

2 m 11. 2904.7

Université de Montréal

**Les obstacles à la planification familiale au
Tchad à travers l'Enquête Démographique
et de Santé, 1996-97**

Par

Tchobkréo BAGAMLA

**Département de Démographie
Faculté des Arts et des Sciences**

**Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
pour l'obtention du grade de
Maître ès Science (M. Sc.)
en Démographie**

Août, 2001

© Tchobkréo Bagamla



HB

881

1154

2001

n. 006

Université de Montréal
Faculté des Arts et des Sciences

Ce mémoire intitulé :

Les obstacles à la planification familiale au
Tchad à travers l'Enquête Démographique
et de Santé, 1996-97

présenté par :

Tchobkréo Bagamla

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Thomas K. LeGrand : Président-rapporteur
Victor Piché : Directeur de recherche
Évelyne Lapierre-Adamcyck : Membre du jury

Mémoire accepté le 17 septembre 2001

Remerciements

Le présent travail n'aurait été possible sans les soutiens financier, matériel et moral apportés par des institutions et diverses personnes durant toute ma formation. Je tiens tout particulièrement à leur exprimer ma reconnaissance. Il s'agit notamment :

De la Banque Mondiale à travers le 'Programme conjoint de Bourses Japon/Banque Mondiale', pour avoir financé cette formation et rendu agréable mon séjour au Canada;

Du professeur Victor Piché qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de me diriger dans ce travail de recherche;

Des professeurs Évelyne Lapierre-Adamcyk et Thomas K. LeGrand de leurs observations pertinentes et pour avoir accepté de faire partie du jury d'évaluation;

De Fangamla et de Gaïkodé qui, durant mon absence n'ont cessé d'assister ma famille;

Des collègues Germain Bingoly, Jean Christophe Fotso, Boubacar Bayero Diallo et Macoumba Thiam d'une part, de leur disponibilité pour la lecture des différents chapitres de ce mémoire et d'autre part, de leurs apports techniques et soutien moral;

Je ne peux oublier Roné Beyem Ngakoutou, ancien Directeur de la Statistique du Tchad et Djimtoingar Nadjounoum qui, par leurs conseils, m'ont toujours encouragé à poursuivre mes études supérieures.

En fin, que tous ceux qui, de près ou de loin m'ont aidé à parachever cette formation, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

À ma défunte mère Maïgouba qui m'a quitté prématurément sans jouir des fruits de ses énormes sacrifices consentis pour mon éducation. Ô maman, je te resterai reconnaissant durant toute ma vie;

À mon épouse Maï-Awé Odile et mes enfants Houkiao Marcelline, Lhenâwa Inès et Gonba Paul, pour avoir enduré mon absence pendant deux longues années;

À mon père Bagamla Dibingué, pour ses conseils et soutiens qui ne m'ont jamais fait défaut;

Je dédie ce mémoire.

Sommaire

Le présent mémoire est un exercice visant à identifier et analyser les obstacles à la planification familiale au Tchad. Pour l'identification de ces obstacles, nous nous sommes fortement inspiré des travaux de Pradervand (1970) et de Alan et Omran (1984). Les données que nous avons utilisées sont celles collectées lors de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996-97 au Tchad. Avant de passer à l'identification des obstacles, nous avons tout d'abord décrit quelques aspects de la fécondité au Tchad et les caractéristiques des femmes qui connaissent et utilisent les méthodes contraceptives.

Les données analysées indiquent que la fécondité au Tchad demeure précoce et élevée. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 6,6 enfants par femme et varie peu selon le lieu de résidence. À 17 ans, 2 femmes sur 5 ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes et, à 19 ans, plus de 3 femmes sur 5 ont déjà commencé leur vie féconde, dont la majorité (62%) a déjà au moins un enfant. À 25 ans, presque toutes les femmes (98 %) sont déjà entrées en union. Quant aux tendances actuelles de la fécondité, on constate une baisse sensible des taux au cours de la période 0-4 ans avant l'enquête, mais cette baisse est très faible et ne permet pas de se prononcer sur un éventuel début d'une baisse de la fécondité au Tchad.

La description des caractéristiques des femmes révèle que celles qui semblent connaître et utiliser les méthodes contraceptives sont en général des femmes chrétiennes, plus instruites et âgées de moins de 35 ans, qui résident en milieu urbain, occupent un emploi

non agricole hors du domicile conjugal, sont mères d'au plus 5 enfants (vivants ou nés vivants), leur partenaire occupe un emploi non agricole et elles écoutent quotidiennement les messages publicitaires à la radio sur la PF.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que le nombre d'enfants vivants, l'instruction de la femme, sa résidence urbaine, son emploi non agricole hors du domicile conjugal, l'emploi non agricole de son partenaire, son appartenance à la religion chrétienne et le fait qu'elle écoute quotidiennement les messages sur la PF à la radio sont des facteurs positivement associés à la connaissance de la contraception.

Quant aux facteurs suivants : le nombre d'enfants vivants, l'instruction de la femme, sa résidence urbaine, l'emploi non agricole de son partenaire et son appartenance à la religion chrétienne, ils se révèlent tous significativement et positivement associés tant bien à l'utilisation passée qu'à l'utilisation actuelle de la contraception. En plus de ces cinq facteurs, l'utilisation actuelle présente une association négative avec la parité de la femme.

De cette analyse, il ressort que les obstacles à la PF au Tchad sont : la mortalité des enfants, le faible niveau d'instruction des femmes et la concentration des centres de PF dans les milieux urbains.

Table des matières

SOMMAIRE	I
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Objectifs du mémoire	2
Démarche	4
Présentation du Tchad	6
<u>CHAPITRE I :</u>	
CADRE THÉORIQUE ET SOURCES DE DONNÉES	11
1.1 Cadre théorique	11
1.1.1 Définition de quelques concepts	11
a) Programmes de planification familiale	
b) Concepts de contraception	
1.1.2 Les facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception	15
1.1.3 Choix des variables	23
a) Variables démographiques	
b) Variables socio-économiques	
c) Variables communicationnelles	
1.1.4 Hypothèses de recherche	28
1.1.5 Méthodes d'analyse	29
1.2 Sources de données et échantillonnage	29
<u>CHAPITRE II :</u>	
DESCRIPTION DE QUELQUES ASPECTS DE LA FÉCONDITÉ AU TCHAD	31
2.1 Niveau de fécondité et fécondité différentielle	32
2.1.1 Niveau de fécondité	32
2.1.2 Fécondité différentielle	34
2.2 Fécondité des adolescentes	37
2.3 Tendances de la fécondité	39
Conclusion	42
<u>CHAPITRE III :</u>	
CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD	44
3.1 Connaissance des méthodes contraceptives	45
3.2 Utilisation passée de la contraception	49
3.3 Utilisation actuelle de la contraception	52
Conclusion	57

CHAPITRE IV :	
ANALYSE MULTIVARIÉE DES FACTEURS DE CONNAISSANCE ET D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD	61
4.1 Les facteurs explicatifs de la connaissance de la contraception	62
4.2 Facteurs explicatifs de l'utilisation passée de la contraception	67
4.3 Facteurs explicatifs de l'utilisation actuelle de la contraception	73
4.4 Interprétation contextuelle des résultats de l'analyse multivariée	78
4.5 Les obstacles à la planification familiale au Tchad	82
4.5.1 Mortalité des enfants	83
4.5.2 Faible niveau d'instruction des femmes	85
4.5.3 Localisation urbaine des centres de planification familiale	86
Conclusion	87
CONCLUSION GÉNÉRALE	89
RECOMMANDATIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	VIII

Liste des tableaux

<u>Tableau II-1:</u> Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux de fécondité générale (TFG) et taux brut de natalité pour les 5 années précédant l'enquête, Tchad 1996-97	33
<u>Tableau II-2:</u> Indice synthétique de fécondité (ISF) pour les 5 années précédant l'enquête et nombre moyens d'enfants nés vivant pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97	37
<u>Tableau II-3:</u> Adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu au moins un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant, selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97	38
<u>Tableau II-4:</u> Taux de fécondité par âge (pour 1000 femmes) pour les 20 années précédant l'enquête, Tchad 1996-97	41
<u>Tableau II-5 :</u> Quelques indicateurs de fécondité au Tchad et dans certains pays du Sahel	42
<u>Tableau III-1:</u> Connaissance au moins d'une méthode contraceptives selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97	48
<u>Tableau III-2:</u> Utilisation passée des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97	51
<u>Tableau III-3:</u> Utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97	54
<u>Tableau III-4:</u> Utilisation actuelle de la contraception selon l'approbation de la PF Par les membres du couple et selon la discussion au sein du couple au sujet de la PF, Tchad 1996-97	56
<u>Tableau III-5 :</u> Niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception des femmes en union au Tchad et dans certains pays de la sous-régions	57
<u>Tableau III-6 :</u> Répartition des femmes en union qui veulent encore d'enfants selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97	60

<u>Tableau IV-1</u> : Régression logistique de la connaissance de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")	65
<u>Tableau IV-2</u> : Régression logistique de la connaissance de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")	66
<u>Tableau IV-3</u> : Régression logistique de l'utilisation passée de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")	71
<u>Tableau IV-4</u> : Régression logistique de l'utilisation passée de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")	72
<u>Tableau IV-5</u> : Régression logistique de l'utilisation actuelle de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")	76
<u>Tableau IV-6</u> : Régression logistique de l'utilisation actuelle de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97 (Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")	77

Liste des figures

- Figure 1** : Carte administrative du Tchad 5
- Figure 2.1** : Taux de fécondité par âge pour l'ensemble des femmes en âge de procréer et selon le lieu de résidence 34
- Figure 2.2** : Taux de fécondité par âge selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1993 et selon l'enquête démographique et de santé de 1996-97 au Tchad 40

Introduction générale

La planification familiale (PF) est un sujet d'actualité au Tchad. Pendant longtemps, le pays s'est orienté vers une politique pro-nataliste. Cette orientation politique a été officiellement réaffirmée à la conférence internationale sur la population à Bucarest en 1974¹. Dix ans après, sous l'effet conjugué de la crise économique et des troubles politiques, le pays a commencé à sentir la nécessité d'intégrer la variable population dans la politique de développement. La première des mesures a été la création en 1984 d'un service de Santé Maternelle et Infantile (SMI) au Ministère de la Santé Publique. En mai 1988, deux séminaires de sensibilisation sur les problèmes de population ont été organisés à N'Djaména. En octobre 1988, une conférence internationale sur le bien être familial au Tchad a eu lieu à N'Djaména. Tous ces séminaires avaient pour objectif de sensibiliser et de préparer l'opinion nationale avant la tenue de la conférence sous-régionale sur les problèmes de population au Sahel². Au mois de décembre de la même année, cette conférence a eu lieu à N'Djaména. Au cours de cette conférence, les pays du Sahel ont été invités à adopter et à mettre en œuvre les politiques de population. Au sortir de la conférence, plusieurs associations et unités de coordination des activités en matière de population ont vu le jour. En 1993, le Tchad a abrogé la loi française de 1920 qui interdisait l'importation, la vente des contraceptifs et la propagande anticonceptionnelle. Par cette abrogation, les décideurs politiques du pays cherchent ainsi à libéraliser la vente des contraceptifs dans l'objectif de porter la prévalence contraceptive qui était d'environ 1 % en 1990, à 30 % en 2015. En juillet 1994, la Déclaration de Politique

¹ Voir Document d'intention de la politique de population du Tchad. 1974.

² Les pays du Sahel sont au nombre de 9 et se composent du Burkina Faso, du Cap-Vert, de la Gambie, de la Guinée Bissau, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal et du Tchad.

de Population a été adoptée par l'Assemblée Nationale. Dès lors, les activités en matière de population se sont donc généralisées avec le développement du programme Santé Maternelle et Infantile/Bien Être familial (SMI/BEF).

