lentement	9
II - L'observatoire de Bandafassi : population et méthodes	11
1 – La zone d'étude de Bandafassi	12
2 – L'observation démographique suivie	15
3 – La situation démographique à Bandafassi	16
III - La fécondité à Bandafassi : en légère hausse	17
1 – Niveau et tendance de la fécondité	17
2 – Les intervalles entre les naissances sont toujours longs	18
3 – Les différences ethniques de nuptialité et de fécondité	21
IV - La contraception à Bandafassi	25
1 – L'histoire de l'implantation de la contraception dans la zone d'étude	25
2 – Les sources d'information sur la contraception	25
3 – La population connaissant au moins une méthode de contraception : près de la moitié des femmes et les trois quarts des hommes	27
4 – L'utilisation de la contraception par les femmes : très concentrée autour du dispensaire de Bandafassi	31
5 – La contraception est utilisée par les femmes surtout dans le but d'espacer leurs naissances	33
6 – La contraception côté hommes : près d'un sur trois a déjà utilisé une méthode moderne	35
7 – Une source de biais dans les enquêtes : la sous déclaration de la pratique contraceptive par les femmes	36
V – Les débuts de la contraception à Bandafassi : un essor rapide, suivi d'une chute	37
1 – L'évolution de la fréquentation du dispensaire pour des consultations de planification familiale	37
2 – Les abandons et les reprises de la contraception à Bandafassi	39
3 – Les variations d'un village à l'autre. Le cas particulier des villages de Bandafassi et d'Ibel	43
4 – Les souhaits en matière de fécondité future et leur réalisation : des écarts importants chez les femmes	46

Conclusion	50
Remerciements	52
Références bibliographiques	53

Résumé

La fécondité est en baisse en Afrique sub-saharienne depuis plusieurs décennies mais sa diminution est lente. La contraception, qui est l'un des moteurs essentiels de la baisse, ne s'étant encore que peu diffusée, en particulier dans les campagnes. Pour mieux en comprendre les raisons, nous avons étudié de façon détaillée l'histoire de la diffusion de la contraception dans une population rurale du Sénégal, Bandafassi. Nous avons utilisé pour cela trois sources d'information : une enquête sur la contraception, les données du registre de planification familiale du dispensaire local et les informations de l'observation démographique suivie conduite depuis plus de 30 ans dans cette population. L'exploitation de ces différentes sources nous a permis de retracer la progression de la contraception année après année depuis qu'elle a débuté et d'en examiner les facteurs.

De façon étonnante, la contraception s'est diffusée extrêmement rapidement dans la zone d'étude de Bandafassi, mais seulement dans quelques villages proches du dispensaire ou disposant d'un agent de santé efficace. De façon encore plus étonnante, la pratique contraceptive a chuté brutalement au début des années 2000 suite à un changement de personnel infirmier. Dans la population prise ici comme exemple, les freins et les échecs ne tiennent pas tant à une méconnaissance de la contraception de la part de la population ou à un refus de celle-ci, mais plutôt à la qualité des relations qu'entretient le personnel sanitaire avec elle et au fait que la contraception lui est plus ou moins facilement accessible.

Introduction

La fécondité est en baisse en Afrique sub-saharienne depuis plusieurs décennies : d'après l'ONU, les femmes avaient chacune 6,6 enfants en moyenne dans la première moitié des années 1980, elles n'en ont plus aujourd'hui (en 2000-2005) que 5,5 (ONU, 2005). La diminution de la fécondité est lente cependant et n'a surtout concerné que les villes ; les campagnes, qui rassemblent la majorité de la population, gardent encore une fécondité élevée dans beaucoup de pays. La contraception, qui est l'un des moteurs de la baisse, ne s'est encore que peu diffusée, en particulier dans les zones rurales. Pour mieux en comprendre les raisons, nous avons étudié de façon détaillée l'histoire de la diffusion de la contraception dans une population rurale du Sénégal, Bandafassi. Utilisant plusieurs sources d'information, nous avons pu retracer sa progression année après année depuis qu'elle a débuté et examiner quels en avaient été les facteurs.

Notre étude montre que contrairement aux idées reçues, la contraception peut se diffuser extrêmement rapidement dans des campagnes africaines peu favorisées socio-économiquement. Elle montre aussi que les retournements peuvent y être tout aussi rapides, la pratique de la contraception pouvant refluer en une ou deux années. Dans la population prise ici comme exemple, les freins et les échecs ne tiennent pas tant à une méconnaissance de la contraception de la part de la population ou à un refus de celle-ci, mais plutôt au fait que la contraception lui est plus ou moins facilement accessible.

Nous examinerons dans la première partie le niveau de la fécondité au Sénégal et ses principaux facteurs d'évolution. Nous présenterons dans la deuxième partie la population rurale que nous avons étudiée et les méthodes d'enquête que nous avons utilisées pour la suivre pendant plus de deux décennies. La troisième partie sera consacrée à la fécondité et à son évolution dans cette communauté. Nous détaillerons dans la quatrième partie la place qu'y occupait la contraception en 2000, en nous intéressant plus particulièrement aux variations d'un village à l'autre et au rôle joué par leur plus ou moins grand éloignement du centre de planification familiale. Nous retracerons dans la cinquième partie sa diffusion dans le temps depuis ses débuts en 1993 et analyserons les raisons pour lesquelles elle a progressé rapidement dans un premier temps, puis chuté ensuite très vite en quelques années.

I. L'évolution de la fécondité au Sénégal

1. Niveau et tendance

La fécondité est encore élevée au Sénégal : les femmes avaient en moyenne 5,2 enfants chacune en 1998-1999 (ESIS, 1999). Elle a pourtant évolué au cours des trente dernières années, augmentant dans les années 1960 et 1970 (elle est passée de 5,4 enfants en 1960-61 à 7,2 en 1975-78) puis baissant ensuite jusqu'à un peu plus de 5 enfants à la fin des années 1990 (tableau 1).

Tableau 1. – Évolution de la fécondité au Sénégal depuis 1960 selon le milieu de résidence

Période	Source	Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)		
		Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
1960-1961	ED	-	-	5,4
1970-1971	END	-	-	6,4
1975-1978	ESF	6,6	7,5	7,2
1983-1986	EDS-I	5,6	7,4	6,6
1989-1992	EDS-II	5,1	6,7	6,1
1994-1997	EDS-III	4,3	6,7	5,7
1998-1999	ESIS	3,9	6,1	5,2

Sources :

ED : Enquête démographique de 1960

END : Enquête nationale démographique de 1970-1971

ESF : Enquête sénégalaise sur la fécondité de 1978 (Direction de la statistique, 1981)

EDS-I : Enquête démographique et de santé au Sénégal de 1986 (Ndiaye *et al*, 1988)

EDS-II : Enquête démographique et de santé au Sénégal de 1992-1993 (Ndiaye *et al*, 1994)

EDS-III : Enquête démographique et de santé au Sénégal de 1997 (Ndiaye *et al*, 1997)

ESIS : Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé de 1999 (Sow *et al*, 2000)

La fécondité n'a jusqu'ici baissé qu'aux âges jeunes, avant 30 ans ; elle n'a en revanche guère changé au-delà de 30 ans, âges auxquels les femmes sont dans leur grande majorité mariées (figure 1). Cela est vrai que l'on soit en ville, où la fécondité a nettement baissé – elle était de 3,9 enfants en moyenne en 1998-1999 – ou à la campagne, où elle est encore élevée : 6,1 enfants (figure 2). Dans l'une et l'autre, on retrouve le même schéma : la fécondité n'a baissé qu'avant 30 ans.

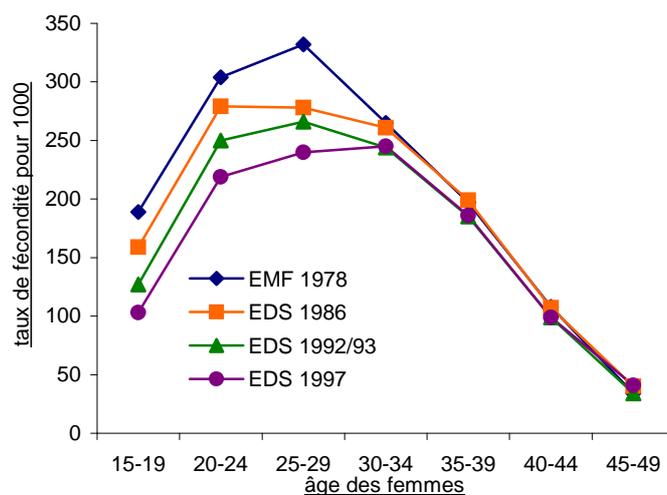


Figure 1. – Taux de fécondité (nombre annuel de naissances vivantes pour 1000 femmes) selon l'âge des femmes et l'année d'enquête. Ensemble du Sénégal.

Sources : voir sources du tableau 1

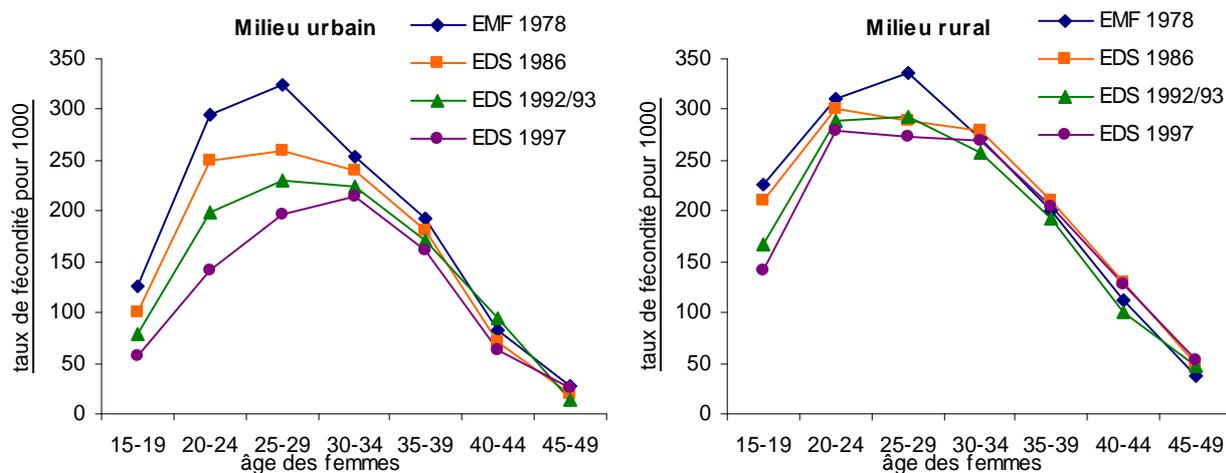


Figure 2. – Taux de fécondité (nombre annuel de naissances vivantes pour 1000 femmes) selon le milieu de résidence, l'âge de la femme et l'année d'enquête.

Sources : voir sources du tableau 1

2. L'influence du mariage plus tardif des femmes

La baisse de la fécondité est liée au recul de l'âge au premier mariage. La contraception, encore peu utilisée par les femmes mariées, n'a pas joué un grand rôle jusqu'ici

(Pison *et al.*, 1995). L'âge médian au premier mariage des femmes a augmenté de deux ans en une décennie, passant de 16,7 ans en 1986 à 18,7 ans en 1997 (chez les femmes âgées de 25 à 49 ans ces années-là) (tableau 2). Le recul a été beaucoup plus important en ville (augmentation de 4,5 ans) qu'à la campagne (augmentation de moins d'un an). En conséquence, l'écart entre la ville et la campagne s'est creusé : à la campagne, en 1997, la moitié des femmes âgées de 25 à 29 ans¹ étaient déjà mariées à l'âge de 16,7 ans, alors qu'en ville, la moitié l'étaient à 23,3 ans. Cet écart est l'une des principales raisons des différences de fécondité entre villes et campagnes au Sénégal.

Tableau 2. – Évolution de l'âge médian au premier mariage des femmes âgées de 25-29 ans au Sénégal, selon le milieu de résidence.

Années	Enquêtes	Age médian au premier mariage		
		Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
Femmes âgées de 25 à 29 ans lors de l'enquête				
1986	EDS-I	18,8	16,0	16,7
1992/1993	EDS-II	19,9	15,8	16,8
1997	EDS-III	23,3	16,7	18,7

Sources : voir sources du tableau 1

3. La contraception ne se diffuse que lentement

La contraception est encore peu utilisée au Sénégal : en 1997, seules 8,1% des femmes mariées de 15 à 49 ans déclaraient utiliser une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête (elles étaient 0,7% en 1978, 2,4% en 1986 et 4,8% en 1992/1993)² (figure 3). Les différences sont très marquées entre la ville et la campagne : 19,3% des femmes résidant en milieu urbain utilisaient une méthode en 1997 contre seulement 2,1% de celles résidant en milieu rural. D'une région à l'autre du pays, la proportion d'utilisatrices varie également beaucoup : elle est la plus élevée dans la région de Dakar (20%) et la plus faible dans celle de Tambacounda (moins de 5%), région où se situe l'observatoire de population de Bandafassi que nous étudierons plus loin en détail.

¹ L'âge médian avant cet âge ne peut se calculer en zone urbaine car avant 25 ans, moins de la moitié des femmes sont mariées.

² Même si elle reste faible, la diffusion de la contraception au Sénégal est relativement élevée pour un pays d'Afrique de l'Ouest (Sow *et al.*, 2000).

Si la contraception est peu utilisée, ce n'est pas parce qu'elle est peu connue : en 1999, 88%³ des femmes et 94% des hommes en union âgés de 15 à 49 ans connaissaient au moins une méthode de contraception, qu'elle soit traditionnelle ou moderne (Sow *et al.*, 2000).

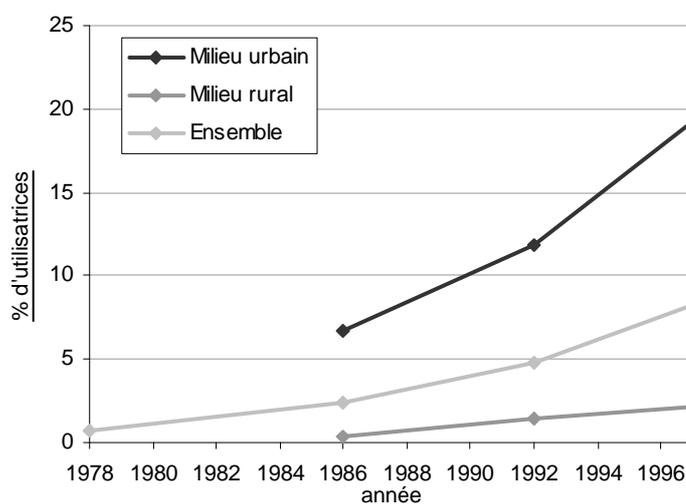


Figure 3. – Évolution de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne parmi les femmes en union de 15 à 49 ans au Sénégal selon le milieu de résidence (% de femmes déclarant utiliser la contraception au moment où elles ont été enquêtées).

Sources : voir sources du tableau 1

La baisse de la fécondité au Sénégal, qui a tenu jusqu'ici principalement au recul de l'âge au premier mariage et guère à la contraception – encore peu utilisée par les femmes mariées – se distingue en cela des baisses observées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne comme le Botswana, le Kenya ou le Zimbabwe (Pison *et al.*, 1995). Dans ces pays, la diminution de la fécondité a été liée ces vingt dernières années à une utilisation croissante de la contraception moderne. L'évolution sénégalaise rappelle en revanche celles survenues dans les pays situés au nord du Sahara, tels que l'Algérie, le Maroc ou la Tunisie, où lorsque la fécondité a commencé à baisser - dans les années 1960 en Tunisie, 1970 en Algérie et au Maroc - sa diminution a tenu essentiellement au recul de l'âge au premier mariage des femmes (Ouadah-Bedidi *et al.*, 2000 ; Ouadah-Bedidi, 2004). Ce n'est que dans un second temps que la contraception a commencé à être utilisée par les couples mariés, contribuant à

³ 96% en milieu urbain, 85% en milieu rural.

faire baisser encore plus la fécondité jusqu'aux niveaux bas d'aujourd'hui, proches du seuil de remplacement des générations.

