

Accès et recours des jeunes femmes à la contraception: rôle des restrictions imposées par les prestataires en milieu urbain au Sénégal

Par Estelle M. Sidze,
Solène Lardoux,
Ilene S. Speizer,
Cheikh M. Faye,
Michael M. Mutua
et Fanding Badji

Estelle M. Sidze est
chercheuse scientifique
adjointe, Cheikh M.

Faye est chercheur
scientifique principal
et Michael M. Mutua
est analyste des don-
nées – tous à l'African
Population and
Health Research Cen-
ter, Nairobi, Kenya.
Solène Lardoux est
professeure agrégée,
Département de dé-
mographie, Université
de Montréal, Canada.

Ilene S. Speizer est
professeure-cher-
cheuse, Department of
Maternal and Child
Health, University
of North Carolina,
Gillings School of
Global Public Health,
Chapel Hill, NC,
É.-U. Fanding Badji
est coordinateur de
projet, Initiative
sénégalaise de santé
urbaine, IntraHealth
International, Dakar,
Sénégal.

CONTEXTE: La prévalence contraceptive est très faible au Sénégal, chez les femmes jeunes en particulier. Il convient de mieux cerner les obstacles à la contraception auxquelles les jeunes femmes se trouvent confrontées, y compris ceux imposés par les prestataires de santé.

METHODES: Les données d'enquête issues de l'évaluation de l'Initiative pour la santé reproductive en milieu urbain au Sénégal ont servi à l'examen de la pratique contraceptive, de l'éventail de méthodes, du besoin non satisfait et des sources de méthodes parmi les femmes urbaines âgées de 15 à 29 ans mariées ou non mariées mais sexuellement actives. Les données d'un échantillon de prestataires de la planification familiale ont été considérées pour l'examen de la prévalence des restrictions d'admissibilité à la contraception en fonction de l'âge et de l'état matrimonial, ainsi que des différences de restrictions en fonction de la méthode, du type d'établissement et des caractéristiques du prestataire.

RESULTATS: La prévalence contraceptive moderne était de 20% parmi les jeunes femmes mariées et de 27% parmi celles non mariées mais sexuellement actives. Les niveaux des besoins non satisfaits en matière de contraception – à des fins d'espacement principalement – étaient respectivement de 19% et 11%. Les prestataires étaient le plus susceptibles d'imposer des restrictions d'âge minimum concernant la pilule et l'injectable, deux des méthodes les plus pratiquées par les jeunes femmes du Sénégal urbain. L'âge minimum médian pour l'obtention de la contraception était généralement de 18 ans. Les restrictions basées sur l'état matrimonial étaient moins courantes que celles imposées en fonction de l'âge.

CONCLUSIONS: Les programmes de formation et d'éducation à l'intention des prestataires de santé doivent chercher à lever les obstacles inutiles à l'accès à la contraception.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2015, pp. 20–28, doi : 10.1363/FR02015

L'introduction des services de planification familiale au Sénégal remonte au début des années 1960, à la Clinique la Croix Bleue, un établissement privé de Dakar. Il fallut cependant attendre jusqu'en 1981 pour que l'État mette au point une structure administrative capable de diriger un programme national et commence à soutenir l'information, la sensibilisation et le conseil, ainsi que les services de planification familiale. Avant cette date, l'offre élargie de services de planification familiale était interdite, en vertu d'une loi adoptée durant les années 1920 sous l'autorité coloniale française,¹ et révoquée en 1980 seulement. En 1988, le pays décrétait une politique démographique nationale tenant lieu de ratification officielle du programme et ouvrant la voie au progrès de la planification familiale au Sénégal.

Malgré l'évolution légale et réglementaire observée à cet égard, l'avance de la prévalence contraceptive reste lente au Sénégal. D'après l'Enquête démographique et de santé (EDS) sénégalaise de 2010–2011, 12% seulement des femmes alors mariées pratiquaient une méthode de contraception moderne, par rapport à 8% en 1997 et 10% en 2005.² Cette lenteur peut être attribuée à la faible de-

mande de contraceptifs, ainsi qu'aux obstacles opposés du côté de l'offre. Par exemple, alors que la plupart des pays d'Afrique proposent la contraception orale et le contraceptif injectable à travers les programmes de distribution communautaire depuis plusieurs décennies, le Sénégal n'a effectué d'essai pilote à cet égard qu'en 2012–2013 – un retard causé par des restrictions illogiques concernant les types de prestataires admis à proposer ces méthodes de contraception.³

Près de 30% des Sénégalaises actuellement mariées présentent un besoin non satisfait de planification familiale: elles désirent en effet différer leur prochaine naissance d'au moins deux ans ou ne plus avoir d'enfants du tout, mais ne pratiquent aucune méthode de contraception.² Le niveau actuel de besoin non satisfait est légèrement inférieur à celui observé en 2005 (32%). L'importance de ce besoin non satisfait au Sénégal – en particulier à des fins d'espacement (29% des femmes actuellement mariées) – est supérieure à celle observée dans d'autres pays d'Afrique occidentale tel que le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Nigeria.⁴

Plusieurs facteurs contribuent au besoin non satisfait de planification familiale dans les pays en développement:

l'ignorance de la contraception; la faible qualité des services ou l'accès insuffisant; le coût des méthodes; l'inquiétude des femmes concernant les effets secondaires; et les objections des femmes, des maris ou des membres de la famille à la pratique contraceptive.^{4,5} Selon une analyse descriptive des données de l'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine, les croyances des femmes et leurs idées reçues au sujet de la contraception, les objections des maris à sa pratique et la faible qualité des services de planification familiale sont les raisons qui dissuadent le plus souvent les femmes des milieux sénégalais urbains de pratiquer la contraception.⁶