Cependant, jusqu'à l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1996-97, la prévalence contraceptive était mal connue, les données disponibles étaient basées sur des approximations. Les données issues de l'EDS ont permis d'estimer les niveaux de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives. Ils sont faibles : 45% des femmes connaissent des méthodes contraceptives (modernes et traditionnelles), 8,1 % les ont utilisées à un moment quelconque et seulement 3,9 % en utilisent au moment de l'enquête. Ce faible niveau de la prévalence contraceptive nous conduit à nous interroger : pourquoi les Tchadiennes n'utilisent-elles pas la contraception ? Certainement, derrière la réticence des femmes à pratiquer les méthodes contraceptives, il doit y avoir des mobiles qu'il faut chercher à identifier et analyser. Dans notre tentative de répondre à la question ci-dessus nous nous posons encore une autre question qui se résume en termes d'obstacles à la PF. Autrement dit, **quels sont les obstacles à la planification familiale au Tchad ?** Ainsi se formule notre question de recherche.

OBJECTIFS DU MÉMOIRE

La présente étude vise à répondre à la question formulée ci-dessus. En d'autres termes, l'étude cherche à :

- identifier et analyser les obstacles à la PF ;
- proposer des pistes de réflexion à partir des obstacles identifiés.

L'identification des obstacles pourrait, à notre avis, contribuer à reformuler et orienter les programmes de PF mis en chantier ces dernières années au Tchad et qui ont du mal à s'enraciner. L'étude portera seulement sur les femmes âgées de 15-49 ans en union au moment de l'enquête. Plusieurs raisons militent en faveur de ce choix. Premièrement, le but ultime de la contraception est de réduire la fécondité ou d'espacer les naissances. Comme au Tchad, l'essentiel de la fécondité se réalise au sein de l'union, soit 90 % des naissances enregistrées lors de l'EDS (EDS, Tchad 1996-97), il devient utile de se focaliser sur ce groupe cible. Deuxièmement, la connaissance des méthodes contraceptives ainsi que leur utilisation ne dépendent pas seulement du bon vouloir des utilisatrices. Plusieurs études mettent l'accent sur les caractéristiques socio-économiques et l'attitude du partenaire (Anastasia, 1995; Gbolahan et McCarthy, 1986). En prenant en compte les femmes non mariées, nous craignons de ne pas avoir l'information sur l'aspect communication au sein du couple qui entoure la pratique contraceptive. Troisièmement, les données de l'EDS indiquent qu'il n'existe pratiquement pas de différence entre la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes et de celles en union; elle est respectivement de 3,9% et 4,1%. Pour éviter les problèmes liés aux petits nombres et à la qualité des données sur les femmes qui ne sont pas en union, nous avons décidé de les exclure. De plus, 78,2 % des femmes interviewées à l'EDS étaient en union au moment de la collecte. C'est pour toutes ces raisons que nous avons jugées utile de nous en tenir qu'aux femmes en union. Le terme "union" est utilisé en lieu et place de "mariage" en raison du contour juridique imprécis du concept de mariage au

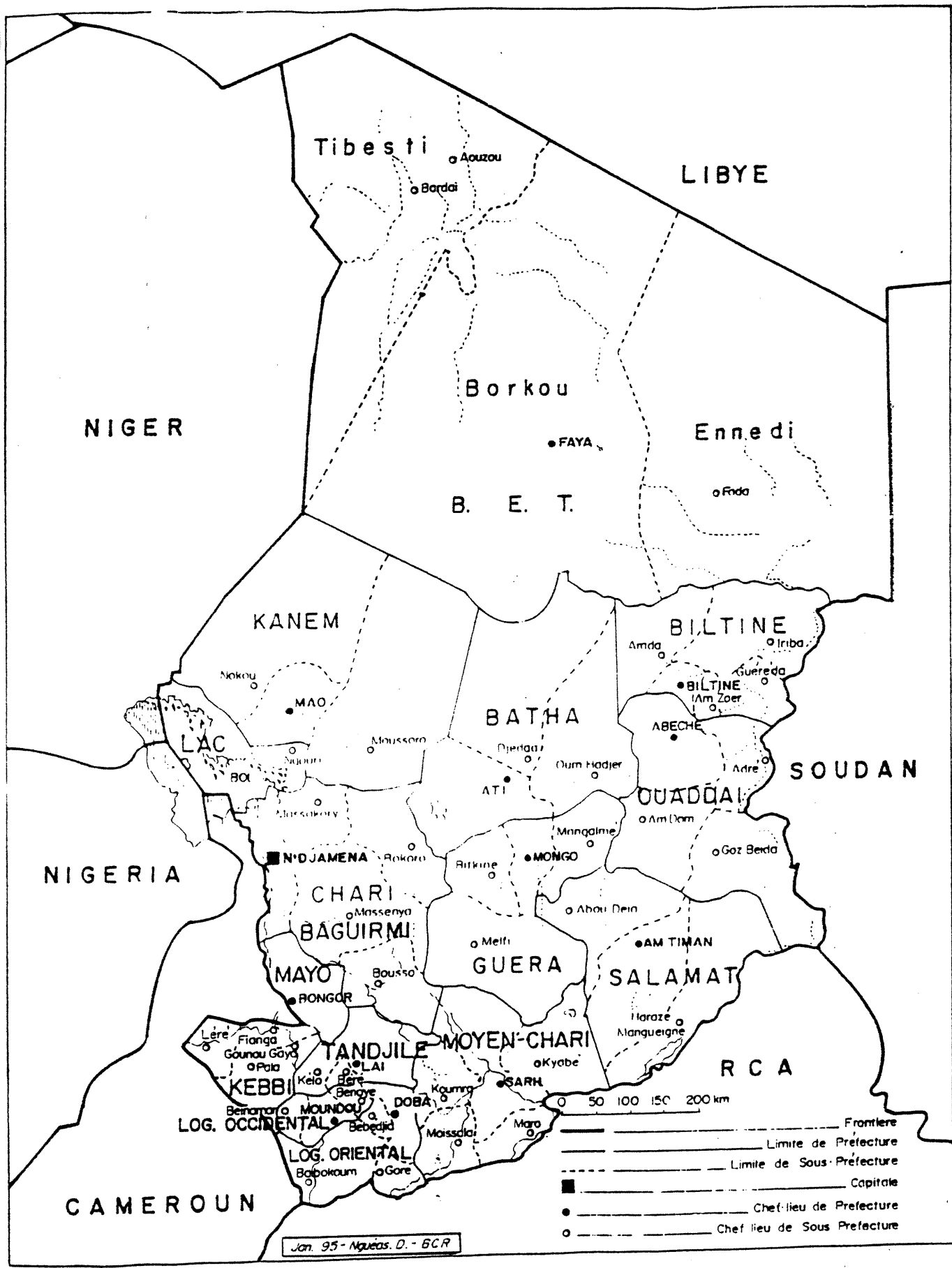
Tchad. Le statut de la femme en union au Tchad, il convient de le souligner, regroupe tout à la fois le mariage civil, le mariage religieux et le mariage coutumier³.

DÉMARCHE

Les grandes lignes de notre étude sont les suivantes : elle comprendra deux parties. La première partie regroupera deux chapitres. Le chapitre 1 présentera le cadre théorique et les sources de données. La section qui porte sur le cadre théorique nous conduira à faire une revue de la littérature sur les concepts de "contraception", de "planification familiale" ainsi que sur les facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception dans les pays en voie en développement. C'est également dans cette section que nous procéderons au choix des variables, à la formulation des hypothèses et à la présentation des méthodes d'analyse. Le chapitre se terminera par un bref aperçu aussi bien sur l'échantillonnage que sur les données utilisées dans le cadre de cette étude. Dans le chapitre 2, nous décrirons quelques aspects de la fécondité au Tchad à savoir son niveau, ses variations différentielles, ses tendances ainsi la fécondité des adolescentes. L'analyse des résultats constituera la deuxième partie de notre étude : le chapitre 3 traitera de l'analyse descriptive des caractéristiques des femmes par rapport à la connaissance et à l'utilisation de la contraception au Tchad, et une analyse multivariée (chapitre 4) tentera de faire ressortir les facteurs explicatifs de la connaissance et de la pratique contraceptive. C'est également dans ce chapitre que seront identifiés les facteurs associés à la non-utilisation de la contraception, facteurs vus en termes d'obstacles. Notre étude se terminera par la conclusion générale et les recommandations.

³ Le mariage coutumier est reconnu par le code de la famille au Tchad. Il peut regrouper entre autres le mariage célébré devant les chefs traditionnels et l'union libre.

Carte administrative du Tchad



PRÉSENTATION DU TCHAD

- Situation géographique

Le Tchad est situé entre le 7° et le 24° degré de latitude Nord et le 13° et le 24° degré de longitude Est. Par sa superficie de 1 284 000 km², il occupe le 5^e rang des pays les plus vastes d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo (ex Zaïre) et la Libye. Du nord au sud, il s'étend sur 1 700 km et, de l'est à l'ouest sur 1000 km.

De par sa position géographique, au sud du Tropique du Cancer et au cœur du continent africain, le Tchad est marqué par une continentalité accentuée. Il partage les frontières communes avec les pays suivants : au nord, la Libye, à l'est, le Soudan, au sud, la République Centrafricaine et, à l'ouest, le Cameroun, le Nigeria et le Niger. Le pays souffre d'un double enclavement extérieur et intérieur. Le port le plus proche est situé à Douala (Cameroun) à 1600 km de N'Djaména la capitale politique et administrative du pays. À l'intérieur, les communications sont difficiles à cause des routes non bitumées et des inondations pluviales qui rendent inaccessibles certaines régions du pays.

Sur le plan climatique, il existe trois zones : la zone saharienne qui s'étend sur environ 780 000 km², avec une pluviométrie très basse de moins de 300 mm par an. Cette zone occupe la partie nord du pays. La zone soudanienne couvre la partie sud du pays d'environ 130 000 km² et est constituée par les deux bassins des fleuves Chari et Logone. Les pluies y sont relativement abondantes. Elles dépassent les 700 mm par an et atteignent parfois 1200 à 1300 mm dans certaines régions. La zone sahélienne qui est située au centre du pays entre la première et la deuxième zone a

une superficie de 374000 km². Les pluies n'y sont pas abondantes et durent deux à trois mois avec des niveaux de 400 à 700 mm. Au Tchad, on distingue généralement deux saisons : la saison des pluies et la saison sèche. La saison des pluies dure 4 à 6 mois dans la zone soudanienne, 3 à 4 mois dans la zone sahélienne et à peine 2 mois dans la zone saharienne.

A chaque zone correspond un type de végétation. Ainsi, la végétation est marquée du sud au nord par la forêt soudano-guinéenne qui cède rapidement place à la forêt clairsemée et boisée, puis à la savane arbustive, et plus au nord à la steppe dont les confins sont caractérisés par les dunes et les ergs du désert saharien.

- **Situation politique et administrative**

Ancienne colonie française, le Tchad a accédé à l'indépendance le 11 août 1960. Moins de 4 ans après l'indépendance, son développement a été miné par une succession des crises politico-militaires qui ont eu des conséquences désastreuses sur son potentiel économique. D'une manière générale, la gestion du gouvernement se caractérisait par :

- un gaspillage des ressources publiques en raison, principalement, du poids des dépenses militaires et de l'inadéquation du mode d'allocation budgétaire ;
- une prédominance de l'État, organisé sur une base fortement centralisée, tandis qu'un rôle négligeable était laissé au secteur privé et à la société civile ;
- une absence de possibilité d'expression, faute d'élections démocratiques, de moyens d'informations libres et de relais permettant à la population de participer à gestion du développement.

Depuis 1990, le pays a renoué avec le processus démocratique qui a conduit à la Conférence Nationale de 1993, à l'adoption d'une nouvelle constitution en 1996. Dans la même année, se sont tenues des élections législatives et présidentielles. Malgré ces avancées, des foyers de tension animés par des politico-militaires existent encore à l'heure actuelle par endroit à l'intérieur du pays.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 14 préfectures, 71 sous-préfectures, 23 postes administratifs, 54 communes, 11 sultanats et 446 cantons. La nouvelle constitution prévoit une forte décentralisation en vue de rapprocher l'administration des administrés et surtout la prise en main du développement par les collectivités locales.