On peut se demander si le Sénégal va suivre le même chemin et connaître, après une première phase de baisse de la fécondité liée au recul de l'âge au mariage, une seconde phase marquée par la diffusion de la contraception chez les adultes mariés et une baisse de la fécondité maritale. Pour l'instant, les idéaux en matière de taille de la famille semblent être toujours élevés, notamment en zone rurale, et l'utilisation de la contraception n'y est encore que très peu répandue. La question se pose de savoir si la lenteur avec laquelle elle se diffuse à la campagne tient à ce que la population n'en a pas besoin, ne souhaitant pas vraiment limiter les naissances, qu'elle refuse les méthodes proposées, qu'elle manque d'information, ou encore qu'elle n'a pas accès facilement à la contraception. Examinons ce qu'il en est dans le cas de la population de Bandafassi en étudiant de façon détaillée l'histoire de la progression de la contraception dans cette région depuis ses débuts.

II. L'observatoire de population de Bandafassi

L'Institut national d'études démographiques (INED) suit depuis plus de trois décennies la population de la zone rurale sénégalaise de Bandafassi (Pison *et al.*, 2002). Après avoir été recensée, la population étudiée a fait l'objet d'une observation par enquête à passages répétés qui s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui. Le recueil d'informations sur les naissances, décès, mariages et migrations a été complété par des enquêtes spécifiques sur des thèmes particuliers comme la sexualité, la fécondité, l'allaitement, la nutrition, les vaccinations, la limitation des naissances, les causes de décès (en particulier la rougeole, le paludisme, les morts maternelles, etc.). L'ensemble des informations recueillies a permis de décrire les niveaux et les tendances démographiques dans la population étudiée, de détailler l'évolution de la fécondité et de la mortalité et de préciser le rôle de différents facteurs socio-économiques et sanitaires dans les changements observés (Pison, 1982 ; Desgrées du Loû et Pison, 1995 ; Guyavarch, 2003).

1. La zone d'étude de Bandafassi

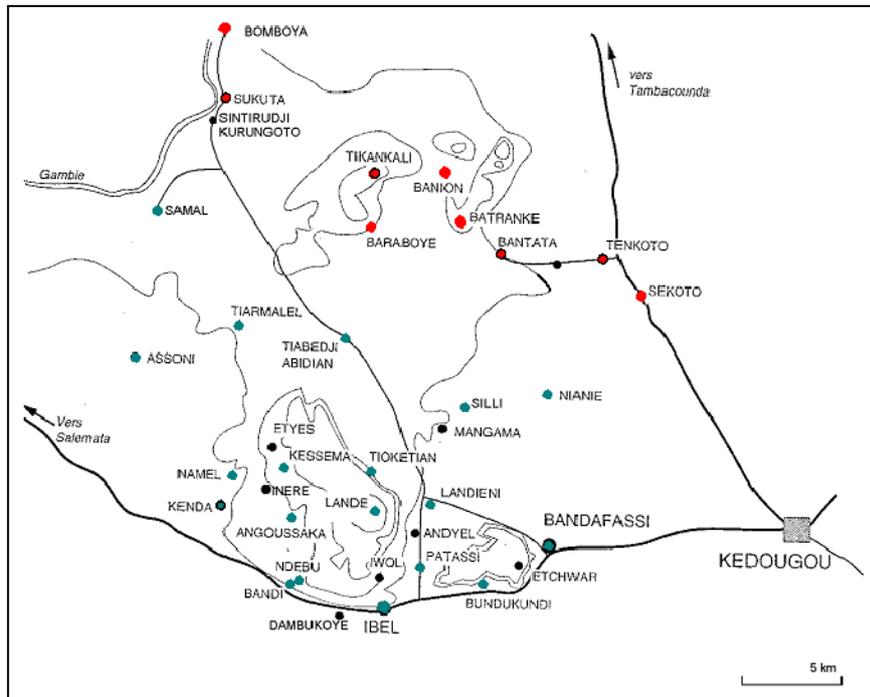
La zone d'étude de Bandafassi est située au Sénégal, à 750 km au sud-est de Dakar, aux confins du Mali et de la Guinée (carte 1). La capitale régionale, Tambacounda, se trouve à 250 km. La ville la plus proche, Kédougou, se situe à 14 km des villages étudiés les plus proches et 40 km des plus éloignés.

L'observatoire couvre environ la moitié de l'arrondissement de Bandafassi. Il comprend 42 villages répartis sur un territoire d'environ 600 km² (carte 2). La région est formée d'un ensemble de collines et de plateaux culminant à 300 ou 400 mètres d'altitude, séparés entre eux par une plaine à l'altitude moyenne de 100 mètres. La plupart des villages ne sont accessibles que par des pistes peu carrossables en saison sèche et impraticables en saison des pluies.

Le climat est caractérisé par l'alternance au cours de l'année de deux saisons, une saison des pluies (hivernage), de juin à octobre, et une saison sèche, de novembre à mai. Les principales activités sont la culture de céréales (sorgho, maïs et riz), d'arachide et de coton, ainsi que l'élevage de bovins, caprins, ovins et volailles. L'activité agricole est concentrée pendant la saison des pluies et une partie des hommes partent travailler en ville (à Tambacounda, Kaolack ou Dakar) pendant la saison sèche.



Carte 1. – Localisation de la zone d'étude de Bandafassi au Sénégal.



Carte 2. – Implantation des villages de la zone d'étude de Bandafassi au Sénégal.

La population suivie était de 11 520 habitants au 1^{er} janvier 2005, soit une densité de 19 habitants au km². Elle comprend trois groupes ethniques résidant en général dans des villages séparés :

- les Bedik, qui constituent 25% de la population et occupent 8 des 42 villages,
- les Malinké, qui constituent 17% de la population et se répartissent en 9 villages,
- les Peul, qui constituent 58% de la population et occupent 25 villages.

Les Bedik sont les plus anciens occupants de la région. Ils l'occupaient au XIII^{ème} siècle au moment de l'arrivée des premières vagues mandingues. Ils se rapprochent par la langue des Coniagui et des Bassari et forment avec eux le groupe Tenda (Gomila, 1971). La seule population bedik connue est celle de la zone d'étude de Bandafassi ; ceux que l'on trouve en ville au Sénégal ou ailleurs sont des émigrants issus de la région. Le Sénégal comptant près de 11 millions d'habitants en 2005, les trois mille bedik n'en constituent qu'une infime partie. Les Malinké, qui occupent le Nord-Est de la zone d'étude, sont venus de l'empire du Mali (à l'Est) par vagues successives à partir du milieu du XIII^{ème}. Ils font partie d'un vaste ensemble de populations malinké réparties entre le Sénégal, la Gambie, la

Guinée et le Mali. Les Malinké sont peu nombreux au Sénégal, et souvent regroupés dans les statistiques avec plusieurs autres ethnies dans un groupe « mandingue » représentant 5% de la population. Les Peul, qui occupent le Sud-Est de la zone, sont les derniers arrivés dans la région de Bandafassi. Les plus anciennes familles peul sont originaires du Fouta Djallon au Sud (en Guinée) et se sont installées dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, mais quelques familles viennent aussi du Macina à l'Est (au Mali) (Pison, 1982). A l'échelle du Sénégal, les Peul sont également une minorité, mais plus importante que les deux autres groupes ethniques. Regroupés souvent dans les statistiques avec les Toucouleur, avec qui ils partagent la même langue (le poular), ils forment avec eux près de 25% de la population du pays. Les relations entre les trois ethnies habitant la région de Bandafassi ont varié au cours de l'histoire. Les Bedik ont fait bon accueil au début aux premiers migrants peul il y a deux siècles, leur fournissant des épouses et entretenant de bonnes relations avec eux. Les relations se sont dégradées à la fin du XIX^e avec les expéditions guerrières et les pillages des État peul voisins du Fouta Djallon et du Bundu dans la région. Les troupes de l'almamy du Fouta-Djallon détruisirent la plupart des villages bedik en 1895, massacrèrent une partie de leurs habitants ou les réduisirent en esclavage. Les Bedik trouvèrent en partie refuge auprès des Malinké. Le contrôle du pays par l'administration française quelques années plus tard mit fin aux guerres et aux pillages, mais les relations entre les Peul et les Bedik sont restées limitées, même aujourd'hui. Il n'y a en particulier que peu de mariages entre eux, alors que les Malinké et les Bedik se marient volontiers entre eux lorsqu'ils sont voisins.

Les Peul et une majorité des Malinké (63%) se déclarent musulmans, les autres Malinké se déclarant catholiques (23%) ou animistes (14%). La majorité des Bedik se déclarent catholiques (82%), les autres, animistes (18%).

Le niveau d'instruction est faible dans l'ensemble. En 2000 seuls 49% des hommes et 16% des femmes âgés de 15 à 49 ans déclaraient être allés à l'école publique⁴, tandis que 44% des premiers et 86% des secondes déclaraient ne pas savoir lire du tout, que ce soit en français, dans leur langue maternelle (alphabétisation) ou en arabe (école coranique) (Guyavarch, 2003).

⁴ Quel que soit le niveau et la durée de la scolarisation.

La zone d'étude est équipée d'un dispensaire public situé dans le village même de Bandafassi ; il est tenu par un infirmier. Une petite partie de la population fréquente aussi le dispensaire public de Tomborokoto, situé à l'extérieur de la zone, au Nord-Est ; ce sont surtout les habitants des villages bedik et malinké proches de ce dispensaire. Les villages bedik et malinké de la moitié nord de la zone d'étude bénéficient également de visites régulières d'une infirmière de la mission catholique de Kédougou, qui effectue des tournées toutes les deux semaines en saison sèche ; elle vaccine les enfants et prodigue des soins à ces occasions. Enfin certains villages disposent d'un agent de santé communautaire. Celui d'Ibel est le plus actif. Outre les soins de base qu'il fournit, il aide les femmes à accoucher et depuis le début du programme de planning familial, en 1993, leur donne également des conseils en matière de contraception et les suit dans ce domaine (voir plus loin).

2. L'observation démographique suivie

Les informations sur le mouvement de la population sont recueillies par enquête démographique à passages répétés à intervalle annuel. Après un premier recensement, qui a permis de dresser la liste des habitants de chaque village et de recueillir les caractéristiques de chacun, notamment l'histoire des unions et des grossesses pour les femmes, chaque village a été visité une fois par an, en général entre janvier et mars. À l'occasion de chaque visite, la liste des personnes présentes lors de la visite précédente a été vérifiée et des informations sur les naissances, mariages, migrations et décès survenus depuis ont été recueillies. En cas de changement matrimonial, le type d'événement a été précisé : promesse d'union, mariage, rupture par veuvage, rupture par divorce, etc. ainsi que le type de la nouvelle union en cas de mariage ou de remariage. Les grossesses et les accouchements ont été enregistrés en précisant l'issue de la grossesse (fausse-couche, mort-né, né vivant) et le devenir du nouveau-né. Par ailleurs, certains événements ont fait l'objet de recueil d'information particulière. Ainsi, chaque décès a fait l'objet d'une enquête spécifique pour en déterminer la cause en utilisant la méthode dite d' « autopsie verbale ».

À son début, en 1970, l'étude ne portait que sur une partie des villages de la zone d'étude, le groupe de villages malinké. Elle a été étendue aux autres villages en deux étapes : en 1975 ont été ajoutés les villages peul, et en 1980 les villages bedik. La durée de

l'observation démographique n'est donc pas la même pour les trois groupes de villages : 35 ans (1970-2005) pour les villages malinké, 30 ans (1975-2005) pour les villages peul et 25 ans (1980-2005) pour les villages bedik. L'analyse qui suit ne prend en compte que les données recueillies à partir du 1^{er} janvier 1981 jusqu'au 31 décembre 2004, qui couvrent l'ensemble des villages.

3. La situation démographique à Bandafassi

Le tableau 3 fournit des informations sur les niveaux et tendances démographiques dans la zone d'étude de Bandafassi, estimés d'après les données que nous avons recueillies depuis 1981. Les niveaux sont indiqués pour deux périodes : 1981-1985 et 1996-2000, de façon à repérer les évolutions en 15 ans.

L'espérance de vie à la naissance était relativement basse en 1981-1985 : 34 ans sexes confondus. En comparaison, elle était d'un peu plus de 45 ans dans l'ensemble du Sénégal à cette époque (Pison et al., 1995 ; ONU, 2005). Elle a augmenté sensiblement jusqu'à 48 ans en 1996-2000. Le progrès vient surtout de la baisse de la mortalité des enfants – le risque pour un nouveau-né de mourir avant d'atteindre l'âge de cinq ans est passé d'un peu plus de 40% (403 pour mille) à moins de 25% (238 pour mille). La diminution est due principalement aux vaccinations (Desgrées du Loû et Pison, 1995 ; Desgrées du Loû, 1996). C'est encore un niveau élevé pour le Sénégal – la mortalité des moins de 5 ans était de 139‰ en moyenne dans l'ensemble du pays en 1997 (EDS III) et de 165‰ pour les seules zones rurales. Il reflète la situation socio-économique et sanitaire de la région, moins bonne que la moyenne du pays.

Tableau 3. – Principaux indicateurs démographiques.
Bandafassi, Sénégal, périodes 1981-1985 et 1996-2000

	Période 1981-1985	Période 1996-2000
Effectif nombre d'habitants en début de période - au 1er janvier 1981 ou 1996	6771 habitants	9073 habitants
Mouvement (taux annuel)		
natalité (naissances pour mille habitants)	49 pour mille	46 pour mille
mortalité (décès pour mille habitants)	31 pour mille	20 pour mille
accroissement naturel (pour mille habitants)	18 pour mille	26 pour mille
taux annuel d'émigration nette (pour mille habitants)	-3 pour mille	-4 pour mille
taux annuel d'accroissement réel (pour mille habitants)	15 pour mille	22 pour mille
Nuptialité âge moyen au 1er mariage (femmes)	16,8 ans	17,7 ans
Fécondité		
âge moyen au premier accouchement	18,2 ans	18,7 ans
âge moyen à la première naissance vivante	18,4 ans	19,0 ans
âge moyen à la maternité (toutes naissances vivantes)	26,4 ans	27,3 ans
indicateur synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,3	6,8
proportion de femmes infécondes à 40-59 ans (au 1er janvier 1981 ou 1996)	8 %	7 %
intervalles intergénésiques (médiane) - ensemble-	33,0 mois	32,1 mois
intervalles intergénésiques (médiane) - l'enfant aîné survivant au moins jusqu'à deux ans-	36,0 mois	34,0 mois
Mortalité		
risque de décès néonatal (de 0 à 28 jours) (pour mille)	110 pour mille	54 pour mille
risque de décès de 0 à 1 ans (1q0) (pour mille)	209 pour mille	124 pour mille
risque de décès de 0 à 5 ans (5q0) (pour mille)	403 pour mille	238 pour mille
espérance de vie à la naissance	34 ans	48 ans
espérance de vie à 20 ans	42 ans	46 ans

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

III. La fécondité dans la zone de Bandafassi : en légère hausse

1. Niveau et tendance de la fécondité

La fécondité a légèrement augmenté en 15 ans dans la zone d'étude de Bandafassi, passant de 6,3 enfants en moyenne par femme en 1981-1985 à 6,8 en 1996-2000. Elle a un peu baissé aux âges jeunes, avant 20 ans, et augmenté après 25 ans (figure 4). La baisse avant 20 ans entre les deux périodes est liée au recul de l'âge au premier mariage, d'un an en

moyenne, comme nous le verrons plus loin. A noter que l'âge au premier accouchement⁵ n'a reculé que de 6 mois, une partie croissante des grossesses survenant avant le mariage dans les sous-groupes bedik et malinké comme nous le verrons aussi plus loin. La hausse de la fécondité après 25 ans tient en partie à la légère diminution de la durée des intervalles intergénéraliques, mais surtout à ce que l'infécondité, relativement élevée, a sensiblement régressé. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier facteur, mais pour donner déjà une indication de son importance, signalons qu'en 2000, la proportion de femmes n'ayant eu aucun enfant né-vivant était de 6% dans le groupe des 50-59 ans contre 3% dans celui des 25-29 ans. Ce recul de l'infécondité vient de l'amélioration des conditions sanitaires et notamment des traitements des maladies sexuellement transmissibles.