Les jeunes constituent une cible clé des stratégies de santé reproductive. Au Sénégal, ils semblent présenter des niveaux de pratique contraceptive particulièrement faibles. Ainsi, en 2010–2011, 2% seulement de la totalité des 15 à 19 ans et 6% des 20 à 24 ans déclarent pratiquer une méthode moderne.² Les proportions parmi les femmes mariées de ces mêmes tranches d'âge sont légèrement plus élevées (5% et 8%, respectivement). L'accès aux services de santé reproductive demeure problématique pour les jeunes femmes et hommes en raison d'obstacles culturels, médicaux et financiers.^{7–9} Par exemple, même s'il n'existe aucune restriction légale à l'offre de la contraception orale aux jeunes femmes célibataires, les résultats d'études de clientèle simulée laissent entendre que les prestataires y sont réticents et qu'ils tendent plutôt à encourager l'abstinence.^{7,9} Parmi les jeunes femmes, les conséquences du manque d'accès aux services de santé reproductive sont le risque accru de grossesses non planifiées, l'avortement non médicalisé, la contraction d'IST (y compris le VIH) et la déscolarisation prématurée pour cause de grossesse.⁷

La recherche réalisée antérieurement souligne l'importance d'aider les jeunes des pays en développement à pratiquer efficacement la contraception.^{10–12} En leur qualité de médiateurs médicaux entre la connaissance et les craintes de leurs clientes et leur pratique de la contraception, les prestataires de santé jouent aussi un rôle essentiel à l'assurance de l'accès, de l'adoption et de la persévérance contraceptive des jeunes. Les connaissances et la formation des prestataires influencent spécifiquement l'accès aux contraceptifs.^{13,14} En Tanzanie, Speizer et al. ont démontré quelques exemples d'entraves à la pratique contraceptive moderne des femmes: contre-indications incorrectes, restrictions d'admissibilité, procédures inutiles, sur-spécialisation des prestataires, parti pris et réglementations inutiles.¹³

L'étude présentée ici examine le rôle des restrictions imposées par les prestataires de la planification familiale dans l'accès des jeunes femmes à la contraception moderne et dans leur pratique de cette contraception en milieu urbain au Sénégal. Des normes et des politiques ont été élaborées au fil des ans au Sénégal afin de garantir que toutes les personnes bénéficient de services de planification familiale sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'appartenance ethnique ou l'affiliation religieuse.^{15–18} En ce qui concerne les services de santé des-

tinés aux jeunes en particulier, le dernier Plan National sénégalais de Développement Sanitaire (2009–2018) précise spécifiquement que les professionnels de la santé doivent être aptes à conseiller les adolescents sur les questions de prévention de la grossesse, ainsi que de prévention et de dépistage volontaire des IST.¹⁷ Ces responsabilités sont clairement définies dans les programmes de formation des médecins, de la profession infirmière, des sages-femmes et des assistants sociaux, et elles doivent être assumées sans stigmatisation. Très peu d'études reposent cependant sur les données des prestataires pour évaluer la prévalence des restrictions qu'ils imposent aux jeunes.^{13,14} Telle est ici notre ambition, en fonction du type d'établissement, du type de méthode et du sexe, de l'âge et de la spécialisation du prestataire.

DONNÉES ET MÉTHODES

L'étude repose sur les données relatives aux femmes et aux prestataires de santé collectées par le projet Mesure, Apprentissage et Évaluation (Measurement, Learning and Evaluation, dit MLE) mené au Sénégal dans le cadre de l'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU), financée sur cinq ans (2010–2015) par la Fondation Bill et Melinda Gates. Le but de l'initiative est la mise en œuvre de programmes spécifiques dans le cadre d'un projet pilote qui démontre comment les approches innovantes ancrées dans la prestation de soins de santé de haute qualité dans les secteurs public et privé – de même que les efforts de création de la demande et de plaidoyer – peuvent accroître significativement la pratique des méthodes de planification familiale modernes dans les milieux urbains d'Afrique francophone. Le projet MLE a reçu l'approbation du Comité national d'éthique du Sénégal et du comité d'éthique indépendant de l'University of North Carolina à Chapel Hill. La participation à l'étude a été soumise à la signature d'un formulaire de consentement, avec droit de s'y soustraire à tout moment, sans crainte de représailles.

Enquête auprès des femmes

Dans le cadre du projet MLE, une enquête a été menée en 2011 auprès de femmes, selon un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés afin d'obtenir un échantillon représentatif des femmes âgées de 15 à 49 ans de six sites urbains (Dakar, Guédiawaye, Kaolack, Mbao, Mbour et Pikine). Au premier degré, 32 à 64 unités primaires d'échantillonnage ont été sélectionnées sous probabilité proportionnelle à la taille de la population de chaque site. Au second degré, un échantillon aléatoire de 21 ménages a été choisi dans chaque unité primaire d'échantillonnage sélectionnée et toutes les femmes de 15 à 49 ans identifiées dans ces ménages comme résidentes habituelles ou en visite ont été admises à l'entretien individuel.

Les répondantes ont été interrogées sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs antécédents matrimoniaux et reproductifs, leurs préférences en matière de fécondité, leur connaissance et leur pratique de la contraception, leurs sources de contraceptifs, leur com-

munication conjugale à propos de la contraception et des préférences de fécondité du couple, leurs antécédents de migration et leur exposition aux médias. Une information relative au besoin non satisfait des femmes sur le plan de l'espacement et de la limitation des naissances a également été collectée. Les femmes ont été considérées présenter un besoin d'espacement non satisfait si elles avaient qualifié d'inopportune leur dernière grossesse ou celle en cours ou déclaré être fécondes, ne pas pratiquer la contraception et désirer attendre au moins deux ans avant d'avoir leur prochain enfant. Celles ayant qualifié de non désirée leur dernière grossesse ou celle en cours ou déclaré être fécondes, ne pas pratiquer la contraception et ne plus vouloir d'enfants, ont été considérées présenter un besoin de limitation non satisfait. Les femmes enceintes qui l'étaient devenues alors qu'elles pratiquaient une méthode contraceptive sont exclues des déterminations du besoin non satisfait.