- Historique du peuplement

Le peuplement du Tchad remonte à des temps très reculés. La brillante civilisation SAO (hommes de grandes tailles, ancêtres des tchadiens, atteignant parfois 2 mètres) a débuté avant l'ère chrétienne pour se terminer au 17^e siècle. Elle a laissé des statuettes en terre cuite et des bijoux en bronze aux abords de ce qui était la mer Paléo-Tchadienne, dont l'actuel Lac Tchad en constitue les eaux résiduelles (Lebeuf, 1962).

La mise en place des empires sahéliens, le Kamem-Bornou (10^e-17^e siècles) autour du Lac Tchad, le Baguirmi (16^e-19^e siècles) au centre-sud, le Ouaddaï (17^e-19^e siècles) à l'est, et des royaumes soudanais, le Gon de Léré (chef spirituel de la tribu Moundang, 17^e-19^e siècles), le Mbang de Bédaya (roi de la tribu Sara, 17^e-19^e siècles), formant un mosaïque d'ethnies et de religions, sont l'œuvre de plusieurs

civilisations qui se sont succédées dans le temps et dans l'espace sur le territoire national. De par sa position charnière en Afrique, le Tchad a joué dans le passé un rôle très important dans les échanges commerciaux entre les Arabes venus du nord et les peuples sédentaires du sud par l'intermédiaire de ses puissants empires. Ces empires ont connu tour à tour leur apogée et favorisé de ce fait dès le 6^e siècle l'islamisation des régions septentrionales du pays. Le christianisme s'est implanté plus tard (19^e siècle) dans la partie méridionale avec la pénétration de la colonisation (Magnant, 1994 et Chapelle, 1980).

La répartition actuelle de la population est donc le reflet d'une longue histoire de peuplement, sujette quelquefois à des contrastes et contraintes climatiques en sus desquels sont venus se greffer les douloureux événements (guerre civile) de 1979 (Bouquet, 1982 et Buijtenhuijs, 1987) qui ont occasionné des déplacements involontaires des populations.

- Connaissance de l'état de la population

L'état de la population du pays est resté longtemps inconnu. Pendant la période coloniale, l'on connaissait l'état de la population grâce aux recensements administratifs. L'indépendance n'a guère apporté de précisions en matière d'évaluation de la population. L'instabilité et l'insécurité qui ont suivi l'indépendance ont hypothéqué très tôt la réalisation des collectes.

Néanmoins quelques opérations de dénombrement ont été effectuées. Il s'agit notamment de l'enquête démographique par sondage de 1964 et le recensement administratif amélioré de 1968. Ces deux opérations à couverture partielle (l'enquête

de 1964 a couvert 8 préfectures sur 14 et le dénombrement de 1968, 11 sur 14), ont fourni des résultats incomplets ne pouvant satisfaire les décideurs et utilisateurs. Le recensement général de la population programmé en 1978 n'a connu son début d'exécution que dans sa phase cartographique. Les malheureux événements qui secouent le pays depuis 1979, par leur ampleur, rendent impossible tout processus de développement socio-économique sans une connaissance des ressources humaines. C'est pour cette raison qu'un autre projet de recensement a été initié par le Gouvernement Tchadien en 1982. C'est en 1993 qu'a eu lieu le premier recensement de la population dans l'histoire du Tchad. Selon ce recensement, la population Tchadienne était estimée à 6 193 538 habitants. Les estimations actuelles font état d'environ 7 millions d'habitants (Rapport du PNUD sur le Développement Durable, 2000).

Chapitre I : CADRE THÉORIQUE ET SOURCES DE DONNÉES

1.1 CADRE THÉORIQUE

1.1.1 Définition de quelques concepts

a) Programmes de PF

En matière de programmes de planification familiale, plusieurs définitions ont été proposées à travers le temps, mais les auteurs ne s'entendent pas sur les objectifs à atteindre. La théorie Néo-malthusienne, largement développée, met l'accent sur la limitation des naissances comme objectif à atteindre par un programme de PF. D'autres auteurs pensent que la PF peut avoir d'autres objectifs que la limitation des naissances (Hubert Gérard, 1983). Pour Berelson, les programmes de PF sont destinés à : *"mettre des renseignements sur la planification familiale, des services et des fournitures à la disposition des masses dans le monde en développement, afin de promouvoir le recours à des pratiques efficaces de régulation des naissances pour le bien-être de chaque famille, ou de la communauté nationale, et probablement des deux à la fois"* (Berelson, 1970 : 1). Pour Mauldin et Ascadi, la définition de Berelson limite le champ géographique des programmes de PF uniquement au monde en développement comme s'il était impossible de parler de la PF dans le monde développé. Ils proposent de ce fait une définition plus globale. Ainsi, selon les deux auteurs, un programme de PF se définit comme : *"des efforts organisés destinés à fournir des informations et des services de régulation de naissance, sur une base volontaire à une population cible, en vue de baisser sa fécondité et d'en améliorer sa santé"* (Mauldin et Ascadi, 1975 cités par Gregui, 1996 :12). Hubert Gérard quant à lui, trouve qu'il est mal aisé de parler de programmes de PF sans faire référence à une politique de population. Pour lui, les programmes de PF sont indissociables d'un

ensemble global qui constitue la politique de population d'un pays. Il définit d'abord la politique de population comme : *"un système de programmes intégrés, qui est élaboré et mis en œuvre dans le but explicite d'orienter ou de modifier le mouvement de la population dans un sens déterminé"* (Hubert Gérard, 1983 :25). Ensuite, il définit les programmes de PF qui font partie de ces programmes intégrés à travers leur objet : *"l'objet des programmes de planification familiale est de mettre à la disposition des couples l'information et les moyens techniques nécessaires pour pouvoir contrôler leur fécondité"*.

Pour ce qui nous concerne, nous disons que les programmes de PF tels qu'envisagés actuellement au Tchad ne se prêtent pas à la limitation des naissances, la théorie Néo-malthusienne, du moins pour l'instant ne trouve donc pas son application dans le contexte tchadien.

b) Concepts de contraception

Les auteurs qui ont essayé de définir ce qu'on appelle "contraception" s'accordent à reconnaître qu'il s'agit d'un moyen ou d'un procédé destiné à réguler la fécondité des êtres humains. Cependant, ces auteurs ne sont pas unanimes sur le caractère réversible ou irréversible de la contraception tout comme sa durée dans le temps. Pour Rozenbaum, on entend par contraception : *"tout procédé destiné à empêcher la conception, à la condition que le procédé soit temporaire et réversible"* (Rozenbaum, 1971 :11). En 1973, Dallayrac et Valabregue, Catherine trouvent que la définition de Rozenbaum est restrictive. Pour eux, le caractère temporaire ou réversible de la contraception est à laisser à l'appréciation de la personne qui choisit la méthode contraceptive. De ce fait, ils définissent la contraception comme : *"la pratique de*

moyens divers – méthodes, procédés et instruments - qui permettent à un homme ou une femme d'avoir des rapports sexuels sans qu'il y ait fécondation" (Dallayrac et Valabregue, Catherine, 1973 : 12). Vu le développement des stérilisations contraceptives au milieu des années 70 dans les pays industrialisés, cette définition ne tardera pas à être remise en cause. La contraception n'est pas seulement un moyen pour empêcher la fécondation de se réaliser, mais paraît de plus en plus pour les couples comme un "outil" de prévision de la fécondité. De plus son caractère irréversible est de moins en moins contesté dans certaines sociétés. Ainsi, Jocelyne Delage et Tessier indiquent que : *"quand on parle de contraception, on parle d'une façon de prévenir la conception d'un enfant, que ce soit à court ou à long terme ou de façon définitive"* (Jocelyne Delage et Tessier, 1988 :19). Cette définition semble prendre en compte aussi bien l'aspect espacement que le caractère temporaire ou irréversible de la contraception.

Parmi les trois concepts de contraception, celui de Rozenbaum entre en conflit avec le développement récent des méthodes telles que les stérilisations contraceptives féminine et masculine. Comme le comportement contraceptif dans les pays en développement en général, et au Tchad en particulier, milite en faveur de l'espacement des naissances, cette définition peut contenir une part de vérité et mérite de ce fait d'être approfondie. Mais pour ce qui nous concerne, nous pensons que le concept de contraception de Delage et Tessier cité ci-dessus, paraît plus opérationnel.

À partir de ces concepts, nous devons chercher à identifier quelques types de méthodes de contraception utilisées pour la régulation de la fécondité. Il importe de

souligner que le choix de telle ou telle méthode dépend du comportement reproductif ou de l'objectif de fécondité visé. On distingue généralement trois types de méthodes :

- **Les méthodes traditionnelles** : on cite la continence périodique, les gris-gris, les amulettes, les méthodes des cycles, le retrait ou coït interrompu. À cause de leur taux d'échec élevé, les méthodes traditionnelles sont en général considérées comme moins efficaces, mais le débat reste toujours ouvert surtout sur l'efficacité des gris-gris et des amulettes. En dehors du coït interrompu qui est une méthode de barrière, les mécanismes d'action des autres méthodes sont naturels. Les méthodes traditionnelles sont en général réversibles.
- **Les méthodes modernes** : il y a entre autres la pilule, le DIU ou stérilet, les préservatifs (condoms), l'injection vaginale, les spermicides, les diaphragmes et les stérilisations contraceptives masculine et féminine. Parmi les méthodes modernes, la pilule, le DIU ou stérilet, les préservatifs et les stérilisations contraceptives sont considérés comme efficaces. Les autres méthodes sont classées parmi les moins efficaces. En ce qui concerne leur mode d'action, le stérilet, les préservatifs et les diaphragmes sont des méthodes de barrière. La pilule, l'injection vaginale et les spermicides agissent par un mécanisme chimique tandis que les stérilisations contraceptives le sont par voie chirurgicale. En dehors des stérilisations contraceptives, les autres méthodes modernes sont réversibles.
- **Les méthodes mixtes** : c'est la combinaison des diverses méthodes décrites ci-dessus. Elle peut se faire soit entre quelques méthodes traditionnelles seulement, soit entre des méthodes traditionnelles et des méthodes modernes, soit des méthodes modernes uniquement.

1.1.2 Les facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception

Pendant longtemps, l'étude de la connaissance et de la pratique de la contraception dans les pays en développement est demeurée un domaine non exploré. Les vagues d'enquêtes à savoir : les enquêtes connaissances, aptitudes et pratiques (CAP), et les enquêtes mondiales de la fécondité (EMF) ont permis aux chercheurs intéressés d'explorer le sujet. Avec la mise en route des enquêtes démographiques et de santé (EDS) à partir des années 80, il y a eu un regain d'intérêt pour l'étude de la contraception dans ces pays. Dans cette section, nous allons faire un examen de quelques écrits sur les facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception. La revue de la littérature se base essentiellement sur les facteurs associés à la connaissance et à l'utilisation de la contraception dans les pays en développement en général, et ceux d'Afrique en particulier.

Les écrits sur les facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception abordent le sujet selon plusieurs approches. Certaines études mettent l'accent sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques des utilisatrices (Heer, 1968; Omran, 1984; Mayeneng et *al.*, 1985); d'autres mettent en relief la sensibilisation, la communication et le coût des méthodes contraceptives (Population Reports, 1984 et 1994; Tabsoba et *al.*, 1993; Ezeh et *al.*, 1996); il en existe encore d'autres qui identifient le statut social de la femme et le niveau de développement économique atteint par un pays comme des facteurs étroitement liés à la pratique contraceptive (Lapham et Mouldin, 1985; Anastasia, 1995; Kim et *al.*, 1996).