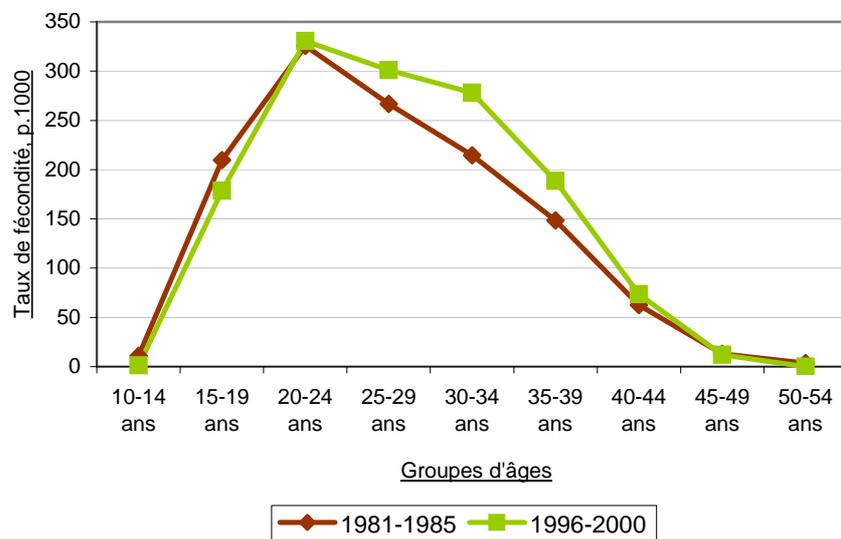


Figure 4. – Taux de fécondité (nombre annuel de naissances vivantes pour 1000 femmes) selon l'âge des femmes et la période (1981-1985 et 1996-2000). Bandafassi, Sénégal.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

2. Les intervalles entre les naissances sont toujours longs

La durée médiane de l'intervalle séparant deux naissances successives est l'un des principaux déterminants du niveau de la fécondité dans les populations ne pratiquant pas la limitation volontaire des naissances. Pour la population de la zone d'étude de Bandafassi, elle a été calculée par période, ethnie et âge de la mère (tableau 4).

⁵ Que l'on considère l'ensemble des premiers accouchements ou les seules naissances vivantes.

Tableau 4. – Durée médiane de l'intervalle inter-génésique (en mois) selon le groupe ethnique, l'âge, la période et la survie de l'enfant aîné. Bandafassi, Sénégal.

	Période	Ensemble des intervalles	Uniquement les intervalles où l'aîné a survécu au moins jusqu'à l'âge de 2 ans
<u>Ensemble</u>	1981-1985	33,0	36,0
	1996-2000	32,1	34,0
<u>Selon le groupe de villages</u>			
Villages bedik	1981-1985	33,1	36,6
	1996-2000	31,7	33,8
Villages malinké	1981-1985	33,5	37,6
	1996-2000	33,8	35,8
Villages peul	1981-1985	32,0	35,0
	1996-2000	32,0	34,0
<u>Selon l'âge de la mère à l'accouchement du cadet</u>			
Moins de 30 ans	1981-1985	32,1	35,1
	1996-2000	32,0	33,7
40 ans et +	1981-1985	34,1	41,1
	1996-2000	20,7*	35,1

* En 1996-2000, 32% des accouchements de femmes ayant au moins 40 ans sont des fausses-couches ou des mort-nés. Les avortements provoqués sont sans doute très rares parmi eux.

Note 1 : les mesures portent sur les seules femmes nées dans la zone et n'ayant pas migré durant la période d'observation.

Note 2 : les durées médianes entre les naissances ont été calculées sur les intervalles fermés.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

La durée des intervalles intergénésiques n'a guère changé en 15 ans. Elle a légèrement diminué, de 0,9 mois en moyenne, passant de 33,0 mois en 1981-1985 à 32,1 mois en 1996-2000 (tableau 4). Si l'on ne prend en compte dans le calcul que les intervalles pour lesquels l'enfant aîné était encore en vie à 24 mois, la baisse est alors plus marquée : l'intervalle médian diminue de 2 mois, passant de 36,0 à 34,0 mois. La mortalité des enfants ayant baissé, les intervalles très courts liés au décès précoce de l'enfant aîné sont devenus moins fréquents, ce qui a contribué à l'augmentation de la durée médiane de l'ensemble. En effet, l'intervalle intergénésique a tendance à être plus court lorsque l'enfant aîné décède précocement, son décès interrompant alors l'allaitement. Si la mère était encore en aménorrhée, l'arrêt de l'allaitement entraîne le retour des règles. Si elle n'avait pas encore repris les rapports sexuels,

le décès de l'enfant peut aussi entraîner leur reprise. La durée médiane des intervalles inter-génésiques était ainsi de 18,0 mois au cours de la période 1996-2000 si l'aîné était mort dans la période néonatale (avant 1 mois). Elle passait respectivement à 21,2 et 30,7 mois s'il était mort entre 1 et 12 mois ou 12 et 24 mois. Si l'enfant était encore vivant à l'âge de 24 mois, elle était à 34,0 mois.

Examinons les autres facteurs influant sur la durée des intervalles entre naissances, notamment l'allaitement maternel, l'aménorrhée et l'abstinence sexuelle *post partum* (Leridon, 2002). Nous avons estimé leurs durées médianes à partir des informations que nous avons recueillies en 2001 lors d'une enquête sur l'allaitement et le sevrage, et de celles obtenues en interrogeant chaque année depuis 1999 toutes les mères d'enfants âgés de moins de 36 mois. Les enfants sont allaités jusqu'à 23,8 mois (âge médian), le sevrage intervenant souvent peu de temps avant leur 2^{ème} anniversaire (tableau 5). Plus de la moitié des enfants sont effectivement sevrés entre 22 et 25 mois. La durée d'allaitement ne varie guère d'une ethnie à l'autre.

La durée médiane d'abstinence sexuelle *post partum* se situerait autour de 24 mois d'après les proportions de mères ayant déclaré ne pas avoir repris les rapports sexuels après la naissance de leur dernier enfant, elle serait donc proche de la durée d'allaitement (tableau 5)⁶. Cela correspond aux normes qui veulent qu'une femme ne reprenne pas les rapports avant d'avoir sevré son enfant. En fait, une partie des couples n'attend pas si longtemps et reprend les rapports plus tôt : un quart d'entre eux par exemple a déclaré avoir repris les rapports alors que leur enfant n'avait qu'entre 9 et 11 mois et était toujours allaité (tableau 5). Mais les trois-quarts restants attendraient qu'il ait 2 ans⁷.

La durée médiane d'aménorrhée *post partum* est de 17,6 mois, le retour des règles s'étalant régulièrement entre 5 et 26 mois. Cette durée longue tient en grande partie à ce que les enfants sont allaités longtemps au sein. L'allaitement est le principal facteur d'espacement des naissances et explique que les intervalles soient aussi longs.

⁶ La durée médiane d'abstinence sexuelle *post partum* était nettement plus faible dans l'ensemble du Sénégal : 2,9 mois dans la deuxième moitié des années 1990, d'après les déclarations recueillies dans l'enquête EDS-III de 1997, avec des variations selon l'ethnie : 2,2 mois chez les Wolof, 2,4 mois chez les Serer, 3,7 mois chez les Poular, 8,8 mois chez les Mandingue, 14,6 mois chez les Diola (Ndiaye et al., 1997).

⁷ Il est probable cependant qu'ils soient moins nombreux à attendre aussi longtemps.

Tableau 5. – Proportions de femmes encore en aménorrhée, encore allaitantes, ou n’ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis la naissance de leur dernier enfant, selon l’âge de celui-ci. Bandafassi, Sénégal.

âge de l'enfant en mois	% de femmes encore en aménorrhée	% de femmes allaitant encore leur enfant	% de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels
0-2	100%	100%	100%
3-5	100%	100%	100%
6-8	90%	100%	100%
9-11	82%	100%	76%
12-14	59%	98%	95%
15-17	64%	95%	77%
18-20	27%	85%	70%
21-23	25%	67%	79%
24-26	21%	29%	21%
27-29	0%	0%	0%
30-32	0%	0%	0%

Source : Enquête allaitement/sevrage, 2001

3. *Les différences ethniques de nuptialité et de fécondité*

Au cours de la période 1981-1985, la fécondité était plus élevée, de près d'un enfant en moyenne, dans les villages peul (6,7 enfants) que dans les villages bedik (5,6) ou malinké (5,8) (tableau 6). Le premier mariage beaucoup plus précoce des Peul par rapport aux deux autres groupes ethniques est en partie la cause de ces différences. Mais âge au premier mariage et âge à la première naissance ne sont pas totalement corrélés : sur la dernière période considérée, les femmes Peul, qui se mariaient à 16,4 ans en moyenne, avaient leur premier enfant à 18,4 ans⁸, soit 24 mois après. Les Malinké, qui se mariaient à 18,6 ans, avaient souvent leur premier enfant dans un délai plus court que celui des jeunes femmes peul : 1,3 ans au lieu de 2,0 ans.. Chez les Bedik, le phénomène des premières grossesses avant mariage est plus marqué : les femmes se mariaient à 19,6 ans en moyenne, mais elles avaient leur premier enfant à 18,8 ans, soit près d'un an auparavant. A noter que l'âge au premier rapport sexuel varie peu d'une ethnie à l'autre. D'après l'enquête réalisée en 1998, l'âge médian au

⁸ 18,6 ans si l'on ne prend en compte que la première naissance vivante, beaucoup de premiers enfants étant des mort-nés.

premier rapport est de 14 ans chez les jeunes filles bedik et peul, et de 15 ans chez les jeunes filles malinké, et il ne semble pas avoir varié dans le temps (Lagarde *et al.*, 2003).

Tableau 6. – Taux de fécondité totale et âge moyen au 1er mariage, à la première naissance vivante, et à la maternité, selon le groupe de villages et la période. Bandafassi, Sénégal.

Groupe de villages	Période	Taux de fécondité totale (enfants par femme)	Age moyen au premier mariage (années)	Age moyen au premier accouchement (années)	Age moyen à la première naissance vivante (années)	Age moyen à la maternité - toutes naissances vivantes - (années)
Villages bedik	1981-1985	5,6	18,4	19,4	19,4	26,6
	1996-2000	7,0	19,6	18,8	19,2	27,4
Villages malinké	1981-1985	5,8	17,3	18,0	18,0	26,3
	1996-2000	6,6	18,6	19,9	19,9	27,0
Villages peul	1981-1985	6,7	15,2	17,6	18,0	26,4
	1996-2000	6,8	16,4	18,4	18,6	27,2
Ensemble	1981-1985	6,3	16,8	18,2	18,4	26,4
	1996-2000	6,8	17,7	18,7	19,0	27,3

Note : les mesures portent sur les seules femmes nées dans la zone et n'ayant pas migré. Elles ont été présentes sans interruption pendant l'enquête suivie.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

La plus faible fécondité des Bedik et des Malinké en comparaison des Peul en 1981-1985 venait aussi de ce que les intervalles intergénésiques étaient légèrement plus longs chez les Bedik (médiane 36,6 mois) et les Malinké (37,6 mois) que chez les Peul (35,0 mois)⁹ (tableau 4). Jouait aussi pour les Bedik leur plus fort taux d'infécondité : en 2000, 9% des femmes Bedik de 40-59 ans n'avaient pas eu d'enfants nés-vivants contre 2% et 3% des Malinké et des Peul (tableau 8). La fécondité plus faible des Bedik que des Peul à tout âge (20% en moins) résultait finalement des effets combinés de différents facteurs allant dans le même sens : un mariage plus tardif, une infécondité plus élevée et des intervalles intergénésiques plus longs.

En 15 ans, la fécondité moyenne des Bedik et des Malinké a augmenté de respectivement 1,4 et 0,8 enfant en moyenne, rattrapant celle des Peul qui n'a pratiquement

⁹ La durée médiane de l'intervalle entre naissances a été calculée ici en ne considérant que les cas où l'enfant aîné était encore en vie à 24 mois (cf explication plus haut de l'effet du décès précoce de l'enfant aîné sur la durée de l'intervalle).

pas bougé. L'une des principales raisons de ces hausses est la réduction de l'infécondité notamment chez les Bedik, le sous-groupe qui était le plus touché, et aussi la légère diminution de la durée des intervalles intergénéraliques.

Tandis que l'âge moyen au premier mariage augmente d'un peu plus d'un an entre les deux périodes d'observation, quelle que soit l'ethnie (tableaux 6 et 7), l'âge au premier accouchement évolue de façon contrastée : il augmente de deux ans chez les Malinké et de moins d'un an chez les Peul. Chez les Bedik en revanche, il diminue de 6 mois alors que l'âge au premier mariage augmente d'un an, un signe que les deux phénomènes n'ont pas de relation directe entre eux. La proportion de naissances avant mariage est très élevée chez eux : plus de la moitié des premiers nés naissent avant mariage (53% en 1981-1985 et 66% en 1996-2000). Les jeunes femmes bedik ont souvent leur premier né, et parfois leur second, avant de se marier, et cela est considéré comme normal chez elles ; chez les Malinké et les Peul en revanche, lorsque cela arrive à une jeune femme, ce qui est rare, cela fait l'objet de réprobation.

Comme nous l'avons mentionné, les Bedik sont touchés par une forte infécondité, ce qui explique que la naissance d'enfants avant le mariage ne pose pas de problèmes chez eux et soit même bien vu. La jeune femme à qui cela arrive prouve ainsi sa fécondité. Au fur et à mesure qu'elles grandissent les jeunes filles bedik franchissent différentes étapes qui les font passer d'une catégorie d'âge à une autre. Elles quittent ainsi le statut d'enfant et deviennent « filles » (*syungutun*) lorsque leurs seins commencent à se former (Ferry, 1991). Elles sont alors libres d'avoir des rapports sexuels avec qui elles veulent jusqu'à leur mariage. Un seul homme n'a pas le droit d'avoir de rapport avec une « fille », celui à qui elle est promise comme future épouse. Les jeunes femmes malinké ou peul ne connaissent pas cette période de liberté sexuelle prémaritale.

La proportion de femmes infécondes est élevée dans les générations anciennes : 6% des femmes de 50-59 ans n'ont jamais eu d'enfants né-vivants (tableau 8). Les Bedik sont les plus touchés des trois groupes ethniques avec 9% de femmes infécondes. La proportion de femmes sans enfant est en revanche très faible parmi les 25-29 ans (3%), signe que l'infécondité a beaucoup reculé récemment. Comme mentionné plus haut, cette évolution favorable est à mettre au crédit de l'amélioration des conditions sanitaires et notamment aux traitements des maladies sexuellement transmissibles.