Au total, 9 614 femmes ont été interviewées avec succès, pour un taux de réponse de 89%.¹⁹ La taille d'échantillon aux différents sites et la non-réponse ont été ajustées par pondération des échantillons. Nous avons sélectionné pour nos analyses deux échantillons pondérés de jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans. Le premier comptait les 2 340 jeunes femmes s'étant déclarées mariées au moment de l'entretien et le second, les 237 ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, avoir été sexuellement actives au cours des 12 mois précédant l'enquête et n'être pas mariées ou ne pas vivre avec un homme au moment de l'enquête. Les analyses descriptives de la pratique contraceptive moderne, du choix de méthode et de la source d'approvisionnement des jeunes femmes ont été effectuées au moyen de la commande *svy* de Stata. Les intervalles de confiance ont été calculés pour indiquer le niveau de différence ou de similarité entre les proportions de comparaison et les erreurs types sont corrigées pour tenir compte de l'effet de groupe. Les analyses ont été effectuées séparément pour les deux échantillons afin de rendre compte des différences de la demande contraceptive entre les deux groupes.

Enquête auprès des établissements de santé

Toujours en 2011, le projet MLE a également collecté des données auprès d'établissements de santé offrant des services de santé reproductive et de prestataires employés dans ces établissements. Pour la procédure d'échantillonnage, une liste des établissements de santé opérationnels proposant des services de santé reproductive sur les sites d'enquête a été obtenue du ministère de la Santé. Cette liste, mise à jour d'après l'information de la Région Médicale de Dakar, des Districts sanitaires de Mbour et de Kaolack, du Système d'information sanitaire national et d'IntraHealth, comptait 269 établissements de santé. Environ 205 (76%) ont été localisés et soumis à l'enquête avec succès. Il s'agissait, pour 153 d'entre eux, d'établissements du secteur public (huit hôpitaux, 22 centres de santé, 111 postes de santé et 12 autres structures publiques de type dispensaires et centres de santé communautaire) et, pour 52, d'établissements privés (27 hôpitaux ou cliniques, 10 structures confessionnelles, cinq cliniques d'ONG et 10 autres prestataires privés).

Pour chaque établissement, deux à quatre prestataires engagés dans les services de santé reproductive (médecins, personnel infirmier, sages-femmes qualifiées, aides aux soins de santé de la mère et de l'enfant, assistants médicaux et personnel auxiliaire) ont été sélectionnés aléatoirement à l'interview d'après la liste du personnel permanent actif en service dans l'établissement lors de la visite des intervieweurs. Le nombre de prestataires sélectionnés dépend du nombre affecté à la prestation de services de santé reproductive dans l'établissement. Au total, 637 prestataires ont été interviewés: 516 dans les établissements du secteur public (32 dans les hôpitaux, 81 dans les centres de santé, 364 aux postes de santé et 39 dans les autres structures publiques) et 121 dans les établissements du secteur privé.

Tous les prestataires sélectionnés ont été interrogés sur les services de santé reproductive offerts dans leur établissement, ainsi que sur leurs caractéristiques démographiques et leur spécialisation médicale. Des questions leur

TABLEAU 1. Parmi les femmes mariées et non mariées sexuellement actives de 15 à 29 ans, pourcentage de celles qui pratiquent une méthode contraceptive moderne; distribution (%) de celles qui pratiquent la contraception, par méthode; et pourcentage de celles présentant un besoin non satisfait d'espacement ou de limitation — Initiative sénégalaise de santé urbaine, 2011

État matrimonial et âge	% utilisant une méthode moderne	Distribution (%) des utilisatrices							% à besoin non satisfait		
		Pilule	Injectable	Implant	Stérilet	Préservatif	Autre	Total	Espacement	Limitation	Total
Mariées (N=2 340)											
Total	19,7 (18,0–21,6)	32,7 (28,1–37,6)	42,5 (37,6–47,5)	6,9 (4,7–10,0)	2,3 (1,3–4,1)	15,2 (11,7–19,3)	0,5 (0,1–1,4)	100,0	18,9 (17,2–20,8)	0,3 (0,1–0,5)	19,2 (17,5–21,1)
15–19 ans	7,6 (5,1–11,1)	30,5 (14,3–53,5)	40,7 (23,6–60,4)	3,7 (0,7–17,1)	0,0 na	25,1 (12,0–45,3)	0,0 na	100,0	15,3 (11,3–20,4)	0,0 na	15,3 (11,3–20,4)
20–24 ans	21,6 (18,7–24,7)	28,6 (22,1–36,1)	44,6 (37,1–52,4)	3,8 (1,9–7,4)	2,8 (1,2–6,3)	20,3 (14,2–28,1)	0,0 na	100,0	20,3 (17,6–23,3)	0,2 (0,1–0,5)	20,5 (17,9–23,5)
25–29 ans	21,7 (19,1–24,5)	36,3 (29,9–43,3)	40,9 (34,2–48,0)	9,7 (6,1–15,2)	2,2 (1,0–4,8)	10,0 (6,7–14,6)	0,9 (0,3–2,7)	100,0	18,8 (16,3–21,7)	0,4 (0,2–0,8)	19,2 (16,6–22,0)
Non mariées (N=237)											
Total	27,1 (20,7–34,7)	14,1 (6,6–27,4)	20,8 (11,9–33,8)	7,3 (1,6–27,3)	0,6 (0,1–3,9)	55,8 (40,3–70,2)	1,5 (0,2–9,8)	100,0	10,6 (6,7–16,5)	0,0 na	10,6 (6,7–16,5)

N.B.: Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 95%. na=non applicable.