Les études qui ont analysé les caractéristiques socio-économiques et démographiques des utilisatrices fondent leurs hypothèses sur le fait que les facteurs relevant du contexte socio-économique et démographique exercent une influence sur les coûts et les avantages qui, dans l'optique des parents, sont attachés à une nouvelle naissance. Il faut noter au passage que cette approche s'inspire fortement de la théorie de Easterlin (1975). En termes de facteurs démographiques de base, les travaux supposent que la demande d'enfants va se ralentir et que la régulation de la fécondité va s'accroître au fur et à mesure qu'augmentent l'âge de la femme, le nombre d'enfants vivants et le nombre de fils vivant dans le ménage. Ces tendances sont contrées par l'effet de la mort d'un enfant qui, selon l'hypothèse, réduit l'emploi de la contraception en créant le désir de remplacer l'enfant mort ou de se garantir contre la mort d'un autre.

Dans le cas des facteurs socio-économiques, les auteurs qui ont abordé cet aspect des facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception supposent que les niveaux d'éducation et l'emploi de la femme en dehors du foyer entraînent une plus grande utilisation de la contraception, en renforçant le désir de limiter la descendance et en donnant au couple davantage de moyens de maîtriser sa fécondité (Nations Unies, 1980; Ascadi et Weinberger, 1982 ; Manyeneng et *al.*, 1985). Dans la même foulée, Barbaras et *al.* (1984), en travaillant sur les données de l'EMF de 1978 des Philippines, trouvent que l'âge au premier mariage est un facteur important. Ils indiquent que compte tenu de la précocité de l'âge au premier mariage dans la plupart des pays en développement, l'essentiel de la descendance est constitué avant l'âge de 30 ans. Ainsi les femmes qui ont connu une expérience douloureuse de la mortalité des enfants et celles n'ayant pas encore atteint le nombre optimal d'enfants

avant cet âge auront tendance à s'exclure de l'utilisation de la contraception. Les couples ayant déjà atteint le nombre attendu de garçons et de filles sont supposés être réceptifs à la PF. Par rapport à l'utilisation de la contraception selon l'âge de la femme au moment de l'enquête, Judith E. Brown et *al.* (1987) trouvent que les utilisatrices des méthodes contraceptives dans la province de Lusaka (Zambie) avaient un profil jeune et en général, vivaient en union libre. Ce sont pour la plupart des jeunes lycéennes et étudiantes. Il semble qu'en Zambie, jusqu'au milieu des années 80, l'utilisation de la contraception n'était possible qu'à l'intérieur des unions, ce qui implique que l'union libre était devenue un moyen d'accès à la contraception pour les jeunes.

Pour les tenants de l'approche communication, les caractéristiques socio-économiques et démographiques à elles seules, ne suffisent plus à mesurer la connaissance et la prévalence contraceptive dans les pays en développement. Il faut intégrer dans les modèles d'analyse, l'information sur les méthodes contraceptives, la disponibilité et l'accès à la PF, la communication entre les partenaires et la sensibilisation à travers les mass média. Les tenants de l'approche communication formulent donc l'hypothèse que les facteurs liés à l'aspect communication seraient positivement associés à la connaissance et l'utilisation des méthodes.

En testant cette hypothèse à partir des données de l'enquête CAP du Nigeria, Orubuloye (1981) trouve que les femmes des zones rurales ayant des contacts permanents avec les centres urbains sont réceptives aux méthodes contraceptives modernes. De plus 41 % de celles qui connaissent et utilisent la contraception, ont déclaré avoir été informées par leurs amies. Dans le même ordre d'idée, Ochoa

(1982), en examinant les données de l'enquête sur la prévalence contraceptive de 1978 en Colombie s'est rendu compte que la communication joue un rôle fondamental. L'étude a montré que 53 % des femmes qui utilisaient la contraception au moment de l'enquête ont indiqué avoir appris le message sur la contraception par le biais des amies et 12 % seulement ont cité la publicité. De plus, 76 % des femmes qui ne voulaient plus d'enfants n'ont pas assez d'informations sur la PF. Kar Nair (1982), quant à lui, soutient qu'en Barbade, la discussion au sujet de la PF avec quelqu'un, l'écoute des messages sur la PF à la radio ou à la télévision; la lecture des journaux, la participation aux séminaires et aux séances de projection de diapositives sur la PF sont des facteurs qui ont un impact positif sur la prévalence contraceptive. Omari (1989) arrive aux mêmes conclusions que Kar Nair pour son étude menée en Zambie, mais il va au-delà en révélant que les contacts fréquents des femmes, surtout avec les infirmières, augmentent substantiellement la probabilité d'utilisation. Il trouve également que la possession d'un poste radio incite plus à l'utilisation que l'écoute occasionnelle des messages sur la PF.

Les auteurs qui ont examiné les facteurs d'utilisation de la contraception en termes de coût, admettent que la communication joue un rôle fondamental, mais pour eux, les coûts d'utilisation de la contraception aussi variés que financiers, psychologiques et sociologiques sont des déterminants non négligeables de la pratique contraceptive. Szykman (1982), en examinant les raisons de la non-utilisation de la contraception à travers les données de l'enquête mondiale de la fécondité, résume la situation en ces termes :

[...The effective cost of fertility regulation is determined primarily by the availability of contraceptive information, of contraceptive services, of contraceptive method mix, of access to outlets in terms of time, distance, transportation, frequency,

etc., of medical follow-up and, of course by the price of individual contraceptive methods. If too high, the market cost of fertility regulation may constitute an obstacle to contraceptive use and may prevent motivated women from becoming users. Such women would then represent true "unmet needs" for birth control].

(Szykman, 1982 : 322)

Il ajoute en ce qui concerne les coûts, qu'ils ne se limitent pas seulement au coût financier. Il y a aussi ce qu'il convient d'appeler les coûts psychologiques et sociaux liés à la contraception. Le coût psychologique tient au fait que l'utilisatrice, à un moment donné, peut se sentir moralement coupable si par principe, l'emploi de la contraception va à l'encontre des us et coutumes. En ce qui concerne le coût social, il souligne que l'environnement dans lequel vit la personne candidate à l'utilisation de la contraception est fondamental à cause des pressions sociales, des normes familiales et des valeurs culturelles. Ces réalités sont traduites en ces termes :

[... In fact, some of psychological reasons noted above are often nothing other than individual rationalization of social constraints. It is hypothesized that fertility and contraceptive behavior do not depend only on women's personal preferences but also—may be mainly—on women's interaction with their cultural environment experienced through social pressures emanating from family size norms and cultural values].

(Freedman, 1966, cité par Szykman en 1982 : 324)

Il conclut en suggérant que même s'il est difficile de mesurer et saisir l'impact de certains facteurs émotionnels et comportementaux, les recherches futures doivent tenter d'intégrer les variables suivantes : la parité idéale de la femme, les valeurs culturelles, les attitudes du partenaire et de la belle-mère vis à vis de l'utilisation de la contraception.

S'inscrivant également dans cette logique, Hermalin et Barbaras (1982), soulignent qu'en termes de coût, il y a aussi ce qu'on appelle le coût de connaissance des méthodes. Pour eux, ce coût représente le résultat net des dépenses engagées par les individus et les fournisseurs des services de PF aux niveaux public et privé pour

promouvoir la contraception. De ce fait, la prise en compte de ces coûts tant au niveau individuel que macro dans l'analyse de la contraception peut aider à comprendre les facteurs associés à la connaissance des méthodes contraceptives.

La connaissance et la pratique contraceptive par rapport au statut social de la femme a également retenu l'attention de quelques chercheurs. Ces chercheurs soutiennent qu'il est nécessaire à l'heure actuelle, de tenir compte du statut de la femme dans l'étude de la prévalence contraceptive dans les pays en développement. Le statut de second plan qu'occupent les femmes ne leur laisse aucune marge de choix en matière de contraception. Se basant sur ce constat, les tenants de l'approche "statut social de la femme" formulent l'hypothèse qu'une position sociale inférieure pour une femme est un frein potentiel à la connaissance des méthodes contraceptives tout comme à leur utilisation.

C'est ainsi que Bakutuvwidi et *al.* (1985), dans l'étude des facteurs de connaissance et d'utilisation de la contraception au Zaïre (actuelle République Démocratique du Congo) ont souligné que l'analyse de la connaissance et de l'utilisation à partir de la variable emploi de la femme ne suffit pas. Ils suggèrent qu'il faut désormais faire une analyse différenciée selon le statut dans l'emploi et le type d'emploi. Les résultats auxquels ils sont parvenus indiquent que les femmes chefs d'entreprises et celles exerçant des professions libérales, non seulement utilisent la contraception, mais font également passer le message sur la PF aussi bien dans le milieu de travail que dans leur entourage immédiat.

Gbolahan et McCarthy (1986), qui ont eux aussi, examiné les déterminants de l'utilisation de la contraception pour les femmes âgées de 15 à 35 ans dans l'État

d'Ilorin (Nigeria), trouvent que le mariage forcé ou "arrangé" est un indice de la non-utilisation. Ils indiquent également que la résidence urbaine ne rend pas suffisamment compte de l'utilisation de la contraception. Selon eux, il existe des utilisations différentielles liées aux caractéristiques de la résidence en milieu urbain. Leur étude a montré que les femmes vivant dans les quartiers plus riches utilisent plus la contraception que leurs consœurs des quartiers les plus défavorisés. Les niveaux d'utilisation dans certains quartiers sont même en deçà de ceux enregistrés dans les zones rurales.

En se basant également sur l'hypothèse des tenants de l'approche statut social de la femme, Anastasia J. Gage (1995) a examiné à partir des données de l'EDS de 1988 au Togo, la relation entre la position socio-économique des femmes, le type de mariage contracté et leur comportement contraceptif. Les résultats de son étude révèlent que les femmes qui choisissent de façon autonome leurs partenaires ont tendance à discuter de la PF avec ces derniers. Elles ont même une propension à utiliser la contraception relativement élevée par rapport aux autres femmes. En contrôlant leur position socio-économique, Anastasia trouve que toutes ces femmes, soit travaillent à leur propre compte, soit appartiennent à un réseau de tontine⁴, et généralement n'ont pas de coépouse. Ce sont également ces femmes qui n'hésitent pas à briser le tabou du mariage au Togo, qui consiste à se marier à l'intérieur de son groupe ethnique. Selon toujours cette étude, le mariage endogame et la polygynie sont négativement associés à la connaissance et à l'utilisation de la contraception.

⁴ Association d'épargnants, à l'expiration de laquelle l'avoir est distribué entre les membres survivants ou entre les ayants droit des membres décédés (voir le dictionnaire Larousse).

De nombreuses études ont également tenté d'intégrer dans le modèle d'analyse les agrégats macro-socio-économiques. Les tenants de cette approche mettent également l'accent sur le rôle que jouent l'État, les bailleurs de fonds et les communautés de base dans la vulgarisation des méthodes contraceptives. Ils partent des hypothèses suivantes : primo, ils supposent que la prévalence contraceptive serait sensiblement élevée dans les pays ayant un niveau de développement socio-économique relativement élevé⁵. Secundo, ils supposent également que l'assistance de la communauté internationale, l'organisation sociale et communautaire jouent des rôles non négligeables en matière de programmes de PF.

Forts de ces hypothèses, Lapham et Mouldin (1985) ont estimé la prévalence contraceptive dans 73 pays en développement en se basant essentiellement sur des agrégats macro-économiques, et ont trouvé des résultats significatifs pour les variables produit intérieur brut (PIB) par habitant et espérance de vie à la naissance. Les pays ayant des niveaux de PIB par habitant et d'espérance de vie à la naissance supérieurs à la moyenne étaient également ceux dont la prévalence contraceptive est élevée.

En 1993, un modèle d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne a été construit par un groupe de travail mis en place par le National Research Council (USA). Ce modèle combine à la fois la synthèse des travaux de Easterlin et Crimmins (1985) et l'approche que nous venons de décrire. L'étude classe les facteurs d'utilisation selon les niveaux à savoir : national, régional, communautaire et individuel.

⁵ Les indicateurs comme le produit intérieur brut (PIB) par habitant, le produit national brut (PNB) par habitant et l'espérance de vie à la naissance entrent en ligne de compte.