Tableau 7. – Proportion de femmes célibataires,
selon l'âge, le groupe de villages et la date.
Bandafassi, Sénégal.

Groupe de villages	Date	Groupe d'âge	
		15-19 ans	20-24 ans
Villages bedik	01/01/1981	84%	13%
	01/01/1996	78%	22%
Villages malinké	01/01/1981	43%	0%
	01/01/1996	77%	9%
Villages peul	01/01/1981	22%	2%
	01/01/1996	33%	0%
Ensemble	01/01/1981	44%	5%
	01/01/1996	52%	8%

Note : les mesures portent sur les seules femmes nées dans la zone et suivies tout au long de l'étude.
Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

Tableau 8. – Proportion de femmes infécondes (n'ayant eu aucune naissance vivante)
selon l'âge et le groupe de villages.
Bandafassi, Sénégal, 1^{er} janvier 2000.

Groupe de villages	Groupe d'âge			
	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans
Villages bedik	3% (2/67)	5% (8/148)	9% (10/109)	9% (9/99)
Villages malinké	0% (0/33)	1% (1/73)	0% (0/53)	6% (2/34)
Villages peul	3% (4/120)	2% (4/206)	2% (3/195)	4% (6/150)
Ensemble	3% (6/220)	3% (13/427)	4% (13/357)	6% (17/283)

Note : les mesures portent sur les seules femmes nées dans la zone et suivies tout au long de l'étude.
Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi.

IV. La contraception à Bandafassi

1. L'histoire de l'implantation de la contraception dans la zone d'étude

Le Sénégal a démarré un programme national de planification familiale en 1991, mais ce n'est qu'en 1993 qu'il a commencé de s'appliquer dans la zone d'étude de Bandafassi. La contraception n'avait fait l'objet d'aucune promotion auparavant et les femmes qui l'avaient utilisée avant cette date étaient sans doute très peu nombreuses. C'est l'infirmier du dispensaire de Bandafassi qui a mis en œuvre ce programme dans la zone d'étude à partir de 1993. La mission catholique de Kédougou, qui dispense des soins dans une partie des villages, n'a eu aucune activité dans ce domaine, se contentant de renvoyer vers l'infirmier les personnes la sollicitant pour une contraception.

L'agent de santé communautaire du village d'Ibel a dès le début secondé l'infirmier de Bandafassi dans cette tâche en lui servant de relais pour le village d'Ibel et les villages voisins. Il suit notamment les femmes sous contraception en envoyant celles devant recevoir une injection au dispensaire de Bandafassi et en fournissant en plaquettes de pilules celles en ayant besoin.

2. Les sources d'information sur la contraception

Nous avons cherché à mesurer le niveau des connaissances en matière de contraception et son degré d'utilisation, à examiner plus particulièrement si la pratique de la contraception était plus importante dans les villages proches du dispensaire de Bandafassi que dans ceux qui en étaient éloignés, et à comprendre de façon plus générale les facteurs de sa diffusion lorsqu'elle en est à ses débuts dans une communauté. Nous avons exploité pour cela trois sources d'information :

- une enquête sur la contraception que nous avons menée à dans la zone d'étude en 2000 (Guyavarch, 2003) ;
- le registre du centre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi ;
- l'observation démographique suivie.

Décrivons les deux premières sources, dont les données ont été appariées avec la

troisième.

- L'enquête sur la contraception de 2000

L'enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception que nous avons menée dans la zone d'étude en 2000 a concerné un échantillon aléatoire de 335 femmes et 165 hommes représentatifs de la population âgée de 15 à 49 ans. La diffusion de la contraception étant encore faible et *a priori* concentrée dans les villages proches du dispensaire de Bandafassi et faciles d'accès, nous avons stratifié l'échantillon en fonction de la distance au dispensaire en distinguant les villages proches – à 8 km ou moins du dispensaire et situés en plaine – et les villages éloignés – à plus de 8 km ou situés en altitude. Nous avons surreprésenté la population des villages proches en doublant pour eux le taux de sondage, de façon à interroger suffisamment d'individus ayant une expérience de la contraception. Lorsqu'un individu de l'échantillon était absent et ne pouvait donc pas être interrogé, il était remplacé par une personne d'un échantillon complémentaire tiré de façon similaire au premier. L'enquête a permis d'interroger au total 280 femmes et 128 hommes, dont près de 40% faisaient partie de l'échantillon complémentaire¹⁰. Sur l'ensemble de l'échantillon interrogé, seules 4 personnes (toutes des femmes) ont refusé de répondre au questionnaire.

- Le registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi

Les femmes de l'observatoire ont accès à deux dispensaires prescrivant des moyens de contraception : celui de Bandafassi et celui de Kédougou. Elles ne fréquentaient pas ce dernier jusqu'en 2001 et allaient au dispensaire de Bandafassi pour des raisons de proximité et aussi de conditions d'accueil. L'enquête et une série d'entretiens qualitatifs ont en effet montré que jusqu'en 2001, aucune femme de la zone d'étude n'allait à Kédougou dans le but de se faire prescrire une méthode contraceptive. Une seule femme de la zone a consulté ailleurs qu'au dispensaire de Bandafassi : elle avait consulté pour la première fois au dispensaire de Bandafassi en 1995 et s'était fait prescrire la pilule ; en 1966, lors d'une visite à Dakar, elle s'était fait poser un stérilet et a ensuite été suivie au dispensaire de Bandafassi pour les visites de routine.

Nous reviendrons plus loin sur le facteur d'accueil, qui est justement l'un de ceux dont

¹⁰ Un seul passage dans chaque maison était effectué, l'individu à interroger était ainsi remplacé même s'il n'était absent que temporairement.

nous voulions étudier l'importance.

Le registre de consultation pour contraception du dispensaire de Bandafassi est tenu depuis 1993. Chaque femme qui y figure s'est vue prescrire au moins une fois une contraception¹¹. Les méthodes proposées sont l'injection de Depo-Provera[®], à renouveler tous les 3 mois, ou la pilule, donnée par plaquette pour un mois. Le registre a été recopié en 2000 pour les besoins de l'étude, la copie étant ensuite mise à jour chaque année jusqu'en 2003. Avec l'aide de l'infirmier du dispensaire, les informations du registre ont été rapprochées de celles de l'observatoire de population de façon à apparier les informations de l'un et de l'autre. Au 4 mars 2003, 212 femmes apparaissaient à un moment ou à un autre dans le registre de consultation de planning familial du dispensaire avec l'indication qu'elles résidaient dans un des villages suivis dans le cadre de l'observatoire de Bandafassi. Deux cents d'entre elles ont pu être repérées dans la base de données de l'observatoire. Les 11 femmes restantes, non retrouvées dans la base de données, ont probablement consulté au dispensaire de Bandafassi lors d'une visite à un parent mais n'étaient sans doute pas résidentes. Par ailleurs, l'une des 201 femmes figurant à la fois dans le registre et dans la base de données a dû être exclue de l'étude car elle résidait en fait à Kédougou et ne venait à Bandafassi que pour des visites à des parents résidant dans la zone d'étude, elle ne faisait donc pas partie de la population de droit.

3. La population connaissant au moins une méthode de contraception : près de la moitié des femmes et les trois quarts des hommes

Lors de l'enquête de 2000 sur les connaissances et les pratiques en matière de contraception, il est apparu qu'une fraction non négligeable de la population était ignorante quant aux possibilités de limiter le nombre d'enfants à naître. Seuls 34% des femmes et 40% des hommes interrogés ont répondu « oui » à la question « avez-vous déjà entendu parler de moyens pour éviter à une femme de tomber enceinte ? ». Quand les méthodes étaient énumérées, les proportions augmentaient cependant puisqu'ils étaient respectivement 49% et 77% à en avoir « entendu parler » (figure suivante).

¹¹Ne figurent dans ce registre que des femmes prenant la contraception pour limiter les naissances, et non pour des problèmes d'infécondité.

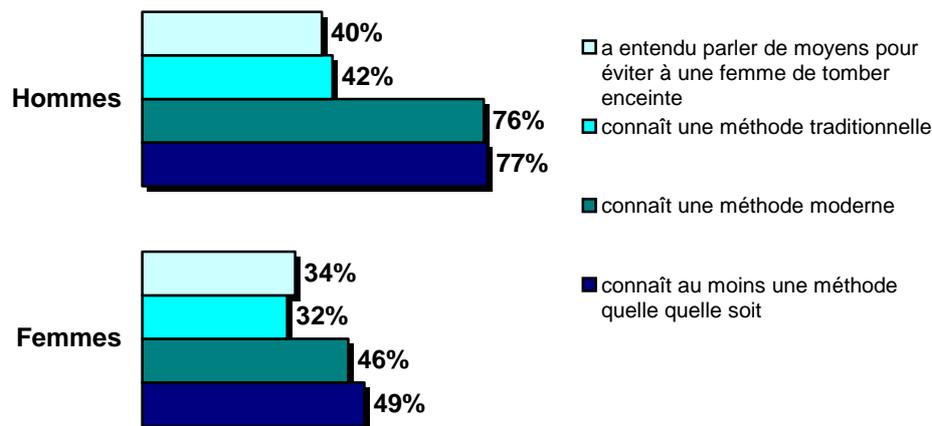


Figure 5. – Connaissance des moyens de contraception selon le sexe.
Bandafassi, Sénégal, 2000.

Source : Enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception, 2000.

Ce sont les personnes de 25-29 ans qui, dans les deux sexes, déclaraient connaître le plus la contraception (figure 6), l'écart entre les jeunes et les moins jeunes étant particulièrement marqué chez les femmes (70% de celles de 25-29 ans connaissent au moins une méthode contraceptive contre seulement 20% de celles âgées de 45 à 49 ans). Les jeunes femmes de 15-19 et 20-24 ans connaissaient peu la contraception. Cela tient à la fois à leur âge et à leur statut matrimonial, beaucoup des 15-19 ans et aussi une fraction des 20-24 ans étant encore célibataires, et les célibataires étant nettement moins informées que les femmes mariées - parmi les 15-19 ou les 20-24 ans, les femmes mariées étaient 63% à connaître la contraception, contre seulement 18% des célibataires. En revanche, les hommes célibataires sont 78% à connaître au moins une méthode contraceptive, contre 75% des hommes mariés (figure 7). En contrôlant la variable d'âge, les résultats obtenus chez les femmes confirment la corrélation entre le statut matrimonial et la connaissance de la contraception, tandis que chez les hommes aucun lien n'apparaît entre ces deux variables.

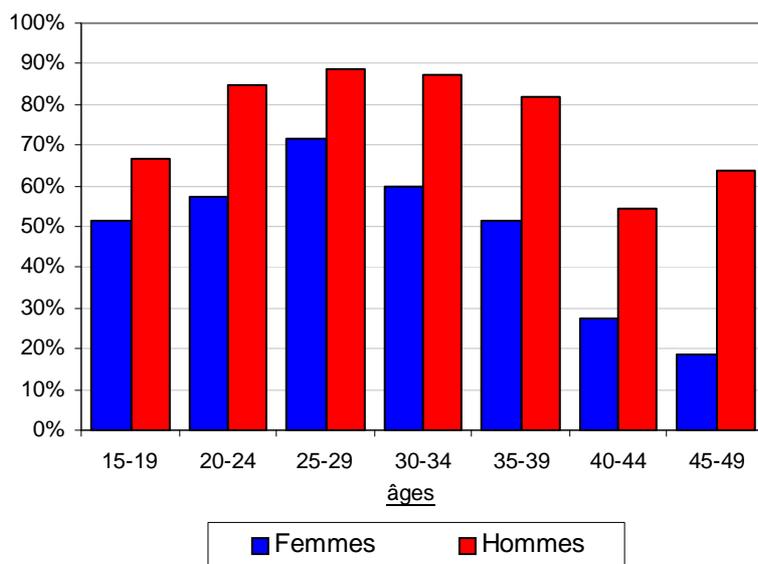


Figure 6. – Connaissance d’une méthode contraceptive, quelle qu’elle soit, selon le sexe et l’âge. Bandafassi, Sénégal, 2000.

Source : Enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception, 2000.

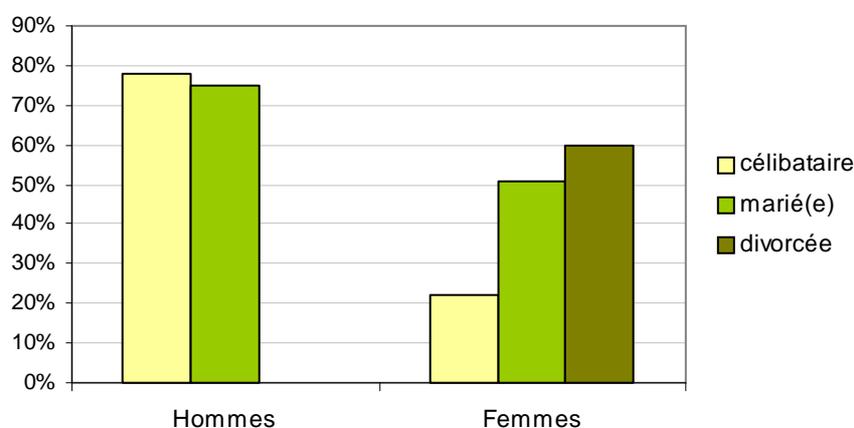


Figure 7. – Connaissance d’une méthode contraceptive, quelle qu’elle soit, selon le statut matrimonial et le sexe. Bandafassi, Sénégal.

Source : Enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception, 2000.

Note : l’échantillon ne comprenait aucun homme divorcé sans épouse. Le divorce est fréquent à Bandafassi mais il est souvent suivi de remariage ; la polygamie est par ailleurs très répandue. Les hommes veufs ou divorcés sont donc rarement sans aucune épouse. Parmi l’ensemble des hommes présents dans la zone d’étude et ayant entre 15 et 49 ans, en 2002, seulement 0,1% étaient veufs sans épouse, et 1,3 % divorcés sans épouse. Parmi les femmes du même âge, 0,7 % étaient veuves non remariées et 1,9% divorcées non remariées.

Le statut matrimonial apparaît ainsi déterminant de la connaissance de la contraception chez les femmes, tandis qu’aucun lien n’apparaît chez les hommes. Ce résultat montre bien que les femmes n’accèdent à l’information que lorsqu’elles sont mariées. Dans un

contexte où la sexualité pré-maritale est réprimée, les aînés ne s'autorisent pas à aborder le sujet du contrôle de la fécondité avec les femmes célibataires, ce qui conduirait tacitement à reconnaître leur droit à la sexualité. Dans la sous-population Bedik, où la sexualité pré-maritale est acceptée, voire conseillée, le problème se pose autrement : cette liberté sexuelle est l'occasion de permettre à la femme de prouver sa fécondité avant de se marier, la contraception n'y a donc aucune place. Par ailleurs, les programmes de planification familiale axent leur action sur la femme en union – même si dans les textes les jeunes sont mentionnés comme groupe cible. Les hommes, quant à eux, ont accès à l'information, qu'ils soient en union ou non. La scolarisation en ville, les migrations saisonnières, ou encore les discussions avec leurs aînés, sont autant de canaux d'information auxquels les jeunes femmes n'ont pas accès. D'autre part, les interdits sexuels imposés aux jeunes filles peul ou malinké ne concernent pas leurs égaux masculins, qui se tournent pour cela plus facilement vers les femmes mariées ou les jeunes filles plus libres (en 1998, 34% des hommes célibataires déclaraient au moins une partenaire régulière qui était, dans 62% des cas, une femme mariée¹² ; et 33% au moins une partenaire occasionnelle, sans précision du statut matrimonial de celle-ci).