TABLEAU 2. Distribution (%) (et intervalles de confiance à 95%) des jeunes femmes mariées et non mariées sexuellement actives qui pratiquent une méthode contraceptive moderne, par source de leur méthode la plus récente, suivant la méthode pratiquée

Source	Total (N=536)	Pilule (N=166)	Injectable (N=239)	Implant (N=36)	Préservatif (N=77)
Secteur public	66,5	66,1 (57,3–73,9)	83,8 (76,0–89,4)	95,4 (83,3–98,9)	5,2 (1,8–13,7)
Hôpital	2,1	2,3 (0,8–6,2)	1,5 (0,6–3,8)	10,4 (4,4–22,5)	0,0
Centre de santé	17,2	19,3 (13,1–27,7)	13,3 (9,2–18,9)	60,1 (41,1–76,6)	1,2 (0,2–8,1)
Poste de santé	42,8	39,3 (30,9–48,4)	63,7 (55,9–70,9)	24,1 (11,8–43,0)	3,7 (1,0–12,5)
Autre public†	4,4	5,2 (2,3–11,2)	5,3 (2,9–9,6)	0,8 (0,1–5,8)	0,2 (0,0–1,7)
Secteur privé	26,1	29,9 (22,5–38,5)	14,6 (9,2–22,5)	0,0	61,1 (46,7–73,8)
Hôpital/clinique	8,2	9,1 (4,9–16,2)	11,3 (6,4–19,3)	0,0	1,0 (0,1–6,7)
Autre privé	17,9	20,8 (14,8–28,5)	3,3 (1,5–7,2)	0,0	60,1 (45,8–72,9)
ONG/autre‡	7,4	4,0 (1,6–9,7)	1,6 (0,6–4,1)	4,6 (1,1–16,7)	33,7 (21,5–48,5)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†Dispensaires et centres de santé communautaire. ‡Cliniques en milieu de travail, centres de jeunesse, centres de conseil et dépistage volontaire, échoppes, marchés et pairs éducateurs. N.B.: ONG = organisation non gouvernementale. Les données relatives au stérilet et aux autres méthodes ne sont pas présentées en raison des faibles tailles d'échantillon.

ont été posées sur les deux restrictions les plus susceptibles d'affecter l'accès des jeunes femmes aux méthodes contraceptives: l'âge minimum et l'état matrimonial. Pour les méthodes contraceptives modernes considérées (la pilule, l'injectable, l'implant, le préservatif et la contraception d'urgence), les questions suivantes ont été posées: «Quel est l'âge minimum auquel vous proposeriez généralement la méthode?» et «Proposeriez-vous cette méthode à une personne non mariée?» Les prestataires n'ayant pas déclaré d'âge minimum ont été considérés comme n'imposant pas de restriction contraceptive en fonction de l'âge. Ceux ayant déclaré qu'ils ne proposeraient pas une méthode donnée à une personne non mariée ont été considérés comme imposant une restriction d'accès à cette méthode

en fonction de l'état matrimonial.

Pour chacune des méthodes sélectionnées, nous avons divisé le nombre de prestataires imposant des restrictions en fonction de l'âge et de l'état matrimonial par le nombre total de prestataires ayant déclaré proposer la méthode dans leur établissement au moment de l'entretien. Nous présentons séparément ces pourcentages estimés pour les établissements de santé publics et privés. Bien que le personnel des deux types d'établissement reçoive la même formation et soit tenu de suivre les mêmes directives nationales en matière de prestation de la planification familiale, des différences de prévalence des restrictions peuvent être observées en raison de différences au niveau des systèmes de suivi. Nous avons de plus calculé les âges médians au-

TABLEAU 3. Pourcentage des prestataires de la planification familiale qui imposent des restrictions d'âge minimum ou d'état matrimonial à l'offre de la contraception, par méthode; et restriction d'âge minimum médian (et intervalle interquartile), par méthode — le tout selon le type d'établissement

Barrière/méthode	Secteur public					Secteur privé
	Total (N=516)	Hôpitaux (N=32)	Centres de santé (N=81)	Postes de santé (N=364)	Autre† (N=39)	Total (N=121)
Âge minimum						
Pilule	57,0	59,3	47,3	46,0	46,9	48,8
Injectable	43,6	51,9	42,5	40,1	36,7	41,4
Implant	45,2	52,0	44,9	32,7	37,5	38,1
Préservatif	24,5	29,6	25,0	16,0	25,7	19,9
CU	24,2	26,9	22,2	18,1	34,8	21,1
Âge minimum médian						
Pilule	17 (3)	18 (4)	17 (3)	17 (3)	15 (2)	18 (3)
Injectable	18 (5)	19 (2)	18 (9)	18 (5)	18 (7)	18 (4)
Implant	18 (7)	20 (7)	20 (7)	18 (9)	18 (2)	18 (4)
Préservatif	18 (3)	18 (5)	17 (3)	18 (3)	18 (1)	18 (2)
CU	18 (3)	18 (5)	17 (5)	17 (3)	18 (2)	18 (3)
État matrimonial						
Pilule	12,2	12,5	18,5	9,6	23,1	20,7
Injectable	13,6	12,5	18,5	12,1	17,9	28,1
Implant	13,6	12,5	25,9	11,0	12,8	29,8
Préservatif	8,3	6,3	11,1	7,4	12,8	11,6
CU	8,7	6,3	13,6	7,7	10,3	21,5

†Dispensaires et centres de santé communautaire. N.B.: CU = contraception d'urgence.