- Au niveau national, l'environnement social et politique, le niveau de développement socio-économique, le soutien à la fois du gouvernement et des bailleurs de fonds à la PF, et le niveau d'implantation des programmes de PF sont des facteurs clés;
- Au niveau régional, il y a entre autres : la politique locale et l'organisation sociale, les infrastructures socio-économiques et le marché de l'emploi, la mortalité, le niveau de mortalité infanto-juvénile, les normes de fécondité et la disponibilité des services de PF;
- Au niveau communautaire, l'étude retient le niveau de prise de décision, les types de ménage et de filiation; le lien conjugal et les biens du conjoint; le système de répartition des biens; et les coûts d'accès à la PF;
- Au niveau individuel; la connaissance des méthodes contraceptives, l'avantage/coût de l'investissement sur les enfants; l'accès et l'attitude vis à vis de la PF sont jugés pertinents.

Tous ces facteurs agissent à la fois sur la demande et l'offre potentielles de fécondité.

Par effet d'entraînement, ces dernières influencent à leur tour l'utilisation des méthodes de contraception.

1.1.3 Choix des variables

Le choix des variables est largement guidé par les informations disponibles dans la base de données que nous envisageons d'utiliser. Nous allons nous baser essentiellement sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes en union. Les autres aspects évoqués dans la revue de la littérature ne seront pas abordés pour diverses raisons. Plusieurs indicateurs de mesure utilisés par ces études n'ont pas été saisis par l'EDS. Concernant par exemple le coût de la régulation de la fécondité, l'apport financier de l'État et des bailleurs de fonds ne transparaît dans le questionnaire que dans la partie sources d'approvisionnement et de connaissance des méthodes. Il devient dès lors difficile de mesurer son impact sur

la connaissance et la prévalence de la contraception à travers les données de l'EDS. De plus, le coût de la régulation de la fécondité dans le cas du Tchad ne semble pas être un élément fondamental de la non-utilisation. Parmi les femmes en union interrogées au moment de l'enquête, le désir d'enfants supplémentaires, la non-connaissance des méthodes et l'opposition à la pratique contraceptive ont été évoqués respectivement par 41 %, 22 % et 10 % de ces femmes comme raison de la non-utilisation. Seulement moins de 1 % des femmes en union ont évoqué le coût (EDS, Tchad 1996-97). Ces pourcentages pourraient suggérer qu'il faudrait voir le problème sous l'angle communication et sensibilisation. D'autre part, la mesure de l'impact des coûts psychologiques et sociaux que suggère Szykman est difficile à saisir, sauf en partie à travers la variable "approbation de la PF par le couple". Là encore, la relation de causalité inverse, souvent évoquée, ne nous permet pas d'examiner l'impact de cette variable sur la pratique contraceptive. Il en est de même pour "la discussion au sujet de la PF au sein du couple". L'impact du type de mariage contracté sur la connaissance et la pratique de la contraception ne sera pas également examiné, l'EDS n'a pas prévu cet aspect. Il en est de même pour la variable "ethnie", il semble, selon les résultats de l'enquête, que la connaissance et la prévalence contraceptive suit plutôt un profil religieux qu'ethnique. Comme dans le cas du Tchad, la pratique religieuse est fonction de l'appartenance ethnique et géographique, nous pensons que l'impact de l'ethnie pourrait être capté par la variable "appartenance religieuse" qui est incluse dans le modèle.

Ainsi, tenant compte du tableau synoptique des facteurs de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives que nous venons d'examiner, nous retenons trois variables dépendantes à savoir : la connaissance de la contraception,

l'utilisation à un moment quelconque de la contraception (utilisation passée et présent) et l'utilisation au moment de l'enquête (utilisation actuelle). Il importe de souligner qu'en matière de contraception, ce l'on appelle "utilisation passée de la contraception" est le résultat cumulatif des comportements contraceptifs passés et présents. Ainsi, le terme "utilisation passée" employé dans la suite de l'étude doit être compris dans ce sens. Les variables explicatives retenues sont les suivantes :

a) Les variables démographiques

- L'âge de la femme et sa parité ont souvent été utilisés comme des indicateurs de connaissance et de la pratique contraceptive. Plusieurs études indiquent que la pratique contraceptive parmi les femmes en union augmente au fur et à mesure que l'âge de la femme, et sa parité deviennent élevés (Nations unies, 1980; Marcil-Gratton, 1981 et Ouellet, 1999). Il faut comprendre par parité, le nombre total d'enfants issus d'une femme y compris les enfants décédés.
- Le désir d'enfants supplémentaires, largement repris dans les EDS, a fait l'objet d'études par certains chercheurs. Ainsi ceux qui ont examiné l'impact de cette variable sur la connaissance et pratique contraceptive soulignent que les femmes qui connaissent mieux la contraception sont souvent celles qui ne désirent plus d'enfants, et elles l'utiliseraient pour limiter la descendance (Ascadi et Weinberger, 1982; Barbaras et *al.*, 1984; Lee Poy, 1995). Dans la suite de l'étude, le terme "désir d'enfants" désigne le désir d'enfants supplémentaires. Le désir d'enfants supplémentaires dont il est question ici représente le besoin qu'éprouve une femme d'avoir d'autres enfants en plus de ceux qu'elle a déjà mis au monde.

- La connaissance et l'utilisation de la contraception par rapport au nombre d'enfants vivants ont été abondamment abordées dans presque toutes les études traitant de la pratique contraceptive dans les pays en développement. Ces auteurs postulent que compte tenu du niveau élevé de la mortalité infantile dans ces pays, les femmes qui ont connu une expérience malheureuse de la mortalité de leurs enfants, chercheraient à remplacer les enfants décédés par d'autres naissances pour parer à toute éventualité. Elles seraient donc moins portées à utiliser les méthodes contraceptives (Hermalin et Barbaras, 1982). Toujours par rapport au nombre d'enfants vivants, une étude menée au Maroc montre également que le risque de connaître le décès d'un enfant est plus élevé pour une femme de parité supérieure (Ramdani, 2001). La variable "nombre d'enfants vivants" désigne les enfants survivants issus d'une femme.

b) Les variables socio-économiques

- Le lieu de résidence de l'enquêtée a souvent retenu l'attention de ceux qui travaillent sur la fécondité dans les pays en développement. Les auteurs partent du postulat qu'en milieu rural, la production familiale requiert une main d'œuvre abondante et de ce fait, les couples adopteraient une fécondité élevée (Grégory et Piché, 1986; Piché et Poirier, 1990). Par contre dans les villes, compte tenu de leurs coûts, les enfants constitueraient une charge pour les parents, ils n'hésitent donc pas à limiter leur nombre (Easterlin, *ibid.*; et Caldwell, 1982b).
- L'éducation et l'emploi non agricole des parents sont de plus en plus cités comme des facteurs qui concourent à la baisse de la fécondité. De

nombreuses études socio-démographiques identifient une relation négative entre le niveau d'éducation et la fécondité, en ce sens que plus les parents sont éduqués, moins ils ont d'enfants. De plus l'accès des femmes scolarisées à la documentation et aux media constitue aussi un facteur de connaissance et d'utilisation de la contraception (Lee Poy, 1995). Une relation positive entre l'emploi non agricole des parents et la pratique contraceptive a été évoquée également (King et *al.*, 1974; Morris et Anderson, 1982).

- L'impact de l'appartenance religieuse sur la connaissance et la pratique de la contraception est diversement apprécié. La plupart des études trouvent une relation négative entre la religion musulmane et la pratique contraceptive (Khan, 1994; Omran, 1984; Johnston, 1984). Comme l'islam est fortement implanté au Tchad (54 % de la population), nous essayerons de voir si la même tendance est observée dans la connaissance et la pratique contraceptive des femmes musulmanes.

c) Les variables communicationnelles

Par rapport à l'aspect communication, nous allons examiner l'effet que pourrait avoir l'écoute quotidienne de la radio sur la connaissance des méthodes et la pratique contraceptive. En effet, lors de l'EDS, et ce dans la section consacrée à la contraception, une question formulée de la façon suivante a été posée aux enquêtées : "*Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?*" Comme des émissions portant sur des sujets aussi variés que la vie en couple, le bien-être familial, le mariage, la PF, le soin des enfants et bien d'autres sont périodiquement diffusées à la radio, l'EDS a voulu par cette question chercher à savoir si les femmes qui suivent quotidiennement les différentes émissions

étaient mieux informées de l'existence des méthodes de contraception et/ou de leur pratique. Au Tchad, du moins jusqu'à présent, la radio demeure le moyen de communication qui atteint le grand public.

1.1.4 Hypothèses de recherche

Notre étude vise à identifier les obstacles à la planification familiale au Tchad. En choisissant ces variables, nous voulons tester les principales hypothèses utilisées jusqu'à présent pour étudier la connaissance et la prévalence contraceptive. Dans le cas du Tchad, et en ce qui concerne les caractéristiques démographiques, nous supposons premièrement, que la connaissance et l'utilisation de la contraception vont s'accroître au fur et à mesure qu'augmentent l'âge de la femme, sa parité et le nombre d'enfants vivants. Deuxièmement, le désir d'enfants supplémentaires de la femme est supposé avoir un impact négatif sur la connaissance et la pratique de la contraception.

Pour les variables socio-économiques, la revue de la littérature nous informe que l'instruction de la femme, son emploi hors du domicile conjugal ou non agricole, sa résidence urbaine, l'emploi non agricole de son partenaire ont des effets positifs sur la connaissance et l'emploi de la contraception. Nous partons donc de cette hypothèse pour tester sa validité à partir des données de l'EDS du Tchad. Par rapport à l'appartenance religieuse, nous nous attendons à ce que les musulmanes soient moins nombreuses à connaître et à utiliser de la contraception. Quant aux variables liées à l'aspect communication, nous retenons l'hypothèse que l'écoute quotidienne de la radio influence positivement la connaissance et la pratique de la contraception.

Le test de toutes ces hypothèses nous permettra d'identifier les facteurs qui limitent la connaissance et l'utilisation de la contraception. Ces facteurs constituent des obstacles à la PF qui font l'objet de notre étude.

1.1.5 Méthodes d'analyse

Pour aborder l'analyse de la connaissance et de la pratique contraceptive au Tchad, deux méthodes d'analyse seront utilisées. Dans le chapitre 3, nous ferons d'abord une analyse descriptive des caractéristiques des femmes par rapport à la connaissance et aux utilisations passée et actuelle de la contraception. Le chapitre 4 abordera l'examen des facteurs explicatifs de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception à travers une analyse multivariée (régression logistique). L'analyse logistique nous permettra de déduire les principaux obstacles à la planification au Tchad. Nous entendons par "obstacles à la planification familiale", les variables négativement associées à la connaissance et à l'utilisation des méthodes contraceptives.

1.2 SOURCES DE DONNÉES ET ÉCHANTILLONNAGE

Les données de l'étude proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996-97 au Tchad. Elle a été réalisée à partir d'un échantillon de 7 705 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 2 467 hommes âgés de 15 à 59 ans au moment de l'enquête. La méthode de sondage utilisée est le sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 250 grappes ont été tirées à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établie lors du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1993 au Tchad. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif. Au deuxième degré, des

ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération du dénombrement. Toutes les femmes de 15 à 49 ans qui se trouvaient (résidentes habituelles ou visiteuses) dans les ménages ont été enquêtées. De plus dans un ménage sur trois, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été également enquêtés. Les principales zones d'études retenues sont : la ville de N'Djaména, les autres villes et le milieu rural. Compte tenu de la taille variable de chaque strate (N'Djaména, les autres villes et le milieu rural), différents taux de sondage ont été appliqués et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre, l'échantillon est auto pondéré au niveau de chaque zone.

Comme notre étude porte seulement sur les femmes en union au moment de l'enquête, nous allons nous limiter à la partie du questionnaire consacrée à l'enquête individuelle. Il importe de souligner que la qualité des données sur la contraception masculine ne nous permet pas de prendre en compte les hommes dans la présente étude. De plus, dans un pays à dominance musulmane comme le Tchad où la polygamie est répandue, il nous paraît difficile de mesurer le niveau de la prévalence contraceptive masculine.