Les femmes proches du dispensaire – habitant dans un village situé en plaine à moins de 8 km du village de Bandafassi – connaissent un peu mieux la contraception (quelle qu'elle soit) que celles qui en sont éloignées (58% contre 46%), tandis que chez les hommes, la distance ne fait pas de différence (78% contre 76%). Par ailleurs, les femmes malinké et peul sont mieux informées que les femmes bedik (55% et 52% contre 34%), alors que c'est l'inverse pour les hommes, les Bedik connaissant mieux la contraception que les Malinké et les Peul (89% contre 67% et 75%). Cela vient sans doute de leur plus grande mobilité, les hommes bedik bougeant plus que les autres, en particulier les célibataires : parmi les jeunes hommes de 15-24 ans, en 1998, 42% des Bedik s'étaient absents au moins un mois au cours de l'année précédente contre respectivement 22% et 30% des Peul et des Malinké (enquête de 1998 sur les comportements sexuels). Enfin, nous n'avons pas trouvé de différences entre les femmes qui avaient accouché de nombreuses fois ou avaient beaucoup d'enfants et celles qui en avaient peu : à statut matrimonial égal, les femmes peu fécondes ne connaissaient pas plus la contraception que les femmes très fécondes.

¹² Source : enquête « MST/sida/comportements sexuels »

4. L'utilisation de la contraception moderne par les femmes : très concentrée autour du dispensaire de Bandafassi

Seules 19 femmes parmi les 280 interrogées dans l'enquête de 2000 ont déclaré avoir déjà eu recours à une méthode de contraception moderne, soit moins de 5% en tenant compte de la surpondération des villages proches du village de Bandafassi. La distance au dispensaire, et de façon plus générale, les conditions d'accueil, jouent beaucoup. Que la distance ait une influence est prévisible, notamment dans le cas des femmes qui décident de recourir à la contraception sans que leur conjoint soit au courant. S'absenter un moment pour aller consulter au dispensaire est alors d'autant plus facile pour elles qu'elles habitent près de celui-ci. En revanche, si elles habitent loin, il leur faut trouver un prétexte justifiant leur absence prolongée, par exemple une visite de plusieurs jours à des parents.

Parmi les 19 femmes ayant déclaré avoir déjà utilisé la contraception moderne, 15 résidaient dans un village proche du dispensaire, soit 65% en tenant compte de la surpondération des villages proches. Nous avons pu par ailleurs localiser les utilisatrices de la contraception inscrites dans le registre de consultation pour planification familiale du dispensaire de Bandafassi. Plus de la moitié des 200 femmes présentes à un moment ou un autre dans le registre résident dans le village de Bandafassi ou dans celui d'Ibel, alors que leurs populations mises ensemble ne représentent que 13% de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans de la population étudiée. Que le village de Bandafassi (5% du total des femmes de la population) fournisse un gros contingent de femmes présentes dans le registre et utilisatrices (28% du total) n'est pas étonnant étant donné que le dispensaire y est implanté. Dans le cas du village d'Ibel, un gros village situé à huit kilomètres du village de Bandafassi et où résident 8% du total de la population féminine d'âge fertile et 29% du total des utilisatrices, jouent à la fois la relative proximité du dispensaire de Bandafassi et la présence dans le village de l'agent de santé communautaire particulièrement actif dont nous avons déjà parlé plus haut. Il assiste en particulier la plupart des femmes du village dans leurs accouchements, les conseille sur les questions de santé et de planification familiale et fait le lien avec le dispensaire de Bandafassi.

Nous avons pu estimer la proportion de femmes ayant déjà eu recours au moins une fois à une méthode de contraception à partir des données du registre de planification du dispensaire et de l'observatoire (tableau 9)¹³. Deux cent femmes différentes de la zone d'étude figurent dans le registre, alors que la population comptait 2189 femmes de 15-49 ans au 1^{er} janvier 2002. C'est donc près de 9% des femmes qui ont à un moment ou à un autre pratiqué la contraception. C'est près de deux fois plus que ce que nous avons estimé d'après les déclarations des femmes interrogées dans l'enquête de 2000. Nous reviendrons plus en détail sur les raisons de cette différence, qui révèle une sous déclaration des pratiques. Le tableau 9 illustre les variations de la proportion de femmes ayant déjà eu recours au moins une fois à une méthode de contraception selon le village, en distinguant les villages proches (notamment le village de Bandafassi et celui d'Ibel) et l'ensemble des autres villages. Les femmes des villages de Bandafassi et d'Ibel ont beaucoup plus utilisé la contraception que celles des autres villages. Nous reviendrons là-aussi plus en détail sur le cas de ces deux villages. A noter qu'il n'y a pas de différences selon le groupe ethnique lorsqu'on compare des femmes appartenant au même village.

Tableau 9. – Répartition de l'ensemble de la population féminine d'âge fertile et de la sous population ayant eu recours au moins une fois à la contraception¹⁴, selon le village de résidence. Bandafassi, Sénégal, 1993-2003.

	Part dans la population féminine totale (15-49 ans)		Part dans le registre	
	%	n	%	n
Villages proches du dispensaire				
Bandafassi	5%	101	28%	56
Ibel	8%	179	29%	58
Patassi	1%	24	0%	0
Bunducundi	2%	42	5%	10
Etchwar	1%	17	3%	5
Sous-ensemble des villages proches	17%	363	65%	129
Autres villages	83%	1826	35%	71
Ensemble	100%	2189	100%	200

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi et registre de planification du dispensaire.

¹³ Ces proportions sont sous-estimées : les femmes utilisant par exemple des préservatifs et n'ayant pas consulté au dispensaire ne sont pas comptabilisées ici.

¹⁴ Femmes figurant dans le registre du planification du dispensaire de Bandafassi

5. La contraception est utilisée par les femmes surtout dans le but d'espacer leurs naissances

Sept des 19 femmes ayant déclaré à l'enquête avoir déjà eu recours à la contraception n'avaient utilisé qu'une seule méthode de contraception, dix en avaient utilisé 2 et deux en avaient utilisé 3. Les méthodes utilisées les plus citées étaient par ordre d'importance l'injection, la pilule et le préservatif (tableau 10). Ces femmes avaient 31,3 ans en moyenne, soit à peine moins que la moyenne des femmes interrogées (32,7 ans). Elles avaient eu 4 grossesses en moyenne contre 3 pour l'ensemble. Enfin, 2 des 19 femmes étaient encore célibataires.

Seules 10 femmes interrogées ont déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête. Parmi elles, 8 utilisaient les injections¹⁵.

Tableau 10. – Distribution des différentes méthodes prescrites, selon le nombre de prescriptions. Bandafassi, Sénégal.

	1 prescription	2 prescriptions		3 prescriptions		
		1ère prescription	2ème prescription	1ère prescription	2ème prescription	3ème prescription
Injection	3	1	7	-	2	-
Pilule	1	7	-	2	-	-
Préservatif	3	2	3	-	-	2
Ensemble	7	10	10	2	2	2

Source : Enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception, 2000.

Si moins de 7% des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode de contraception, une femme sur cinq parmi les autres ont déclaré avoir l'intention d'y recourir plus tard ; plus de la moitié d'entre elles pensaient utiliser les injections, 2% le préservatif, un quart ne sachant pas encore quelle méthode choisir. Parmi les femmes déclarant vouloir utiliser une méthode contraceptive et n'en utilisant pas actuellement, 71% résidaient dans des villages éloignés du dispensaire. Elles étaient d'ailleurs moins de 70% à savoir où s'adresser pour avoir accès à une méthode contraceptive tandis que 95% des femmes résidant près du

¹⁵ 6 parmi les 8 ont déclaré avoir choisi cette méthode afin d'éviter le risque d'oubli avec la pilule.

dispensaire le savaient. Les femmes qui ont déclaré vouloir utiliser une méthode de contraception étaient plus jeunes que la moyenne des femmes interrogées (28,8 ans contre 32,7), et deux d'entre elles seulement étaient célibataires.

Moins de 34% des femmes ayant utilisé, utilisant ou souhaitant utiliser une méthode de contraception avaient pour objectif de ne plus jamais avoir d'enfants. Les deux tiers restant le faisaient pour espacer leurs naissances.

Nous avons estimé les variations selon l'âge de la proportion de femmes ayant déjà eu recours au moins une fois à une méthode de contraception au 1^{er} janvier 2002 en prenant en compte l'ensemble des femmes de la population. Les femmes jeunes sont peu nombreuses à avoir déjà utilisé la contraception et ce n'est qu'à partir de 30 ans que la proportion de femmes l'ayant déjà utilisée dépasse 10%, un résultat qui confirme que peu de femmes utilisent la contraception dans le but de retarder la première naissance (cf. le faible pourcentage des utilisatrices de moins de 20 ans). La majorité des utilisatrices ont déjà entamé leur vie féconde.

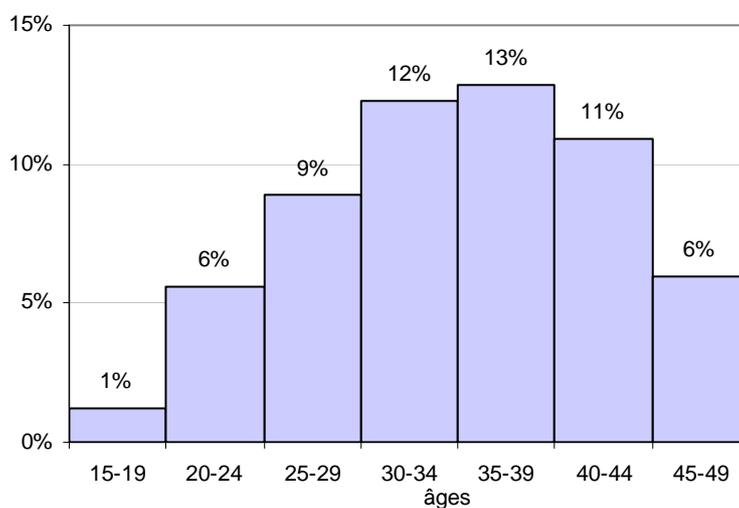


Figure 8. – Estimation de la proportion de femmes ayant déjà eu recours à la contraception, selon le groupe d'âge au 1^{er} janvier 2002. Bandafassi, Sénégal.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi et registre de planification du dispensaire.

Les 10 femmes interrogées ayant déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête résidaient toutes dans un village proche du dispensaire. Les femmes

cohabitant avec un grand nombre d'autres femmes dans le même carré n'utilisent la contraception ni plus ni moins que les autres (qu'il s'agisse de l'utilisation passée, actuelle ou future). En revanche, une personne disant connaître elle-même un(e) utilisateur(trice) de méthode contraceptive est beaucoup plus susceptible d'avoir eu recours ou de vouloir recourir à la contraception un jour - sa probabilité d'avoir utilisé une méthode est 7 fois plus élevée que pour les autres personnes chez les femmes et 10 fois plus élevée chez les hommes. De même, sa probabilité de vouloir en utiliser une un jour est 6 fois supérieure chez les femmes et 5 fois chez les hommes. Que l'utilisateur(trice) soit un(e) ami(e), une co-épouse pour les femmes ou un membre de la famille n'a pas d'influence.

6. La contraception côté hommes : près d'un sur trois a déjà utilisé une méthode moderne

Si l'utilisation de la contraception est rare chez les femmes, elle l'est beaucoup moins chez les hommes puisque 30% d'entre eux ont déclaré l'avoir déjà pratiquée. Ils avaient utilisé le préservatif dans 95% des cas et la pilule dans les cas restants. Parmi les individus ayant déjà eu recours à la contraception, la moitié disaient utiliser une contraception au moment de l'enquête, la répartition entre préservatif et pilule restant la même. Ces utilisateurs étaient célibataires à 86%. Les préservatifs étaient utilisés dans le but déclaré d'éviter une grossesse (60%) ou de se protéger contre les maladies (30%)¹⁶. Pour la plupart, ils avaient été obtenus au dispensaire de Bandafassi.

Parmi les hommes interrogés n'ayant jamais eu recours à la contraception, 31% ont déclaré vouloir l'utiliser plus tard. 57% de ces hommes étaient mariés au moment de l'enquête. Si le préservatif était la méthode de choix des célibataires, ceux-ci l'utilisant pour éviter une grossesse, la pilule ou les injections avaient la faveur des hommes mariés envisageant de recourir un jour à la contraception (pour 65% d'entre eux), le but étant pour eux d'espacer les naissances. Au total, les hommes célibataires étaient donc plus tournés vers la contraception masculine (le préservatif), et les hommes mariés, vers les méthodes féminines.

Contrairement aux femmes, les hommes utilisant la contraception au moment de l'enquête n'habitaient pas plus souvent un village proche du dispensaire que ceux ne

¹⁶ Les 10% restant ont déclaré utiliser le préservatif parce qu'il constitue la méthode « la plus sûre », sans plus de précision et sans préciser par rapport à quoi cette méthode est « plus sûre ».

l'utilisant pas – 63% des hommes déclarant avoir déjà eu recours à une méthode de contraception résidaient dans des villages éloignés du dispensaire de Bandafassi. Les hommes s'approvisionnent en général en préservatifs à Bandafassi mais ils ne sont pas obligés pour cela de s'y rendre régulièrement. Les femmes, elles, doivent consulter régulièrement l'infirmier responsable du dispensaire pour obtenir la pilule ou des injections. De toute façon, les hommes se déplacent plus facilement que les femmes, en particulier quand ils sont célibataires.

75% des femmes et 71% des hommes interrogés ont déclaré ne pas avoir accès aux informations concernant la planification dans leur village. Par ailleurs, 28% des femmes et 58% des hommes déclarent souhaiter plus d'informations sur la limitation des naissances.

Bien que les femmes se disent moins bien informées que les hommes en matière de contraception, elles semblent attendre moins d'informations complémentaires. Quel que soit le sexe, l'attente en matière d'information est plus importante pour les personnes résidant près du dispensaire, alors que ce sont déjà les mieux informées. La totalité des femmes qui ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur et qui résident près du dispensaire souhaiteraient plus d'information, tandis que ce n'est le cas que de 80% des futures utilisatrices éloignées du dispensaire.

7. Une source de biais dans les enquêtes : la sous-déclaration de la pratique contraceptive par les femmes

Les déclarations des femmes interrogées lors de l'enquête de 2000 ont pu être en partie vérifiées grâce aux informations relevées dans le registre de planification du dispensaire de Bandafassi. Sur les 19 femmes ayant déclaré dans l'enquête avoir déjà eu recours à la contraception, 14 ont ainsi pu être retrouvées dans le registre : c'étaient toutes des femmes disant avoir déjà utilisé la pilule ou les injections. Pour les 5 autres femmes, elles avaient déclaré avoir utilisé des préservatifs ; de façon logique, elles n'apparaissent donc pas dans le registre qui ne concerne que les consultations pour les méthodes féminines. Les déclarations concordent donc totalement à ce stade.