TABLEAU 4. Pourcentage des prestataires de la planification familiale qui imposent une restriction d'âge minimum à l'offre de la contraception, suivant le sexe, l'âge et le type de prestataire, selon le secteur et la méthode

Caractéristiques	Secteur public					Secteur privé				
	Nbre de prestataires	Pilule	Injectable	Préservatif	L'une des 3	Nbre de prestataires	Pilule	Injectable	Préservatif	L'une des 3
Sexe										
Masculin	86	65,2	54,1**	32,0	58,1*	21	66,7	63,2	30,0	66,5
Féminin	430	44,0	38,9**	16,4	44,7*	100	54,9	39,0	23,2	51,0
Âge										
<30 ans	66	47,5	42,6	18,0	48,5	22	55,0	45,0	31,6	54,5
30–39 ans	153	44,2	41,2	21,0	48,4	40	52,9	38,2	23,5	52,5
≥40 ans	297	48,5	40,5	18,0	45,8	59	60,9	46,8	22,4	54,2
Type de prestataire										
Médecin	13	33,3**	45,5	33,3	38,5**	19	52,9	44,4	16,7	57,9
Personnel infirmier	131	62,0**	51,9	31,0	57,3**	25	70,6	52,9	40,0	60,0
Sage-femme/autre	372	42,8**	37,5	14,2	43,5**	77	54,5	40,9	21,9	50,6

*Différences dans les sous-groupes significatives à $p < 0,05$. **Différences dans les sous-groupes significatives à $p < 0,01$. N.B.: Différences évaluées par tests chi carré. Dans le secteur public, peu de prestataires de la pilule, de l'injectable et du préservatif étaient de sexe masculin.

dessous desquels les prestataires ne proposeraient pas une méthode spécifique, ainsi que les intervalles interquartiles – mesure de dispersion calculée comme la différence entre le 75^e centile (Q3) et le 25^e centile (Q1).

Enfin, nous avons effectué des analyses chi carré pour examiner les niveaux de restrictions d'âge minimum et d'état matrimonial en fonction du sexe, de l'âge et de la spécialisation des prestataires. Nous limitons les résultats aux trois méthodes identifiées comme les plus courantes parmi les jeunes femmes de milieux urbains au Sénégal: la pilule, l'injectable et le préservatif.

RÉSULTATS

Usage et sources des contraceptifs

La proportion des jeunes femmes sénégalaises urbaines qui déclarent pratiquer une méthode contraceptive moderne est de 20% parmi celles qui sont mariées et de 27%

parmi celles non mariées et sexuellement actives (tableau 1, page 22). Dans le groupe des femmes mariées, la plus grande proportion utilise le contraceptif injectable (43%), suivi de la pilule (33%) puis du préservatif (15%), selon une tendance constante sur toutes les tranches d'âge. En revanche, la plus grande proportion des jeunes femmes non mariées sexuellement actives utilise le préservatif (56%), suivi de l'injectable (21%) puis de la pilule (14%). Au total, 19% des femmes mariées présentent un besoin de contraception non satisfait, à des fins d'espacement dans presque tous les cas. Le plus haut niveau de ce besoin se révèle dans la tranche de 20 à 24 ans (20%). Parmi les femmes célibataires sexuellement actives, le niveau de contraception non satisfait – toujours à des fins d'espacement – est de 11%.

Soixante-sept pour cent de l'ensemble des jeunes femmes qui pratiquent une méthode de contraception

TABLEAU 5. Pourcentage des prestataires de la planification familiale qui imposent une restriction d'état matrimonial à l'offre de la contraception, suivant le sexe, l'âge et le type de prestataire, selon le secteur et la méthode

Caractéristiques	Secteur public					Secteur privé				
	Nbre de prestataires	Pilule	Injectable	Préservatif	L'une des 3	Nbre de prestataires	Pilule	Injectable	Préservatif	L'une des 3
Sexe										
Masculin	86	9,3	9,3	8,1	12,8	21	19,0	14,3	14,3	19,0
Féminin	430	12,8	14,4	8,4	18,1	100	21,0	31,0	11,0	36,0
Âge										
<30 ans	66	4,5*	6,1	6,1	7,6	22	31,8	40,9	9,1	45,5
30–39 ans	153	9,2*	11,8	5,9	17,0	40	20,0	35,0	10,0	37,5
≥40 ans	297	15,5*	16,2	10,1	19,5	59	16,9	18,6	13,6	25,4
Type de prestataire										
Médecin	13	7,7	7,7	7,7	7,7	19	21,1	15,8	15,7	21,1
Personnel infirmier	131	14,5	13,9	9,2	17,5	25	28,0	28,0	16,0	32,0
Sage-femme/autre	372	1,6	13,7	8,1	17,7	77	18,2	31,2	9,1	36,4

*Différences dans les tranches d'âge significatives à $p < 0,05$. N.B.: Différences évaluées par tests chi carré. Dans le secteur public, peu de prestataires de la pilule, de l'injectable et du préservatif étaient de sexe masculin.

moderne déclarent l'obtenir dans le secteur public (2% dans les hôpitaux, 17% dans les centres de santé, 43% aux postes de santé et 4% auprès d'autres établissements de santé publics; tableau 2, page 23). Dans le secteur public, les postes de santé sont le type d'établissement que les femmes mentionnent le plus souvent comme leur source pour la pilule (39%) et l'injectable (64%); les centres de santé sont la source la plus courante pour l'implant (60%). Vingt-six pour cent des jeunes femmes obtiennent leur méthode contraceptive dans le secteur privé. Elles s'adressent principalement aux établissements de santé privés pour le préservatif (61%), bien que 34% des utilisatrices l'obtiennent auprès d'ONG ou d'autres structures.