Comme signalé précédemment, l'EDS a identifié 7 705 femmes éligibles pour l'enquête individuelle, parmi lesquelles 7 454 ont pu être enquêtées, soit un taux de réponse de 96,7%. Sur les 7 454 femmes interviewées, 5 832 étaient en union, soit 78,2 % des femmes enquêtées. Tout au long de notre étude, les données analysées se rapporteront à ces 5 832 femmes. Néanmoins, le chapitre 2 qui aborde les niveaux et tendances de la fécondité au Tchad, traitera de la fécondité de l'ensemble des femmes, sans distinction du statut matrimonial.

Chapitre II : DESCRIPTION DE QUELQUES ASPECTS DE LA FÉCONDITÉ AU TCHAD

Les données utilisées pour étudier le niveau de fécondité se rapportent à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données de l'EDS sur l'histoire génésique des femmes permettent d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité à l'échelle nationale. Au cours de l'interview, l'enquêtrice devait enregistrer le nombre total d'enfants que la femme avait eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elle de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. L'enquêtrice reconstituait ensuite avec la femme interrogée, l'histoire complète de ses naissances, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie.

Pour les enfants encore en vie, elle enregistrait leur âge et distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs ; pour les enfants décédés, elle enregistrait leur âge au décès. À la fin de l'interview, l'enquêtrice devait s'assurer que le nombre total d'enfants déclaré par la mère était cohérent avec le nombre d'enfants obtenu à partir de l'histoire des naissances.

Malgré toutes ces dispositions, il convient de souligner que les données collectées peuvent être sujettes à divers types d'erreurs généralement liés aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit entre autres : de la sous-déclaration des naissances liée à l'omission des enfants qui vivent ailleurs ou qui sont décédés peu de temps après leur naissance, l'imprécision des déclarations dans les dates de naissance ou de l'âge

des enfants surtout dans un pays majoritairement analphabète (71 % des femmes enquêtées sont sans instruction) comme le Tchad.

2.1 NIVEAU DE FÉCONDITE ET FÉCONDITE DIFFÉRENTIELLE

Le niveau de fécondité ainsi que ses variations sont mesurés par les taux de fécondité par âge et l'indice synthétique de fécondité (ISF). Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, il est un indicateur conjoncturel de fécondité et correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si on suppose qu'elle est soumise aux conditions de fécondité de la période considérée. La période choisie dans le cas de l'EDS correspond à une durée de 5 ans précédant l'enquête.

2.1.1 Niveau de fécondité

Les données du tableau II-1 indiquent qu'au Tchad la fécondité est précoce et élevée. À 15-19 ans, on observe déjà un taux de fécondité de 194 ‰ et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum entre 20 et 29 ans (314 ‰ à 20-24 ans et 313 ‰ à 25-29 ans). Il se maintient longtemps à des niveaux élevés avant d'amorcer une chute brutale à partir de 35 ans. Autrement dit, la fécondité des Tchadiennes demeure encore élevée : une femme qui arrive à la fin de sa vie féconde a en moyenne 6,6 enfants. Ces indicateurs font du Tchad l'un des pays à fécondité élevée au monde. Cependant, la fécondité tchadienne reste assez proche de celle des

pays du Sahel. Dans les pays du CILSS⁶ qui ont réalisé les enquêtes EDS dans les années 90, l'ISF était de 7,5 en 1998 au Niger, de 6,8 en 1998/99 au Burkina Faso, de 5,7 en 1997 au Sénégal et de 6,7 en 1995/96 au Mali. Le taux brut de natalité ou nombre moyen annuel de naissances vivantes dans la population totale et le taux de fécondité générale ou nombre moyen annuel de naissances vivantes issues des femmes en âge de procréer, sont estimés respectivement à 48 ‰ et 237 ‰.

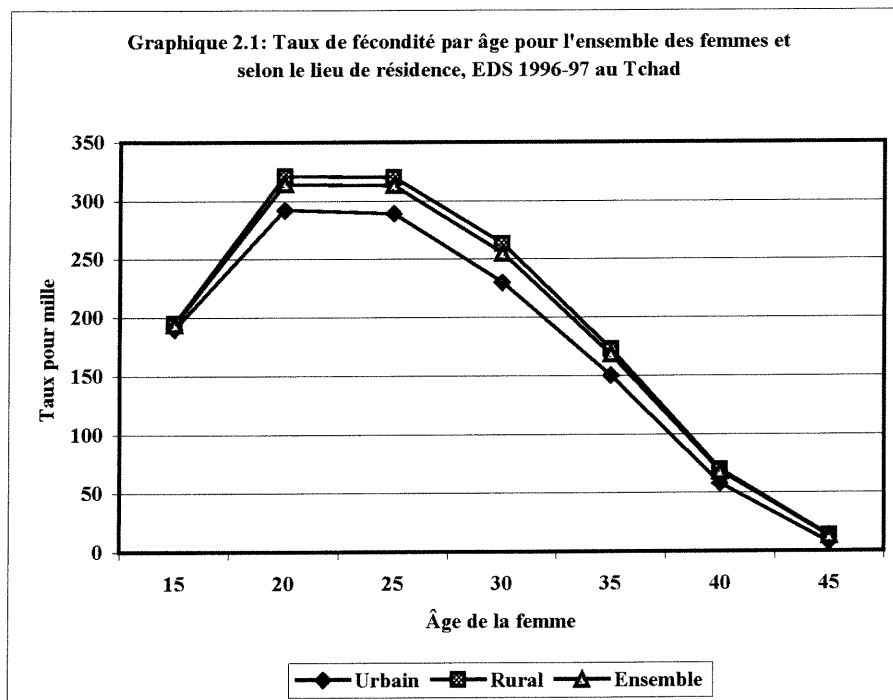
Tableau II-1:

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux de fécondité générale (TFG) et taux brut de natalité pour les 5 années précédant l'enquête, Tchad 1996-97.

Groupes d'âge	Lieu de résidence			Nbre d'observ. (n = 7454)
	Urbain (‰)	Rural (‰)	Ensemble	
15-19	190	195	194	1716
20-24	292	321	314	1368
25-29	289	320	313	1349
30-34	230	263	255	978
35-39	150	173	168	872
40-44	58	70	68	595
45-49	8	14	13	576
ISF	6,1	6,8	6,6	
TFG (pour 1000)	222,0	241,0	237,0	//
TBN (pour 1000)	44,4	48,8	47,8	

Source: Enquête démographique et de santé (EDS), Tchad 1996-97

⁶ Comité inter-État de lutte contre la sécheresse au Sahel créé en 1973 et regroupant 9 pays de la zone sahélienne africaine à savoir : le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Gambie, la Guinée Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad.



2.1.2 Fécondité différentielle

À partir du tableau II-1, on relève une variation dans les taux de fécondité. Ce qui dénote une fécondité différentielle selon le lieu de résidence et selon l'âge. Cette fécondité différentielle, même si l'écart n'est pas grand entre le milieu rural et le milieu urbain, on observe néanmoins des variations à tous les âges. C'est à 30-34 ans, que l'écart relatif entre les taux est le plus élevé (263 ‰ en milieu rural contre 230 ‰ en milieu urbain). L'augmentation des taux entre 15 et 24 ans se fait plus rapidement en milieu rural qu'en milieu urbain, ils passent respectivement de 195 à 321 ‰ et de 190 à 292 ‰. Toutefois, quel que soit le lieu de résidence, les femmes réalisent leur maximum de fécondité dans le groupe d'âges 20-24 ans. Cela se traduit sur le graphique 2.1 par la phase de stabilité que les trois courbes ont atteint dans l'intervalle 20-25 ans. Également à partir de ce graphique, on constate que la courbe des taux de fécondité des femmes rurales demeurent au-dessus de celle de leurs consœurs du milieu urbain, et ce jusqu'à la fin de la vie féconde des femmes. Quant à

la courbe des taux de fécondité de l'ensemble des femmes, elle est plus ou moins confondue avec celle des femmes rurales et se situe également au-dessus de celle des femmes urbaines.

De ce graphique, on peut retenir que la fécondité des femmes urbaines est inférieure aussi bien à la fécondité de l'ensemble des femmes qu'à celle de leurs consœurs du milieu rural. De plus, le fait que les trois courbes soient superposées, pourrait indiquer que le calendrier de la fécondité varie peu selon le lieu de résidence au Tchad. Quant à l'intensité de la fécondité, elle n'est pas la même quand on s'intéresse au lieu de résidence. Cela s'explique par l'écart qui se maintient entre la courbe des taux de fécondité des femmes du milieu urbain et celle des femmes rurales.

Les données du tableau II-2 présentent également des variations selon le lieu de résidence, le niveau d'instruction et l'appartenance religieuse de la femme. L'indice synthétique qui est estimé à 6,6 enfants par femme, varie de 6,1 en milieu urbain à 6,8 en milieu rural. Cela signifie que, si le niveau actuel de fécondité se maintenait, une femme vivant dans le milieu rural aurait en moyenne, à la fin de sa vie féconde 0,7 enfant de plus que sa consœur du milieu urbain.

Par rapport au niveau d'instruction, l'ISF présente des variations mineures. Avec un ISF de 6,7 enfants, une femme sans niveau d'instruction n'a en moyenne que 0,2 enfant de plus que celle qui a au moins un niveau primaire (6,5).

Quand on considère l'appartenance religieuse, on remarque que l'ISF varie fortement de 6,3 enfants par femme chez les musulmanes à 7,1 enfants par femme chez les

protestantes en passant par un niveau intermédiaire de 7,0 chez les femmes catholiques. À la fin de leur vie féconde, les protestantes ont pratiquement un enfant de plus que les musulmanes.

Au tableau II-2 on trouve également le nombre moyen d'enfants nés vivants d'une femme âgée de 40-49 ans. Cet indicateur qui est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées ayant atteint la fin de leur vie féconde, correspond à une descendance finale. Les variations de cet indicateur selon les caractéristiques des femmes étudiées dans le tableau II-2 sont minimales, sauf entre les musulmanes et les protestantes où l'écart atteint en moyenne un enfant par femme.

Si on compare l'ISF au nombre moyen d'enfants nés vivants par femme, on constate que l'ISF est légèrement inférieur à ce dernier. En général, dans une population où la descendance finale est supérieure à l'ISF, cela peut augurer une tendance à la baisse de la fécondité. Dans le cas du Tchad, la descendance estimée à 6,8 enfants ne dépasse l'ISF que de 0,2 point. La différence entre les deux indicateurs est si faible qu'elle ne permet pas de conclure à l'amorce d'une baisse de la fécondité.

Tableau II-2:

Indice synthétique de fécondité (ISF) pour les 5 années précédant l'enquête et nombre moyens d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97.

Caractéristiques	Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour une femme de 40-49 ans
<u>Milieu de résidence</u>		
Urbain	6,1	6,4
Rural	6,8	6,9
<u>Niveau d'instruction</u>		
Aucun	6,7	6,8
Primaire ou plus	6,5	6,7
<u>Religion</u>		
Musulmane	6,3	6,4
Catholique	7,0	7,4
Protestante	7,1	7,5
<i>Ensemble</i>	6,6	6,8

Source: Enquête démographique et de santé (EDS), Tchad 1996-97

2.2 FÉCONDITE DES ADOLESCENTES

En raison des pratiques coutumières largement répandues au Tchad qui consistent à marier la fille à un très jeune âge, la fécondité des adolescentes demeure encore un phénomène important. Ces jeunes de moins de vingt ans constituent 23 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer, et contribuent pour près de 15 % à la fécondité totale des femmes. Le tableau II-3 présente par âge, les pourcentages des adolescentes qui ont déjà eu au moins un enfant et celles qui sont enceintes pour la première fois. La somme de ces deux pourcentages donne la proportion des femmes ayant commencé leur vie féconde.

À partir de ce tableau, on remarque qu'environ 2 femmes sur 5 âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde. Parmi elles, 30 % ont déjà un ou plusieurs enfants et seulement 9 % sont enceintes pour la première fois. Dès l'âge de 15 ans,

9% des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente rapidement avec l'âge. À 17 ans, 2 femmes sur 5 ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes et, à 19 ans, plus de 3 femmes sur 5 ont déjà commencé leur vie féconde, dont la majorité (62%) a déjà au moins un enfant.