En revanche, 18 femmes ont déclaré lors de l'enquête n'avoir jamais utilisé de méthode contraceptive mais apparaissent pourtant dans le registre comme utilisatrices de pilules ou d'injections avant février 2000. En supposant le même rapport que plus haut entre utilisatrices de pilules ou d'injections et utilisatrices de préservatifs (14 à 5), on peut estimer que les femmes ayant eu recours aux préservatifs sans le déclarer seraient au nombre de 6. Au total, autour de 24 femmes auraient déclaré à tort ne jamais avoir déjà utilisé la contraception alors qu'elles l'avaient fait. Si on les ajoute aux 19 femmes ayant déclaré avoir été ou être utilisatrices, on arrive à un total de 43 femmes ayant déjà eu recours à la contraception, soit 15% de l'ensemble des femmes interrogées, au lieu de 7% (en tenant compte de la sur pondération des villages proches du dispensaire : 12% de l'ensemble des femmes de la zone, au lieu de 5%). À noter que les femmes ne s'étant pas déclarées utilisatrices alors qu'elles avaient déjà eu recours à la contraception ne se distinguent pas des autres pour ce qui est de leur âge, du nombre de leurs enfants, de leur statut matrimonial, ou encore de l'enquêteur qui les a interrogées.

La limitation des naissances n'est pas un sujet de débat public et les femmes ne se rendent en visite au dispensaire que de manière discrète. Les discussions qui ont suivi les entretiens ont fait apparaître deux soucis chez les femmes interrogées : d'une part éviter que le conjoint ne l'apprenne, d'autre part ne pas donner l'impression de faire de la propagande en faveur de la contraception et prendre ainsi la responsabilité d'une baisse des naissances. Les femmes interrogées n'étaient sans doute pas toutes convaincues de la confidentialité des entretiens, ce qui expliquerait leur tendance à sous déclarer leurs pratiques.

La sous-déclaration sensible des pratiques chez les femmes mise en évidence ici n'est sans doute pas propre à notre étude. Elle existe probablement dans bien d'autres enquêtes, mais on est en général dans l'incapacité de la repérer car on ne dispose que rarement de sources d'information indépendantes auxquelles confronter les déclarations comme ici. Il est donc possible que les taux d'utilisation de la contraception soient sous-estimés dans beaucoup d'enquêtes.

V. Les débuts de la contraception à Bandafassi : un essor rapide, suivi d'une chute

La première femme à qui l'infirmier du dispensaire de Bandafassi dit avoir prescrit une méthode de contraception avait eu de nombreuses grossesses et des problèmes pour accoucher ; estimant qu'une nouvelle grossesse l'aurait mise en danger, il l'avait convaincue de se mettre sous contraception – c'était une ou deux années avant le début de la tenue du registre de planification en 1993. La femme avait donc commencé à prendre une contraception, mais ses co-épouses ne l'ont pas accepté. Elle a donc abandonné, a eu une nouvelle grossesse et est décédée pendant l'accouchement. Cette première expérience dramatique a contribué à faire connaître la contraception et à lever les réticences vis à vis d'elle.

1. L'évolution de la fréquentation du dispensaire pour des consultations de planification familiale

Le nombre de nouvelles inscriptions dans le registre a augmenté régulièrement de 1993 à 2000 en s'accéléralant, passant d'une vingtaine de nouvelles inscrites par an les premières années à une trentaine à la fin des années 1990 (figure 9). Mais la croissance s'est ralentie brutalement ensuite avec 18 nouvelles inscrites seulement en 2001 et 7 en 2002. Il est possible que le registre ait été moins bien tenu à partir de 2001 ou que le succès du programme ait été tel que le nombre de candidates potentielles n'ayant encore jamais consulté se soit réduit au point de tarir le recrutement. Mais il existe une troisième explication : l'infirmier du dispensaire de Bandafassi a changé en 2001 ; l'ancien titulaire, en poste depuis plusieurs années, et qui avait initié le programme en 1992-1993, avait su établir des relations de confiance avec la population, notamment avec les femmes ; il est possible qu'après son départ ces relations de confiance ne se soient pas maintenues avec le nouveau titulaire, provoquant un effondrement du recrutement.

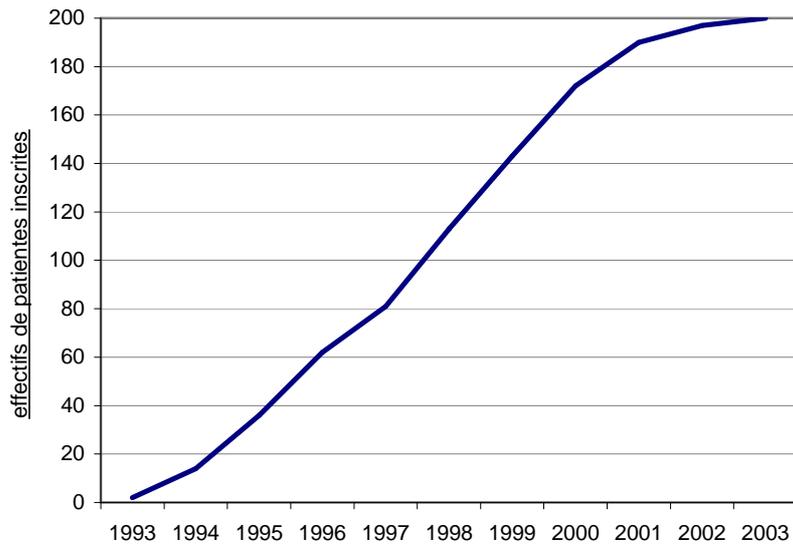


Figure 9. – Nombre cumulé de nouvelles consultantes inscrites dans le registre de planification. Bandafassi, Sénégal.

Source : Registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi.

La première hypothèse est invérifiable, mais peu probable ; examinons la seconde. Calculons à partir du registre du dispensaire de Bandafassi le nombre d'utilisatrices une année donnée en additionnant les nouvelles inscrites de l'année et les anciennes, déjà inscrites, qui ont consulté pour une contraception cette année-là. Après avoir augmenté régulièrement jusqu'à 85 utilisatrices en 2000, ce nombre diminue en 2001 (72) puis chute en 2002 (30) (figure 10). Ce n'est donc pas seulement les nouveaux recrutements qui ont baissé fortement en 2001 et 2002, mais aussi la fréquentation du dispensaire par les femmes qui étaient déjà inscrites dans le registre les années précédentes et pratiquaient la contraception depuis plusieurs années. Ont-elles arrêté la contraception ou ont-elles simplement changé de dispensaire pour se faire suivre ? Si elles ont arrêté, est-ce dans des proportions normales ou pas ? Il est habituel en effet qu'une fois inscrites une première fois, les femmes ne pratiquent pas chaque année ensuite la contraception, certaines arrêtant pour avoir un nouvel enfant, puis revenant une fois l'enfant né, puis s'interrompant à nouveau etc.. Pour faire la part dans la baisse des années 2001 et 2002 des interruptions « normales » et des abandons, il nous faut étudier dans un premier temps les interruptions et les reprises survenues pendant la première période de croissance, jusqu'en 2000. Nous examinerons ensuite dans quelle mesure la baisse de fréquentation du dispensaire survenue ensuite est attribuable au jeu normal des interruptions et des reprises ou à un mouvement massif d'abandon. Nous utiliserons pour cela

les informations de l'observatoire de population qui nous renseignent sur ce qui est arrivé après 2000 aux femmes qui fréquentaient le dispensaire, et cela jusqu'en mars 2003.

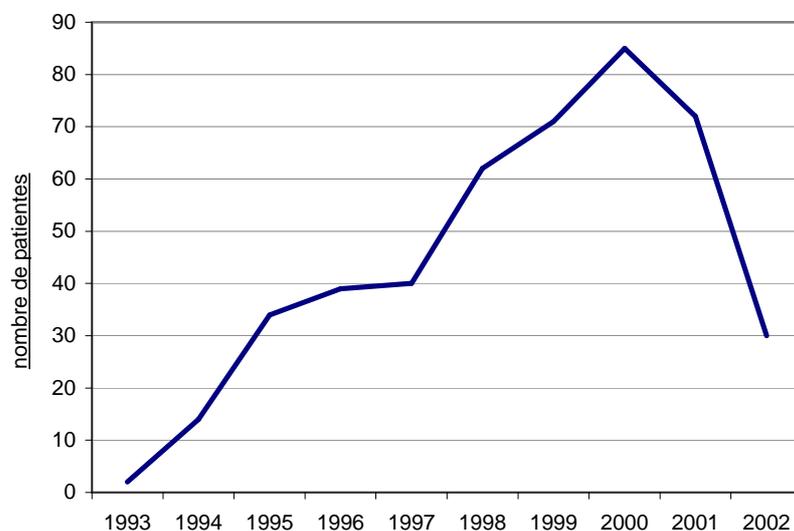


Figure 10. – Nombre de patientes différentes consultant chaque année¹⁷.
Bandafassi, Sénégal.

Source : Registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi.

2. *Les abandons et les reprises de la contraception à Bandafassi*

La figure 11 présente l'évolution du nombre d'utilisatrices de la contraception figurant chaque année dans le registre de planification du dispensaire de Bandafassi selon leur année de première inscription dans le registre¹⁸. Pour chaque cohorte annuelle de nouvelles inscrites, l'effectif d'utilisatrices est maximal la première année, celle de l'inscription, et diminue ensuite l'année ou les deux années suivantes pour se stabiliser après aux alentours du tiers de la cohorte (figure 12). La contraception étant utilisée comme méthode d'espacement des naissances et non dans un but d'arrêt total de fécondité, à un moment donné, seules le tiers à la moitié des utilisatrices sont effectivement sous contraception, les autres étant enceintes ou souhaitant l'être, ou venant d'accoucher et n'ayant pas encore repris la contraception.

¹⁷ Le dernier relevé datant de mars 2003, la représentation graphique prend fin en 2002.

¹⁸ Bien que la date de première consultation soit connue au jour près, les premières consultations ont été réparties uniformément sur l'année afin de faciliter la lecture ; à noter qu'il n'y a pas de variations saisonnières des premières consultations.

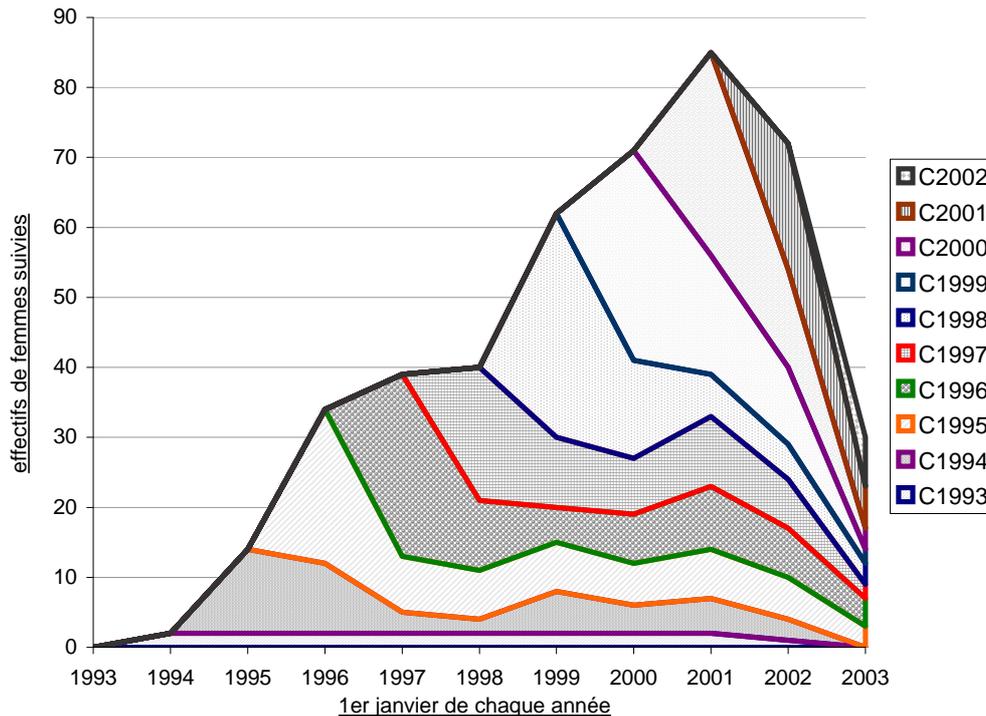


Figure 11. – Répartition des femmes suivies, selon leur première année de consultation et leur présence sur le registre au 1^{er} janvier de chaque année ultérieure. Bandafassi, Sénégal.

Source : Registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi.

Lecture : ce graphique reprend le précédent, en distinguant en plus les cohortes par année de 1^{ère} consultation.

En longitudinal : prenons par exemple la cohorte de femmes inscrites en 1995 (C1995). Elles sont 22 à s'être inscrite au cours de cette année-là. Au cours de l'année suivante (1996), elles ne sont plus que 8 à poursuivre les consultations (14 d'entre elles ayant abandonné). Au cours de l'année 1997, une des 8 femmes faisant toujours partie des consultantes de la cohorte 1995 abandonnera également, ce qui donnera un effectif de 7 consultantes. En 1998 elles ne seront toujours que 7 et en 1999 elles seront 6. Durant l'année 2000 une des femmes de cette cohorte consultera à nouveau, ce qui porte l'effectif des femmes à 7, etc.

En transversal : au 1^{er} janvier 1995, le nombre total de femmes inscrites sur le registre de planification familial s'élève à 14 (2 femmes de la cohorte 1993, 12 de celle de 1994). Les abandons et nouvelles inscriptions évoluant au cours de l'année, le nombre total de femmes inscrites au 1^{er} janvier 1996 s'élève à 34 (les mêmes 2 femmes de la cohorte 1993, 10 de celle de 1994 (2 ayant abandonné) et 22 nouvellement inscrites), etc.

En 2001, les effectifs d'utilisatrices diminuent dans toutes les cohortes et le mouvement s'accroît en 2002 au point que seules 5 à 10% des femmes inscrites depuis 1993 ont consulté cette année-là au dispensaire de Bandafassi pour une contraception.

Examinons maintenant ce qui est arrivé après 2000 aux femmes qui fréquentaient le dispensaire pour savoir si elles ont interrompu la contraception ou l'ont continuée tout en se faisant suivre ailleurs qu'au dispensaire de Bandafassi. Les informations de l'observatoire de population indiquent que parmi les 43 femmes présentes sur le registre en 2000 mais absentes en 2001 (année de départ de l'ancien infirmier), 39 sont présentes dans la zone en mars 2003. Parmi elles, 19 ont accouché entre 2000 et 2003 et 3 étaient enceintes en mars 2003 sans avoir

encore accouché. Au total 21 sur 39 (56%) ont eu une grossesse dans les trois ans suivant leur disparition du registre de planning familial.

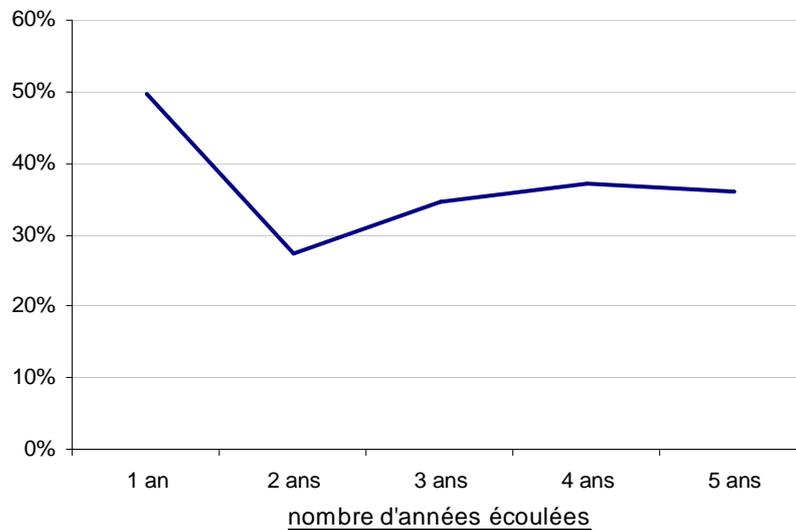


Figure 12. – Proportion d'utilisatrices selon le nombre d'années écoulées depuis la première consultation, cohortes 1993-2000. Bandafassi, Sénégal.