Restrictions d'âge minimum et d'état matrimonial

Les prestataires du secteur public imposent régulièrement une restriction d'âge minimum à l'offre de la contraception, y compris la pilule et l'injectable — deux des méthodes les plus utilisées par les jeunes femmes (tableau 3, page 23). Au total, 57% de ces prestataires déclarent n'être pas disposés à procurer la pilule à une cliente en deçà d'un certain âge: cette proportion est de 59% dans les hôpitaux, 47% dans les centres de santé et autres établissements publics et 46% dans les postes de santé. En ce qui concerne l'injectable, 44% des prestataires du secteur public imposent une restriction d'âge minimum, dans une proportion de 52% dans les hôpitaux, 43% dans les centres de santé, 40% dans les postes de santé et 37% dans les autres établissements publics. De plus, 45% des prestataires du secteur public imposent une restriction d'âge concernant l'implant, 25% en imposent une concernant le préservatif et 24% concernant la contraception d'urgence. Dans le secteur privé, la proportion des prestataires qui soumettent l'offre de la contraception à une limite d'âge minimum est de 49% pour la pilule, 41% pour l'injectable, 38% pour l'implant, 20% pour le préservatif et 21% pour la contraception d'urgence.

Globalement parlant, l'âge minimum médian exigé par les prestataires du secteur public déclarant soumettre la contraception à une restriction d'âge est de 17 ans pour la pilule et 18 ans pour l'injectable, l'implant, le préservatif et la contraception d'urgence. Pour l'implant, l'âge minimum médian peut aller jusqu'à 20 ans dans les hôpitaux et les centres de santé du secteur public. Dans le secteur privé, l'âge minimum médian est de 18 ans pour toutes les méthodes comprises dans l'étude.

De manière générale, les restrictions liées à l'état matrimonial sont moins courantes que celles imposées en fonction de l'âge. Au total, 12 à 14% des prestataires du secteur public déclarent exiger que la femme soit mariée pour lui prescrire la pilule, l'injectable ou l'implant, tandis que 8 à 9% imposent une restriction d'état matrimonial à l'offre du préservatif et de la contraception d'urgence. Dans les établissements du secteur privé, 21 à 30% des prestataires déclarent refuser la pilule, l'injectable, l'implant ou la contraception d'urgence aux femmes non mariées, par rapport à 12% pour le préservatif.

Restrictions en fonction des caractéristiques du prestataire

Les restrictions contraceptives varient en fonction des caractéristiques propres aux prestataires. Ainsi, dans le secteur public, une plus grande proportion de prestataires de sexe masculin déclare imposer une restriction d'âge minimum à l'offre de l'injectable (54% par rapport à 39% des prestataires féminines; tableau 4); les hommes sont aussi plus susceptibles que leurs homologues féminines de limiter l'accès des jeunes clientes à au moins une des trois méthodes à l'étude (58% par rapport à 45%). Dans le secteur privé, les prestataires masculins sont généralement plus susceptibles que leurs homologues féminines d'imposer des restrictions d'âge minimum à la provision de la contraception, sans que ne se révèlent toutefois de différences significatives. Il est important de noter que, dans le secteur public comme le secteur privé, peu de prestataires de la pilule, de l'injectable et du préservatif sont de sexe masculin.

Dans le secteur public aussi bien que privé, la proportion des prestataires qui déclarent imposer des restrictions d'âge minimum à l'offre de la contraception reste généralement constante dans leurs différentes tranches d'âge. En ce qui concerne le type de prestataire, dans le secteur public, de plus grandes proportions de personnel infirmier déclarent imposer une restriction d'âge minimum à l'offre de la pilule (62% par rapport à 33–43% des autres prestataires) ou d'au moins une des trois méthodes (57% par rapport à 39–44%). La tendance est similaire dans le secteur privé, sans que n'apparaissent toutefois de différences significatives.

Nos analyses des restrictions imposées en fonction de l'état matrimonial ne produisent qu'une observation significative: la proportion du personnel des établissements publics de santé non disposé à fournir la pilule aux femmes non mariées augmente avec l'âge du prestataire (de 5% parmi ceux de moins de 30 ans à 9% dans la tranche de 30 à 39 ans et 16% à partir de 40 ans; tableau 5). La tendance semble applicable aussi à l'offre de l'injectable et du préservatif dans le secteur public, mais elle est inverse pour la pilule et l'injectable dans le secteur privé, sans qu'aucune différence significative n'apparaisse toutefois.

De manière générale, les prestataires féminines sont légèrement plus susceptibles que leurs homologues masculins d'exiger que leurs clientes soient mariées pour leur procurer la contraception; elles sont de même plus susceptibles d'imposer des restrictions dans le secteur privé que leurs homologues du secteur public. En ce qui concerne le type de prestataire, les restrictions en fonction de l'état matrimonial sont généralement plus courantes parmi le personnel infirmier que parmi les autres prestataires du secteur public. Dans le secteur privé, les sages-femmes se révèlent les plus susceptibles de limiter l'accès des femmes non mariées à la contraception.

D'autres analyses (non décrites ici) n'indiquent aucune corrélation entre les restrictions d'âge minimum et celles de parité.

DISCUSSION

Tandis que le besoin non satisfait reste élevé au Sénégal,²⁴ les programmes de planification familiale se trouvent confrontés aux défis des obstacles d'accès et d'utilisation. Les jeunes présentent des niveaux de pratique contraceptive particulièrement faibles, en dépit de leur connaissance des méthodes.³ D'après les résultats de notre étude, dans les milieux urbains du Sénégal, environ un cinquième seulement des jeunes femmes mariées et un quart de celles non mariées sexuellement actives déclarent pratiquer une méthode contraceptive moderne. De plus, une jeune femme mariée sur cinq et une jeune femme non mariée sexuellement active sur 10 présentent un besoin non satisfait de contraception. Ces niveaux de pratique et de besoin non satisfait laissent entendre une nécessité d'amélioration des services de planification familiale à l'intention des jeunes des milieux urbains du Sénégal.

Un objectif important de cette étude était d'examiner la part des restrictions imposées par les prestataires dans l'accès des jeunes femmes aux contraceptifs. Les prestataires jouent un rôle essentiel afin d'assurer l'accès des jeunes à la contraception, leur adoption d'une méthode et leur persévérance: leurs partis pris et restrictions sont donc d'autant plus susceptibles d'entraver leur accès et leur pratique.