Quand on considère le lieu de résidence, la fécondité des adolescentes ne présente pratiquement pas de variations (38 % en milieu rural et 39 % en milieu urbain). Par contre, le niveau d'instruction semble présenter une association négative avec la fécondité précoce : 40 % des adolescentes sans instruction ont déjà commencé leur vie féconde, alors que cette proportion est de 35 % parmi celles qui ont au moins un niveau d'instruction primaire.

Tableau II-3:

Adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu au moins un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant, selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97.

Caractéristiques	Adolescentes (%) qui sont :		Adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (%)	Nbre d'observ.
	Mères	Enceintes d'un 1 ^{er} enfant		
<i>Âge</i>				
15	4,4	4,8	9,1	369
16	9,9	11,3	21,2	344
17	31,7	8,7	40,4	285
18	46,5	11,1	57,6	473
19	62,0	6,1	68,1	245
<i>Lieu de résidence</i>				
Urbain	31,6	7,1	38,7	399
Rural	29,3	9,1	38,4	1317
<i>Niveau d'instruction</i>				
Aucun	31,6	8,7	40,4	1128
Primaire ou plus	26,5	8,5	34,9	588
Ensemble	29,8	8,7	38,5	1716

Source: Enquête démographique et de santé (EDS), Tchad 1996-97

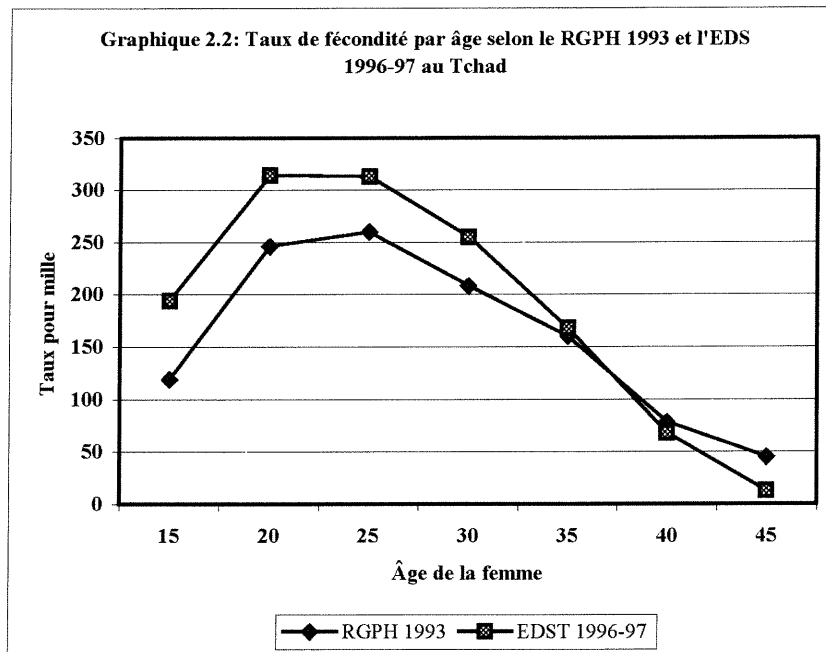
2.3 TENDANCES DE LA FÉCONDITE

Le Tchad est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne dont la situation démographique est restée longtemps mal connue. La première grande opération de collecte d'envergure nationale date du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993. Les données du recensement ont permis d'estimer le niveau de la fécondité du moment ainsi que celui de la fécondité passée grâce à des questions relatives aux naissances survenues au cours des douze derniers mois précédant la collecte, et des questions sur la descendance atteinte.

La comparaison des résultats de l'EDS et du RGPH indique que les taux de fécondité par âge et l'ISF obtenus à l'EDS sont plus élevés que ceux obtenus à partir du recensement. Le Graphique 2.1 présente les taux de fécondité par âge selon le recensement de 1993 et l'EDS de 1996-97. Sur ce graphique, les deux courbes ont une même allure : elles croissent rapidement entre 15 et 19 ans, atteignent leur maximum entre 20 et 29 ans et décroissent régulièrement jusqu'à 45-49 ans. Cependant, avant 35 ans, la courbe de l'EDS est située largement au-dessus de celle du recensement. Entre 35 et 40 ans, les deux courbes sont plus ou moins confondues. À partir de 40 ans, la tendance se renverse et ce jusqu'à la fin de la vie féconde des femmes : la courbe de l'EDS se trouve légèrement en dessous de celle du recensement. L'ISF estimé à partir du recensement est de 5,6 enfants par femme, soit en moyenne un enfant de moins par femme que celui de l'EDS (6,6).

Il convient de rappeler que le recensement a estimé l'ISF à partir des questions posées au chef de ménage sur les naissances survenues dans son ménage au cours des douze mois précédant la collecte. Or les naissances enregistrées à partir des seules

déclarations du chef de ménage sont très souvent sous-estimées, ce qui semble probablement refléter le cas du recensement. De plus, au recensement de 1993, aucun ajustement n'a été utilisé pour redresser ce sous-enregistrement. Ce qui fait que les résultats de ces deux opérations sont difficilement comparables.



Le Tableau II-4 présente les taux de fécondité par groupe d'âges de la mère à la naissance de leurs enfants et par période quinquennale avant l'enquête. Ces données permettent d'avoir une idée sur les tendances passées de la fécondité au Tchad. On constate que l'évolution des taux de fécondité n'a pas été régulière pendant les trois périodes les plus reculées (de 5 à 19 ans avant l'enquête). Les taux de fécondité semblent avoir augmenté de la période la plus ancienne (1978-1982) jusqu'à la fin des années 80 et au début des années 90, avant de baisser sensiblement au cours de la période 0-4 ans avant l'enquête. Il convient de noter que la baisse récente des taux ne permet pas de se prononcer sur un éventuel début d'une baisse de la fécondité au Tchad. Pour parler d'une baisse de la fécondité, Bongaarts et Potter (1983) par

exemple, suggèrent qu'elle doit être précédée des transformations profondes, perceptibles et susceptibles d'influencer les déterminants proches de la fécondité tels les modèles de nuptialité, la contraception et la continence post-partum.

La baisse récente de la fécondité observée au Zimbabwe, au Botswana et au Kenya, est due en grande partie à l'utilisation massive de la contraception moderne. Quant à celle observée au Sénégal ces dernières années, l'augmentation de l'âge au mariage aurait joué un rôle fondamental (Delaunay, 1994). Dans le cas du Tchad, l'examen de quelques déterminants de la fécondité ne laisse entrevoir des modifications récentes de comportement en matière de nuptialité et d'utilisation de la contraception. L'âge médian à la première union des femmes âgées de 25-49 ans et celui de la mère à naissance du premier enfant n'ont pratiquement pas varié au fil des générations, soit 15,8 ans et 18,3 ans respectivement. Quant à la prévalence contraceptive, elle est l'une des plus faibles des pays du Sahel : 3,9 % seulement de l'ensemble des femmes utilisaient la contraception au moment de l'enquête.

Tableau II-4:

Taux de fécondité par âge (pour 1000 femmes) pour les 20 années précédant l'enquête, Tchad 1996-97.

Groupes d'âge	Période précédant l'enquête (en années)			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	194	228	313	214
20-24	314	338	333	305
25-29	313	332	314	300
30-34	255	286	267	(264)
35-39	168	201	(199)	-
40-44	68	(82)	-	-
45-49	(13) ⁷	-	-	-

Source: Enquête démographique et de santé (EDS), Tchad 1996-97

⁷ Les taux entre parenthèses sont calculés sur la base des données incomplètes.

Le Tableau II-5 compare quelques indicateurs de fécondité du Tchad à ceux de certains pays du Sahel. En dehors du Niger, le Tchad paraît comme l'un des pays du Sahel où la précocité de l'union est populaire. À 25 ans, presque toutes les femmes (98 %) sont déjà entrées en union (EDS, Tchad 1996-97). Par rapport à l'ISF et à l'âge médian des mères à la naissance de leur premier enfant, les niveaux observés au Tchad ne s'écartent pas outre mesure de ceux observés dans la sous-région. Par contre, la prévalence contraceptive est la plus faible (3,9 %) et atteint à peine la moitié du niveau observé dans les autres pays. Elle varie d'environ 8 % au Niger à 12% au Burkina Faso.

Tableau II-5 : Quelques indicateurs de fécondité au Tchad et dans certains pays du Sahel

Indicateurs	Tchad (1996/97)	Mali (1995/96)	Sénégal (1997)	Burkina Faso 1999	Niger 1998
Âge médian à la 1 ^{ère} union des femmes de 25-49 ans	15,8	16,0	17,4	17,6	15,1
ISF (femmes de 15-49 ans)	6,6	6,7	5,7	6,8	7,5
Âge médian à la 1 ^{ère} naissance	18,3	18,8	19,8	19,3	17,8
Util. actuelle de la contraception par l'ensemble des femmes (%)	3,9	8,0	10,8	12,0	7,6

Sources : EDS, Burkina Faso 1999; Mali 1995/96; Niger 1998, Sénégal 1997 et Tchad 1996/97

Conclusion

Le tableau succinct de la fécondité tchadienne que nous venons d'examiner nous a permis de constater que la fécondité est précoce et élevée. L'âge médian à la première union des femmes ainsi que celui à la naissance de leur premier enfant, bien que très proches de ceux observés dans les pays de la sous-région, se trouvent parmi les plus bas du monde. À la fin de leur vie féconde, les femmes tchadiennes ont en moyenne 6,6 enfants. Ce nombre moyen d'enfants par femme varie très peu selon le

lieu de résidence et le niveau d'instruction. Quel que soit le lieu de résidence (urbain/rural), les femmes atteignent leur maximum de fécondité entre 20 et 29 ans. Selon l'appartenance religieuse, c'est entre les musulmanes et les protestantes que l'écart le plus important a été observé au niveau de l'ISF, soit 0,7 enfant par femme de plus pour les protestantes. Quant à la fécondité des adolescentes, elle est un phénomène répandu au Tchad et varie peu selon le lieu de résidence. Mais tout porte à croire, selon les données analysées, que le début de la vie féconde est relativement précoce dans les centres urbains. On relève également que la fécondité précoce s'observe en général parmi les femmes sans instruction

En somme, l'examen de quelques déterminants de la fécondité ne laisse entrevoir des modifications récentes de comportement en matière de nuptialité et de fécondité. À partir de ces observations, nous disons qu'il est trop tôt de parler d'une baisse de la fécondité à l'heure actuelle au Tchad.

Chapitre III : CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD

Le chapitre 3 décrit les caractéristiques des femmes en union par rapport à la connaissance et à l'utilisation des méthodes contraceptives. Avant de caractériser ces femmes, nous avons procédé à un test⁸ de signification statistique des variables explicatives aussi bien de la connaissance, de l'utilisation passée que de l'utilisation actuelle de la contraception. Il convient de rappeler que l'utilisation de ce test aide à comprendre le degré de certitude dans les variations différentielles observées selon les caractéristiques des femmes. En d'autres termes, il est question de chercher à savoir jusqu'à quel point les différences observées sont statistiquement différentes de zéro. Les résultats du test peuvent se révéler significatifs ou non significatifs. Dans le cas où ils ne sont pas statistiquement significatifs, on peut supposer que les variations différentielles observées sont probablement dues aux variations aléatoires de l'échantillon.

Pour faire le test, nous avons fixé un seuil de signification de 5 %. Cela veut dire que pour un seuil compris entre 0 et 5 %, nous considérons que les variations différentielles observées dans la connaissance de la contraception et dans ses utilisations sont significatives, et au-delà de 5 %, elles sont supposées dues aux variations aléatoires de l'échantillon.