Source : Registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi.

De même, parmi les 53 femmes qui sont absentes du registre en 2002 alors qu'elles étaient présentes en 2001, 44 sont présentes dans la zone en mars 2004. Parmi elles, 17 ont accouché entre 2001 et 2004 et 3 sont enceintes en 2004, elles sont donc au total 20 sur 44 (45%) à avoir eu une grossesse dans les trois ans. Le tableau 11 fait le bilan des accouchements et des grossesses survenues chez les femmes selon l'année à partir de laquelle elles ne figurent plus dans le registre. Vu la proportion élevée de grossesses dans les trois ans qui suivent leur disparition du registre, il est clair que la majorité de ces femmes ne sont pas allées consulter ailleurs après avoir cessé de consulter au dispensaire de Bandafassi, mais ont tout simplement arrêté la contraception.

Tableau 11. – Suivi des femmes ne figurant plus sur le registre de planning familial selon la dernière année de présence dans le registre.
Bandafassi, Sénégal.

Année de dernière présence sur le registre	Nombre de femmes	3 années plus tard	Nombre de femmes résidant toujours dans la zone	Accouchement dans les 3 ans	Enceinte 3 ans plus tard (si pas eu d'accouchement)	% de grossesses dans les 3 ans
1996	21	1999	19	14	0	74%
1997	18	2000	18	9	2	61%
1998	30	2001	27	18	2	74%
1999	26	2002	23	13	1	61%
2000	43	2003	39	19	3	56%
2001	53	2004	44	17	3	45%
Ensemble	191	Ensemble	170	90	11	59%

Note : N'ont été prises en compte que les femmes ayant consulté pour la première fois pour la planification familiale avant 2002.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi et registre de planification familiale du dispensaire.

3. Les variations d'un village à l'autre. Le cas particulier des villages de Bandafassi et d'Ibel

La figure 13 présente une estimation de la proportion de femmes ayant déjà eu recours au moins une fois à une méthode de contraception, par groupe d'âges. Elle reprend la figure 9 en distinguant parmi les femmes celles résidant dans le village de Bandafassi, où se situe le dispensaire, celles résidant à Ibel, le village situé à 8 km du village de Bandafassi et bénéficiant de la présence d'un agent de santé communautaire particulièrement actif, et celles résidant dans les 40 autres villages. Plus de la moitié des femmes présentes dans le registre du planning familial résident dans l'un ou l'autre des deux premiers villages tandis que leurs populations mises ensemble ne représentent que 13% de l'ensemble de la population étudiée comme déjà vu plus haut (tableau 9).

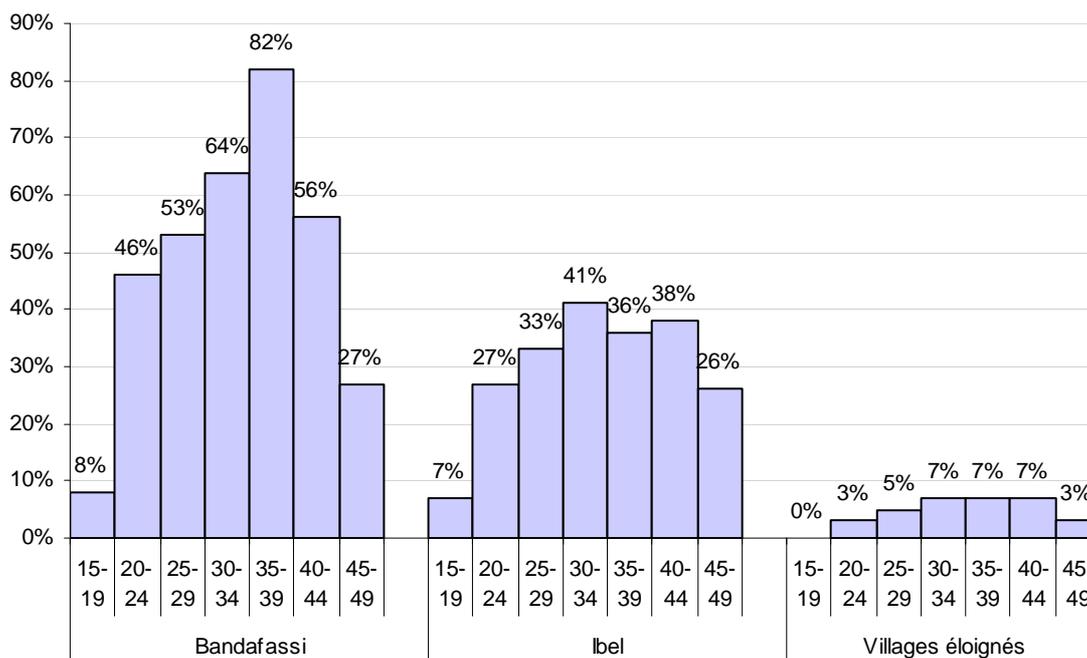


Figure 13. – Estimation de la proportion de femmes ayant eu recours à la contraception, selon le groupe d'âge et le village de résidence au 1^{er} janvier 2002. Bandafassi, Sénégal.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi et registre de planification familiale du dispensaire

Si les femmes résidant dans les villages de Bandafassi et d'Ibel ont un accès au dispensaire plus aisé que les femmes des autres villages, celles du village d'Ibel ont dans l'ensemble moins souvent utilisé la contraception que celles du village de Bandafassi. Se rendre au dispensaire leur est moins aisé que pour les habitantes du village de Bandafassi.

La contraception a entraîné une baisse sensible de la fécondité dans les villages où elle s'est plus particulièrement diffusée (Bandafassi et Ibel) (figure 14). L'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) étaient de 6,8 dans le village de Bandafassi, 6,6 dans celui d'Ibel et 6,6 dans les 40 autres villages durant les 6 années ayant précédé ses débuts dans la zone d'étude, de 1988 à 1993. Les 6 années suivantes, de 1994 à 2000, qui ont vu la montée en puissance de la contraception, il n'était plus que de 4,5, 5,7 et 7,0. Les 3 années suivantes, pendant lesquelles les activités de planification familiale du dispensaire de Bandafassi ont fortement baissé, il était de 5,2, 6,1 et 7,1. La contraception a donc eu localement des effets très rapides sur l'indice synthétique de fécondité, le réduisant de plus de 30% en l'espace d'une à deux années dans le village de Bandafassi et de près de 15% dans celui d'Ibel ; mais son effet s'est annulé tout aussi rapidement après la chute d'activité du dispensaire de Bandafassi.

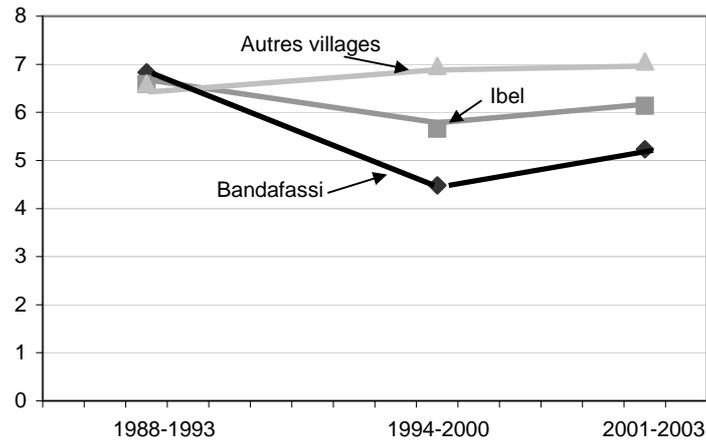


Figure 14. – Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) selon le village (Bandafassi, Ibel et l'ensemble des autres villages) et la période.
Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi

Entre 1993 et 2000, le nombre de consultantes résidant dans les villages d'Ibel et de Bandafassi augmente régulièrement (figure 15). En 2000, il est identique dans les deux villages. En 2001, le nombre de patientes résidant dans le village d'Ibel continue d'augmenter, mais celui des femmes du village de Bandafassi diminue fortement. Cette baisse tient au nombre peu important de premières consultations cette année-là, mais également, et surtout, à l'abandon de la contraception, très marquée chez les femmes de ce village. Cette désaffection massive s'explique par le changement d'infirmier : comme mentionné plus haut, les relations de confiance établies progressivement entre les femmes et le précédent titulaire (surtout sur la question sensible de la planification des naissances) n'ont pu être transposées à l'identique. La durée de présence des infirmiers est importante pour que les femmes aient confiance. Les femmes d'Ibel, qui sont plus souvent en contact avec l'agent de santé du village qu'avec l'infirmier du dispensaire de Bandafassi, ont moins souffert du changement d'infirmier.

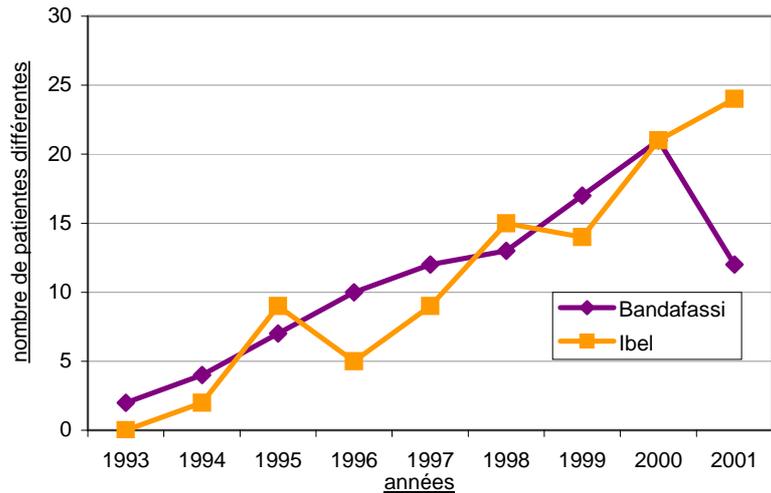


Figure 15. – Nombre de patientes originaires des villages de Bandafassi et d’Ibel consultant chaque année au dispensaire.

Source : Registre de planification familiale du dispensaire de Bandafassi

4. Les souhaits en matière de fécondité future et leur réalisation : des écarts importants chez les femmes

L’enquête de 2000 a demandé aux femmes interrogées si elles souhaitaient ou non avoir d’autres enfants à l’avenir (ou des enfants si elles n’en avaient pas encore eus). Si elles voulaient en avoir, il leur a été demandé dans quel délai elles souhaitaient qu’arrive la prochaine grossesse. Leurs souhaits ont pu être confrontés à la réalité. Toutes les grossesses et tous les accouchements survenus dans la population de la zone d’étude ont en effet été enregistrés par l’observation suivie pendant les trois années suivantes, jusqu’en mars 2003.

Trois années après l’enquête, 268 des 280 femmes interrogées en 2000 étaient encore présentes, les 12 autres étant soit décédées (5), soit émigrées (7). La confrontation de leurs souhaits concernant une grossesse ultérieure avec les grossesses survenues effectivement dans les trois ans montre que 54% d’entre elles n’ont pas obtenu ce qu’elles souhaitaient (figure 16). Examinons séparément les femmes enceintes au moment de l’enquête et celles qui ne l’étaient pas. Parmi les 31 femmes enceintes au moment de l’enquête, 30 ont déclaré avoir souhaité cette grossesse, dont 5 auraient préféré qu’elle arrive plus tôt ou plus tard. Au total, moins de 20% des femmes enceintes lors de l’enquête ne se déclaraient pas totalement satisfaites de la situation. Parmi les 237 femmes non enceintes lors de l’enquête, la situation observée après 3 ans montre qu’au moins 59% n’ont pas obtenu ce qu’elles souhaitaient.

Parmi les 69 femmes souhaitant retarder leur prochaine grossesse à plus de 2 ans, quatre sur cinq (82%) n'ont pas obtenu ce qu'elles désiraient, la grossesse étant survenue avant la date souhaitée pour la plupart (87%), ou après pour les autres (13%). Pour ce qui est des femmes qui avaient dit au moment de l'enquête ne plus souhaiter d'autres grossesses, 40% d'entre elles en ont eu une dans les trois années qui ont suivi. Avec un recul plus important, la proportion serait sans doute encore plus élevée, certaines des 60% n'ayant pas eu de grossesse pouvant en avoir une ultérieurement. À noter que les femmes qui ont déclaré ne plus souhaiter avoir d'enfants étaient plus âgées que celles en voulant encore (37 ans contre 30 ans), et elles avaient déjà eu également plus de grossesses (plus de 6 grossesses contre moins de 4).

Parmi les 50 femmes souhaitant une grossesse « tout de suite », seules ont été considérées comme satisfaites les femmes ayant eu cette grossesse dans l'année, c'est-à-dire ayant accouché dans les 21 mois¹⁹ suivant l'enquête. Elles ne sont que 13 dans ce cas (soit 74% d'insatisfaction)²⁰. Parmi les 37 femmes n'ayant pas eu de grossesse dans l'année, 4 ont accouché courant 2002 (leur grossesse a débuté plus d'1 an après l'enquête) et 1 était enceinte lors du relevé démographique de février 2003. Au total, parmi les 50 femmes déclarant souhaiter une grossesse tout de suite, 64% n'étaient toujours pas enceintes plus de 3 ans après l'enquête.

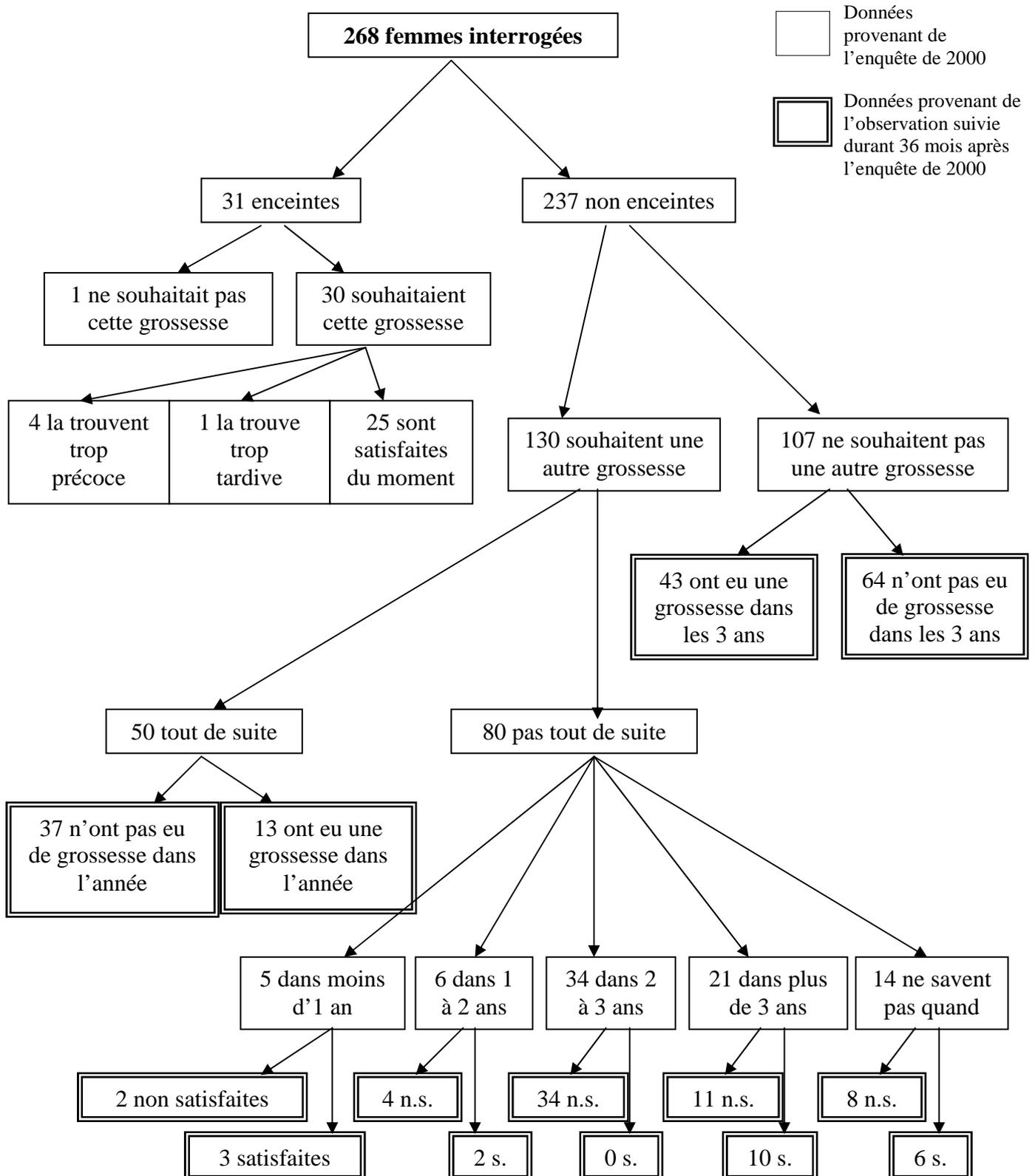
Si l'on ne considère que les 19 femmes qui déclarent avoir déjà eu recours à la contraception, 6 seulement (32%) n'ont pas eu ce qu'elles souhaitaient en matière de grossesses ultérieures. La même proportion (3/10) des femmes déclarant utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête n'est pas satisfaite²¹. Parmi les 61 femmes qui déclarent avoir l'intention d'utiliser une contraception et qui sont encore présentes dans la zone d'étude de Bandafassi 3 ans après l'enquête, 39 n'ont pas eu ce qu'elles souhaitaient, soit 64%.