Selon nos résultats, les prestataires du Sénégal semblent généralement plus susceptibles d'imposer des restrictions en fonction de l'âge que de l'état matrimonial, selon une tendance déjà signalée dans la recherche antérieure.¹⁴ Plus de la moitié des prestataires du secteur public et près de la moitié de ceux du secteur privé déclarent soumettre l'offre de la pilule à une restriction d'âge minimum. De telles restrictions, pour la pilule et l'injectable, sont particulièrement inquiétantes, car il s'agit des deux méthodes les plus utilisées par les jeunes femmes mariées. Pour la contraception d'urgence et le préservatif, les restrictions d'âge minimum sont relativement moins courantes dans le secteur public comme dans le privé. La restriction de l'accès des jeunes femmes à ces méthodes n'en demeure pas moins problématique. La contraception d'urgence offre aux jeunes femmes un moyen efficace de prévention d'une grossesse non désirée après un rapport non protégé et le préservatif – la méthode utilisée par la plus grande proportion des jeunes femmes non mariées sexuellement actives – est la seule méthode qui protège, en plus de la grossesse, contre les IST (VIH compris).

En moyenne, les prestataires du secteur public comme du privé exigent l'âge minimum de 18 ans pour la plupart des méthodes contraceptives à l'étude. Il s'agit là d'un obstacle majeur à l'accès, non seulement des jeunes adolescents, mais de la plupart des adolescents et de certains jeunes adultes aussi. Il ne semble pas que les prestataires considèrent la parité dans leurs décisions de restreindre l'accès en fonction de l'âge.

Nous avons constaté que les prestataires masculins – du secteur public en particulier – sont plus susceptibles que leurs homologues féminines d'imposer des restrictions d'âge minimum pour la pilule, le contraceptif injectable et

le préservatif. Toujours dans le secteur public, le personnel infirmier est plus susceptible d'imposer ces mêmes restrictions. Il importe toutefois de prendre le contexte en compte dans l'interprétation des résultats: au Sénégal, peu de prestataires du secteur public sont de sexe masculin, et différents types de prestataires assument différents rôles dans la prestation des services.

Les études antérieures ont démontré que les restrictions des prestataires reflètent leurs normes sociales et leurs valeurs.^{20–22} Ainsi, d'après Batieno, le choix de méthodes que les prestataires proposent à leurs clientes pourrait bien perpétuer les normes et les valeurs de la société.²¹ Au Sénégal, les restrictions imposées par les prestataires reflètent très vraisemblablement la longue histoire de pratiques restrictives de planification familiale et d'un milieu social généralement conservateur.^{1,3} Les normes s'opposent vigoureusement à la sexualité pré-nuptiale, en particulier pour les femmes, et les prestataires de la santé tendent peut-être à promouvoir l'abstinence des jeunes femmes, tout en restreignant l'accès des femmes non mariées à la pilule.⁹ Ils hésitent peut-être aussi à proposer la contraception (y compris le préservatif) aux jeunes, de crainte de les voir couverts d'opprobre par leurs parents ou par d'autres membres de la communauté.

En ce qui concerne la prestation de services de planification familiale, l'intérêt défini par l'état de la connaissance médicale et des progrès de la science doit l'emporter sur les normes sociales. Selon le rapport des critères de recevabilité publié par l'Organisation mondiale de la Santé, même les considérations médicales exprimées à l'encontre de certaines méthodes doivent être évaluées par rapport aux avantages de la prévention des grossesses non planifiées, dans le cas des jeunes en particulier.²³ L'approche des clientes dans le choix d'un contraceptif peut varier en fonction de considérations sociales individuelles, telles que la fréquence des rapports sexuels des jeunes adultes, par exemple, ainsi que de l'activité économique et des aspirations d'éducation des femmes. En l'absence d'un cadre réglementaire clair concernant l'offre de services aux jeunes, les prestataires de santé se réfèrent peut-être à leurs propres perspectives pour déterminer comment et quand leur proposer les services et méthodes. La formation adéquate des prestataires est essentielle à la prévention de leur restriction des options disponibles aux jeunes femmes. Les programmes de planification familiale doivent en outre organiser des interventions de suivi et de mise à jour plus régulières sur la contraception par la voie de forums et de séminaires à l'intention des prestataires. Les prestataires de santé ne possèdent peut-être pas, à l'heure actuelle, une connaissance suffisante des méthodes ou des conséquences sur la santé et effets secondaires potentiels de la contraception. Au Kenya et en Éthiopie, par exemple, le conseil et l'offre de la contraception d'urgence se sont avérés associés positivement au niveau supérieur de connaissance de la méthode par les prestataires.²⁴ Ainsi l'amélioration des connaissances des prestataires peut-elle élargir l'accès des clientes à la contraception.

Limites

Force nous est de reconnaître les limites de notre étude. Les données relatives aux caractéristiques des prestataires étaient limitées, de sorte qu'aucune analyse multivariée n'a pu être réalisée concernant les associations entre ces caractéristiques et les restrictions d'âge ou d'état matrimonial. Comme deux à quatre prestataires seulement ont été interviewés par établissement de santé, les données ne représentent pas nécessairement tous les prestataires au niveau de la structure. Nous estimons toutefois la procédure de collecte adéquate aux fins de notre étude, considérant que tous les établissements des sites d'étude étaient admis à l'inclusion, plutôt qu'un échantillon aléatoire — souvent utilisé dans les analyses de situation.²⁵ Une certaine tendance à arrondir l'âge est intervenue dans nos données concernant la restriction d'âge minimum imposée par le prestataire, en particulier à l'âge de 18 ans et à tous les âges comportant le chiffre «0» ou «5» au-delà de 15 ans. Il s'agit là d'une question de qualité des données sur les restrictions en fonction de l'âge déclarées par les prestataires de santé. Enfin, les données d'enquête des femmes concernant les raisons de non-utilisation (parmi celles qui n'utilisent pas de contraceptifs) ne cernent pas pleinement la mesure dans laquelle les restrictions imposées par les prestataires peuvent expliquer le non-usage.