¹⁹ Pour le cas extrême d'une grossesse débutant juste 1 an après l'enquête, soit en mars 2001, l'accouchement aura lieu en décembre 2001 soit 21 mois après l'enquête.

²⁰ Le faible taux de grossesse dans ce groupe de femmes tient peut-être en partie à un effet de sélection : ce groupe compterait une proportion élevée de femmes infécondes, dont le désir d'enfant est fort, ce qui les conduirait à déclarer plus souvent que les autres qu'elles en veulent un « tout de suite ».

²¹ La première femme ne voulait plus de grossesse et a accouché 3 ans après l'enquête, les 2 autres voulaient une grossesse 2 ans plus tard, l'une a accouché au bout de 1 an, l'autre n'était pas encore enceinte 3 ans plus tard.

Figure 16. – Devenir des femmes interrogées en 2000 dans les trois années qui ont suivi et confrontation entre leurs souhaits et ce qui leur est réellement arrivé



Note : sont qualifiées ici de « non satisfaites » (n.s.) les femmes qui ont eu une grossesse plus tôt ou plus tard que ce qu'elles souhaitaient, ou qui ont eu une grossesse alors qu'elles n'en souhaitaient pas. Lorsque les femmes souhaitent une nouvelle grossesse mais qu'elles ne savent pas quand, le souhait est considéré comme non satisfait si la grossesse est survenue dans l'année.

Source : Base de données de l'observatoire de population de Bandafassi et enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception, 2000.

Enfin, outre le recours à la contraception, une seule caractéristique semble avoir un effet significatif sur la probabilité de satisfaction²² : les femmes les plus âgées ont plus de chance d'être satisfaites que les plus jeunes (cela étant lié à la fertilité plus forte de ces dernières). Qu'il s'agisse de l'ethnie, du nombre d'enfants, du statut matrimonial à l'enquête, ou même de la distance au dispensaire, ces variables n'ont pas d'effet sur la probabilité de satisfaction en matière de prochaine grossesse.

L'écart entre les souhaits exprimés par les femmes lors de leur interview en 2000 et la réalité de ce qu'elles ont vécu dans les trois années suivantes est au total particulièrement important. Cela tient sans doute à ce qu'une partie d'entre elles n'avait pas forcément d'idées précises de leur projet en matière de fécondité, mais qu'interrogées sur le sujet et sollicitées pour répondre de façon tranchée, elles l'ont fait. Elles ont pu aussi changer d'avis dans l'intervalle. Enfin, elles avaient peut-être un projet précis, mais n'ont pas pu le réaliser suite au changement d'infirmier et aux mauvaises conditions qui en ont résulté pour la poursuite de la contraception.

²² Significatif au seuil de 95% par un analyse logistique des *odds ratios*.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les raisons de la faible diffusion de la contraception en zone rurale au Sénégal. Pour cela, nous avons mené une étude fine à l'échelle d'une communauté rurale particulière où la contraception en était à ses tout débuts. Nous avons montré que la fécondité non seulement n'avait pas diminué, mais avait augmenté, comme souvent dans les premières phases de changement de la fécondité. La contraception est encore très peu répandue à l'échelle de l'ensemble de la communauté. Mais dans deux des quarante villages étudiés, elle s'est diffusée extrêmement rapidement après le démarrage d'un programme de planning familial dans la région : alors que pratiquement aucune femme n'avait jamais eu recours à la contraception au moment de sa mise en place, 8 ans après, la moitié ou presque des femmes d'âge fertile du premier village, où se situe le dispensaire, avaient utilisé la contraception, et un quart de celles résidant dans l'autre village, situé à huit kilomètres. La distance au dispensaire est un facteur clé de réussite, mais pour le second village, la présence d'un agent de santé communautaire particulièrement actif et efficace a été très importante.

Mais dans ces mêmes villages, la progression rapide de la pratique contraceptive a été suivie d'une chute non moins rapide : près de la moitié des femmes du premier village, où se situe le dispensaire, qui consultaient dans le but de se faire prescrire une méthode contraceptive, ont cessé de consulter lorsque l'infirmier à l'initiative du projet de planification familiale a été remplacé. C'est le signe que les relations de confiance établies avec les femmes par le premier infirmier, qui ont été interrompues lors du changement d'infirmier, ont joué un rôle clé dans la réussite. Les facteurs personnels sont très importants pour développer la confiance, ainsi que la continuité du service et la durée.

Les mesures à large échelle, sur l'ensemble du pays ou d'une région, montrent que les tendances dans l'utilisation de la contraception sont à la hausse, mais lentement, donnant l'impression que les évolutions ne peuvent que prendre du temps dans ce domaine. Mais à l'échelle locale, ceci n'est pas vrai. Les évolutions peuvent être très rapides. La lenteur apparente à large échelle vient d'un effet de lissage lorsque l'on cumule les évolutions dans différentes communautés ; les unes, où il n'y a aucun changement, et les autres, souvent peu nombreuses, où les choses changent et où les évolutions peuvent être rapides, à la hausse ou à la baisse. On imagine que la lenteur est intrinsèque au phénomène, qu'il faut vaincre des « mentalités » et des « cultures » qui s'y opposent, et que ça ne peut que prendre beaucoup de

temps. L'observation locale montre que ce ne sont pas vraiment des obstacles. Les facteurs qui freinent sont plutôt du côté de l'organisation des services.

Remerciements

Les enquêtes à la base de cette étude n'auraient pu être menées sans le concours des médecins chefs de la région de Tambacounda et de l'hôpital de Kédougou. Nous tenons à remercier Moktar Mansali, infirmier de Bandafassi, ainsi que Mamudu Camara, Astel Diallo, Fili Keita et Paul Senghor pour leur aide dans la collecte des données, et enfin, Géraldine Duthé, Marie-Paule Ferry, Véronique Hertrich, Thérèse Locoh et Clémentine Rossier pour leurs remarques et suggestions sur une version précédente du manuscrit.

Références bibliographiques

- Akoto Eliwo, Kandem Hélène, 2001 – « Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique » dans *La transition démographique des pays du sud*, sous la direction de Gendreau Francis, Actualité Scientifique, Editions Estem, pp 271-285.
- Bonnet Doris, Guillaume Agnès, 1999 – *La santé de la reproduction, Concept et acteurs*. IRD, Documents de recherche n°8, 18p.
- Desgrées du Loû Annabel, 1996. – *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations*, Les Etudes du CEPED n°12, Paris, CEPED, 261 p.
- Desgrées du Loû Annabel, Pison Gilles, 1995. – Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité des enfants au Sénégal. *Population* 1995, (3):591-620
- Delaunay Valérie, 2002 – « Apports et limites de l'observation continue. Le suivi de population de Niakhar au Sénégal » dans *L'apport des approches renouvelées pour l'analyse du début de la transition démographique*. Actes du 2^{ème} atelier du GRIPPS (18-19 novembre 1996), sous la direction de Baya, B. et Willems, M. Les Documents et Manuels du CEPED n°13., Paris, CEPED, pp 79-99.
- Ferry Marie-Paule, 1991 – *Thesaurus Tenda. Dictionnaire ethno-linguistique des langues sénégalo-guinéennes Niyon (Bassari), Nik (Bedik), Mey (Konyagi)*. Paris, Peeters, tome 1, 391 p.
- Franck Odile, 1990 – « The demand for fertility control in Sub-Saharan Africa » dans *Population growth and reproduction in Sub-Saharan Africa, technical analysis of fertility and its consequences*, sous la direction de ACSADAI, G., JOHNSON-ACSADI, G.BULATAO, R.A., Washington D.C., The World Bank, pp.186-198.
- Gautier Arlette, 2000 – « Politiques démographiques et liberté reproductive » dans *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, sous la direction PILON Marc et Guillaume Agnès, Editions IRD : « colloques et séminaires », Paris 2000, pp. 71-90.
- Gomila Jacques, 1971 – *Les Bedik. Barrières culturelles et hétérogénéité biologique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 273 p.
- Guyavarch Emmanuelle, 2003 – *Démographie et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Analyse des évolutions en cours. Une étude de cas : l'observatoire de population de Bandafassi (Sénégal)*. Thèse de doctorat, Museum National d'Histoire Naturelle. 349 p. + annexes.
- Joseph Véronique, Garenne Michel, 2001 – *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*. Les dossiers du CEPED n°66, Paris, CEPED, 64 p.
- Lagarde Emmanuel, Guyavarch Emmanuelle, Piau Jean-Pierre, Gueye-Ndiaye A., Seck Karim, Enel Catherine, Pison Gilles, Ndoeye Ibrahima, Mboup Souleimane, 2003 – Treponemal infection rates, risk factors and pregnancy outcome in a rural Senegal. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14 :208-15.
- Langaney André, Dallier Sophie et Pison Gilles, 1979 – « Démographie sans état civil : structure par âge des Mandenka du Niokholo », *Population*, n°4-5, pp. 909-915.
- Leridon Henri, 2002 – « Les facteurs biologiques et sociaux de la fertilité », dans *Démographie : analyse et synthèse. II. Les déterminants de la fécondité*, sous la direction de Caselli Graziella, Vallin Jacques et Wunsch Guillaume, pp. 173-190.

- Locoh Thérèse et Vallin Jacques, 1998 – « Afrique noire : la baisse de la fécondité », *Population et Sociétés*, Septembre 1998, n°338.
- Locoh Thérèse, 2002a – « Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d’Afrique de l’Ouest » dans *Deux études sur l’évolution de la fécondité en Afrique*. Documents de travail de l’INED n°112, 23 p.
- Locoh Thérèse, 2002b – « Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique subsaharienne » dans *Deux études sur l’évolution de la fécondité en Afrique*. Documents de travail de l’INED n°112, 29 p.
- Locoh Thérèse et Makdessi Yara, 2002c – « Transition démographique et statut des personnes âgées en Afrique. Quelles perspectives ? » dans *Vivre plus longtemps, avoir moins d’enfants, quelles implications ?*. Actes du colloque international de l’AIDELF n°10, Byblos-Jbeil, Liban, 10-13 octobre 2000. pp.615-626.
- Ndiaye Salif, Sarr Ibrahima, Ayad Mohamed, 1988 - *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS I) 1986*, DIRECTION DE LA STATISTIQUE (Division des Enquêtes et de la démographique) Dakar et Macro International Inc., Calverton, 173 p.
- Ndiaye Salif, Diouf Papa Demba, Ayad Mohamed (sous la direction de), 1994 - *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS II) 1992/93*, DIRECTION DE LA STATISTIQUE (Division des Enquêtes et de la démographique), Dakar et Macro International Inc. , Calverton, 284 p.
- Ndiaye Salif, Ayad Mohamed, Gaye Aliou (sous la direction de), 1997 - *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS III) 1997* DIRECTION DE LA STATISTIQUE (Division des Enquêtes et de la démographique), Dakar et Macro International Inc. , Calverton, 238 p.
- ONU – Division de la population – *World population prospects : the 2004 revision*. New-York, 2005. (<http://esa.un.org/unpp/>)
- Ouadah-Bedidi Zahia et Vallin Jacques, 2000 – « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Population et Sociétés*, Juillet-Août 2000, n°359.
- Ouadah-Bedidi Zahia, 2004 – *Baisse de la fécondité en Algérie : transition de développement ou transition de crise ?* Thèse de doctorat, IEP, 710 pages + annexes.
- Pison Gilles, 1982. – *Dynamique d’une population traditionnelle : les Peul Bandé (Sénégal Oriental)*, Cahier de l’INED, n°99, 278 p.
- Pison Gilles et Langaney André, 1985. – « The level and age pattern of mortality in Bandafassi (Eastern Senegal) : results from a small-scale and intensive multi-round survey », *Population Studies*, n°39, pp. 387 – 405.
- Pison Gilles, Desgrées du Loû Annabel, 1993. – *Bandafassi (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques 1971-1991*. Dossier et recherches n°40, 1993.
- Pison Gilles, Hill Kenneth, Cohen Barney et Foste Karen, 1995. – *Population dynamics of Senegal*. - Washington, National Academy Press, 254 p. [également paru en français : Pison Gilles, Hill Kenneth, Cohen Barney et Foste Karen, 1997 – *Les changements démographiques au Sénégal*, PUF, Cahiers de l’INED n°138, Paris, 240 p.)]
- Pison Gilles, Guyavarch Emmanuelle, Sokhna Cheikh, 2002. – « Bandafassi demographic surveillance system, Senegal ». in INDEPTH network, *Population and health in*

- developing countries*, 2002, International Development Research Centre, Ottawa, 263-9.
- Sénégal (Rép. du)., 1964 – *Résultats de l'Enquête démographique 1960-1961. Données régionales*. Dakar : Ministère du plan et du développement, Direction de la statistique
- Sénégal (Rép. du). 1974 – *Enquête démographique nationale 1970-1971. Série A*. Dakar : Ministère des finances et des affaires économiques, Direction de la statistique.
- Sénégal (Rép. du). 1981 – *Enquête sénégalaise sur la fécondité (ESF) 1978*. Dakar : Ministère de l'économie et des finances, Direction de la statistique.
- Sow Boubacar, Ndiaye Salif, Gaye Aliou, 2000 - ESIS (Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé), 1999. Ministère de la Santé Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation ; Groupe SERDHA (Services d'Etudes et de Recherche pour le Développement Humain en Afrique ; MEASURE DHS+ Macro International Inc., juin 2000. 212 pages. + rapport régional de Tambacounda, 102 p.
- Tabutin Dominique, 1999 – « Un tour d'horizon des théories de mortalité » dans les Actes de la Chaire Quételet *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, 1997, Louvain-la-Neuve, pp. 447-460.