CONCLUSIONS

Quelques recommandations en matière de programmes se dégagent des conclusions de cette étude. D'abord, les programmes de formation et d'éducation du personnel médical du Sénégal doivent chercher à réduire les obstacles imposés inutilement par les prestataires à l'accès aux contraceptifs, notamment les restrictions en fonction de l'âge et de l'état matrimonial. Tout le personnel des établissements du secteur public aussi bien que privé doit en bénéficier, avec toutefois un certain ciblage des prestataires masculins, du personnel infirmier et du personnel plus âgé, étant donné que ces groupes semblent plus susceptibles d'imposer ce type de restrictions. De tels programmes pourraient contribuer à l'élargissement de l'accès et de la pratique contraceptive parmi les jeunes femmes, à de moindres niveaux de besoin non satisfait et à de meilleurs résultats de santé dans les milieux urbains du Sénégal et au-delà.

Ensuite, tous les protocoles ou politiques de prestation de services de planification familiale doivent énoncer clairement que les jeunes sont admis à bénéficier de ces services. Les documents actuels relatifs aux normes et aux protocoles applicables au Sénégal ne précisent aucune restriction réglementaire à l'accès des jeunes aux services de planification familiale. Ils ne comportent toutefois pas non plus de stipulation officielle claire confirmant la nécessité d'un accès sans restriction des adolescents et des jeunes. Faute de message clair à cet égard, les prestataires du Sénégal peuvent définir leurs critères de restriction en fonction de leurs propres valeurs et opinions concernant la sexualité et la contraception.

RÉFÉRENCES

1. Wilson E, *Reproductive Health Case Study, Senegal*, Washington, DC: Futures Group International, 1998, <<http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/senegal.pdf>>, site consulté le 21 août 2013.
2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Sénégal et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010–2011*, Calverton, MD, É.-U.: ANSD et ICF International, 2012.
3. FHI 360, *Senegal: Community Health Workers Successfully Provide Intramuscular Injectable Contraception*, Dakar, 2013, <<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/community-health-workers-intramuscular-depo-senegal.pdf>>, site consulté le 8 juillet 2014.
4. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, n° 37.
5. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
6. Measurement, Learning and Evaluation (MLE) Project, 2011 *Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Service Delivery Site Survey: Final Report*, Chapel Hill, NC, É.-U.: IntraHealth International, 2012, <http://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/issu_service_delivery_site_baseline_survey_english.pdf>, site consulté le 12 mai 2013.
7. Katz K et Naré C, Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Sénégal, *Journal of Biosocial Science*, 2002, 34(2):215–231.
8. International Youth Foundation (IYF), *Youth Map Senegal, Youth Assessment: The Road Ahead, Vol. 1: Main Report*, Baltimore, MD, É.-U.: IYF, 2011, <http://www.iyfnet.org/sites/default/files/YouthMap_Senegal_Vol.1_Report.pdf>, site consulté le 12 mai 2013.
9. Naré C, Katz K et Tolley E, Adolescents' access to reproductive health and family planning services in Dakar (Senegal), *African Journal of Reproductive Health*, 1997, 1(2):15–25.
10. Blanc AK et al., Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(2):63–71.
11. Biddlecom AE et al., Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):99–110.
12. Bankole A et al., Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in Sub-Saharan Africa, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):197–220.
13. Speizer IS et al., Do service providers in Tanzania unnecessarily restrict clients' access to contraceptive methods? *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(1):13–20 & 42.
14. Miller K et al., How providers restrict access to family planning methods: results from five African countries, dans: Miller K et al., eds., *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, New York: Population Council, 1998, pp. 159–180.
15. République du Sénégal, loi n° 2005–18, du 5 août 2005, relative à la santé de la reproduction, Chapitre IV, Article 10.
16. République du Sénégal, *Politiques et Normes de Services de SR*, Sénégal, Dakar, Sénégal: Division de la Santé de la Reproduction, 2007.
17. République du Sénégal, *Plan National du Développement Sanitaire du Sénégal (PNDS 2009–2018)*, Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009.
18. République du Sénégal, *Plan d'Action National de Planification Familiale 2012–2015*, Dakar, Sénégal: Division de la Santé de la Reproduction, 2012.
19. Measurement, Learning and Evaluation (MLE) Project, 2011 *Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Household Survey: Final Report*, 2012, <https://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/Final_Household_Baseline_Report_ISSU_April%2026%202012%20F.pdf>, site consulté le 15 décembre 2013.

20. Quesnel A et Samuel O, Mexique: Femmes entre mari et médecin, *Histoires de Développement*, 1993, <http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/b_fdi_33-34/38840.pdf>, site consulté le 23 novembre 2012.
21. Bationo BF, Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso, *Agora Débats/Jeunes*, 2012, <www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunes-2012-2-page-21.htm>, site consulté le 23 novembre 2012.
22. Stanback J et Twum-Baah K, Why do family planning providers restrict access to services? An examination in Ghana, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):37-41.
23. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 4^e édition, Genève: OMS, 2009, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/index.html>, version anglaise consultée le 23 novembre 2012.
24. Judge S, Peterman A et Keesbury J, Provider determinants of emergency contraceptive counseling and provision in Kenya and Ethiopia, *Contraception*, 2011, 83(5):486-490.
25. Miller R et al., *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*, New York: Population Council, 1997.

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à la Fondation Bill et Melinda Gates pour son soutien de l'Initiative de Santé Urbaine (ISU) dans les pays cibles, ainsi que du projet MLE, composant d'évaluation de l'initiative. Le temps d'analyse de l'auteure principale a été couvert par la Fondation Gates dans le cadre du projet MLE (subvention 52037).

Coordonnées de l'auteur: ;;esidze@aphrc.org