À l'issue du test, les résultats trouvés révèlent que toutes les variables explicatives retenues sont significatives (voir les résultats du test en annexes). Dans la description qui suit, nous considérons que selon les caractéristiques choisies, les différences

⁸ Le test utilisé est le test Khi-deux (χ^2) de Pearson qui calcule à la fois la signification bilatérale et unilatérale pour les variables explicatives qui ont au plus deux modalités. Pour celles qui ont plus de deux modalités, seule la signification bilatérale est calculée.

observées dans la connaissance de la contraception tout comme celles observées dans ses utilisations passée et actuelle ne semblent relever du hasard.

3.1 CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Le niveau de connaissance de la contraception au Tchad a été obtenu à partir des réponses à la question suivante posée aux femmes enquêtées : "*quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler ?*" Les femmes devaient répondre spontanément en citant les méthodes qu'elles connaissent. Par la suite, l'enquêtrice décrivait les méthodes non citées, question de se rassurer que l'enquêtée ne les a pas oubliées. Les données recueillies indiquent que 45,7 % des femmes en union connaissent au moins une méthode contraceptive (traditionnelle ou moderne). Nous rappelons que les méthodes traditionnelles sont : la continence périodique, les gris-gris, le retrait ou le coït interrompu, les amulettes et les méthodes des cycles. Quant aux méthodes modernes, il y a la pilule, le DIU ou le stérilet, les préservatifs, l'injection vaginale, les spermicides, les diaphragmes et les stérilisations contraceptives féminine et masculine.

Dans le cas du Tchad, les méthodes modernes sont plus connues que les méthodes traditionnelles : 43 % des femmes en union déclarent connaître au moins une méthode moderne contre seulement 2,7 % pour les méthodes traditionnelles. Le nombre moyen de méthodes connues est 1,4 par femme. Il importe de souligner que la proportion des femmes qui connaissent les méthodes traditionnelles est très faible, surtout dans un pays comme le Tchad où la majorité des femmes sont analphabètes. Ce bas niveau de connaissance suscite des interrogations. Il peut s'agir probablement

d'une sous-déclaration ou d'une mauvaise interprétation dans les dialectes locaux de la question qui porte sur les méthodes traditionnelles.

Le tableau III-1 présente la connaissance d'au moins une méthode de contraception selon certaines caractéristiques des femmes en union. À partir de ce tableau, on constate qu'il y a des variations différentielles dans la connaissance des méthodes contraceptives. L'écart entre le niveau de connaissance selon l'âge des femmes n'est pas considérable : il varie de 45,4 % parmi les femmes âgées de 15-24 ans à 48 % parmi celles de 25-34 ans, avant de diminuer sensiblement à 43 % parmi les femmes les plus âgées (35-49 ans). Selon la parité de la femme, la connaissance varie également très peu : elle est de 41 % chez les mères de 0-1 enfant, de 49 % chez celles ayant de 2 à 4 enfants et de 45 % chez les mères ayant 5 enfants et plus. La même tendance est observée selon le nombre d'enfants vivants : la proportion atteint 42 % et 48 %, respectivement parmi les mères de 0-1 enfant et celles de 2 enfants et plus.

Comme signalé dans la partie introductive, les résultats du test par rapport aux trois variables examinées ci-dessus sont significatifs même si les niveaux de connaissance de la contraception varient peu d'une catégorie de femmes à une autre. Ces résultats pourraient suggérer qu'en fonction de l'âge, de la parité et du nombre d'enfants vivants, les variations observées, si petites soient-elles, ne semblent pas relever du hasard, mais reflèteraient les caractéristiques supposées ou réelles de chaque catégorie des femmes étudiées.

Quant au désir d'enfants supplémentaires, il semble influencer la connaissance des méthodes : environ 3 femmes sur 5 qui ne veulent plus d'enfants connaissent les

méthodes, contre seulement 2 femmes sur 5 chez celles qui en veulent encore. Selon le lieu de résidence, plus de 7 femmes sur 10 qui vivent en milieu urbain déclarent connaître la contraception tandis que parmi leurs consœurs du milieu rural, à peine 2 femmes sur 5 ont répondu par l'affirmative. En outre, la connaissance de la contraception semble augmenter avec le niveau d'instruction : 38 % des femmes sans instruction connaissent les méthodes contre 74 % de celles qui ont atteint le niveau primaire. À un niveau d'instruction du secondaire et plus, presque toutes les femmes (99 %) connaissent au moins une méthode. Il existe également une connaissance différentielle selon l'occupation de la femme et de son partenaire. Les femmes qui occupent un emploi rémunéré dans le secteur public ou privé non agricole sont plus portées à connaître la contraception. Environ 3 femmes sur 5 dans ce secteur d'emploi ont une idée sur la contraception alors qu'il n'y a que 2 femmes sur 5 parmi celles qui travaillent dans l'agriculture. Celles dont le partenaire occupe un emploi de bureau sont plus nombreuses (73 %) à connaître les méthodes, et elles sont suivies de celles dont le partenaire travaille comme agent de vente ou de service (59 %). Ce sont évidemment les femmes des agriculteurs et de ceux qui sont sans emploi qui ont le moins de connaissance sur la contraception. Par rapport à l'appartenance religieuse, les chrétiennes (catholiques et protestantes) semblent mieux connaître les procédés contraceptifs que les musulmanes (57 % contre 36%). Les femmes qui écoutent quotidiennement la radio paraissent mieux placées pour connaître les méthodes contraceptives par rapport à celles qui n'écoutent pas (70 % contre 38 %).

Tableau III-1:

Connaissance d'au moins une méthode contraceptive selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97.

Caractéristiques	Connaît au moins une méthode (%)	Ensemble	Nombre d'observations
Ensemble	45,7	100	5832
<u>Groupe d'âge</u>			
15-24	45,4	100	1991
25-34	48,2	100	2139
35-49	43,1	100	1702
<u>Parité de la femme</u>			
0-1	41,2	100	1375
2-4	49,3	100	2098
5 et plus	45,3	100	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>			
0-1	41,5	100	1698
2-4	47,9	100	2511
5 et plus	46,8	100	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>			
Veut encore d'enfants	45,2	100	4866
Ne veut plus d'enfants	57,5	100	570
<u>Lieu de résidence</u>			
Urbain	72,6	100	1238
Rural	38,5	100	4594
<u>Instruction de la femme</u>			
Sans instruction	37,9	100	4679
Primaire	74,1	100	999
Secondaire et plus	98,7	100	155
<u>Occupation de la femme</u>			
Non occupée ou agriculture	39,5	100	3985
Occupée, public et privé non agric.	59,1	100	1841
<u>Occupation du partenaire</u>			
Non occupée ou agriculture	39,1	100	4243
Professionnel ou commis de bureau	73,0	100	364
Vente, service et autres	59,7	100	1083
<u>Appartenance religieuse</u>			
Chrétien	57,4	100	2645
Musulman	36,0	100	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>			
Non	38,3	100	4448
Oui	69,8	100	1380

Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS), Tchad 1996-97

3.2 UTILISATION PASSÉE DE LA CONTRACEPTION

Le niveau d'utilisation passée de la contraception est faible au Tchad : lors de l'EDS, 9 % environ des femmes en union ont déclaré avoir employé une méthode de contraception à un moment quelconque de leur vie. Si les méthodes modernes sont plus connues, ce sont par contre les méthodes traditionnelles qui ont été relativement pratiquées. Ces 9 % des femmes qui ont déjà utilisé la contraception se répartissent comme suit : 6 % ont utilisé les méthodes traditionnelles et 3 % les méthodes modernes. Autrement dit, les méthodes traditionnelles ont été employées dans 60 % des cas. Si on répartit les femmes selon les types de méthodes traditionnelles employées, on constate que 4 femmes sur 5 ont pratiqué la continence périodique. Compte tenu du faible taux de pratique de la contraception moderne, il ne nous paraît pas pertinent de présenter la répartition des femmes selon les types de méthodes. Toutefois, il convient de souligner que parmi les méthodes modernes, c'est la pilule qui a été la plus utilisée (dans 60 % des cas).

Quand on examine les caractéristiques des femmes enquêtées (tableau III-2), l'utilisation passée met en évidence une pratique différentielle. Selon l'âge, ce sont les plus jeunes femmes qui sont relativement nombreuses à avoir essayé la contraception. Le niveau d'utilisation est relativement élevé au sein des générations de moins de 35 ans. Le taux d'utilisation se situe à 8 % chez les femmes âgées de 15-24 ans, augmente jusqu'à 11 % chez celles de 25-34 ans et diminue par la suite dès que les femmes atteignent l'âge de 35 ans. Il en est de même pour la pratique contraceptive selon la parité de la femme et selon le nombre d'enfants vivants : elle augmente dans un premier temps parmi les mères de 0 à 4 enfants (6 à 11 % environ) et devient de moins en moins populaire chez les femmes ayant 5 enfants et plus. On

remarque également que l'utilisation passée de la contraception va du simple au double quand on passe des femmes qui veulent encore d'enfants à celles qui n'en veulent plus. Parmi les femmes qui ne veulent plus d'enfants, 16 % ont déjà employé la contraception et seulement 8 % de celles qui veulent encore, en ont utilisé. La variation est encore plus importante quand on passe du milieu rural au milieu urbain. En effet, les femmes rurales ont utilisé trois fois moins la contraception que celles des centres urbains (6 % et 19 % respectivement). Tout comme la connaissance des méthodes de contraception, l'utilisation passée de la contraception varie fortement avec le niveau d'instruction : le taux d'utilisation est multiplié par 9 quand on passe des femmes sans instruction à celles qui ont au moins un niveau du secondaire.

Selon l'occupation de la femme, on observe que les femmes sans emploi ou qui travaillent dans l'agriculture sont également celles qui ont peu utilisé la contraception. Environ 7 % des femmes se trouvant dans cette situation ont employé au moins un procédé contraceptif à un moment quelconque de leur vie, et ce taux atteint 13 % dès que la femme occupe un emploi rémunéré non agricole hors du domicile conjugal. La proportion des utilisatrices est multipliée par plus de quatre (de 6 à 27 %) quand on passe des femmes dont le partenaire est agriculteur à celles dont le partenaire occupe un emploi de bureau. Le niveau moyen d'utilisation est observé parmi les épouses des agents de vente ou de services (12 %).

Quand on examine l'utilisation passée selon l'appartenance religieuse, ce sont les chrétiennes qui semblent avoir le plus pratiqué la contraception. Elles sont deux fois plus nombreuses à avoir employé les méthodes de contraception que les musulmanes (12 % et 6 % respectivement). Il existe également une utilisation différentielle selon

l'écoute quotidienne de la radio. Les femmes qui suivent les émissions à la radio ont été contraceptrices dans 16 % des cas, alors le niveau d'utilisation atteint à peine 7 % chez celles qui ne les suivent pas.

Tableau III-2:

Utilisation passée des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97.

Caractéristiques	A utilisé au moins une méthode (%)	Ensemble	Nombre d'observations
Ensemble	8,9	100	5832
<u>Groupe d'âge</u>			
15-24	8,2	100	1991
25-34	10,5	100	2139
35-49	7,4	100	1702
<u>Parité de la femme</u>			
0-1	6,7	100	1375
2-4	10,7	100	2098
5 et plus	8,5	100	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>			
0-1	6,7	100	1698
2-4	10,1	100	2511
5 et plus	9,2	100	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>			
Veut encore d'enfants	8,4	100	4866
Ne veut plus d'enfants	15,6	100	570
<u>Lieu de résidence</u>			
Urbain	18,9	100	1238
Rural	6,2	100	4594
<u>Instruction de la femme</u>			
Sans instruction	5,5	100	4679
Primaire	18,0	100	999
Secondaire et plus	51,0	100	155
<u>Occupation de la femme</u>			
Non occupée ou agriculture	7,1	100	3985
Occupée, public et privé non agric.	12,7	100	1841
<u>Occupation du partenaire</u>			
Non occupée ou agriculture	6,3	100	4243
Professionnel ou commis de bureau	27,2	100	364
Vente, service et autres	11,5	100	1083
<u>Appartenance religieuse</u>			
Chrétien	11,8	100	2645
Musulman	6,4	100	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>			
Non	6,7	100	4448
Oui	15,7	100	1380

Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS), Tchad 1996-97

3.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception au moment de l'enquête est obtenue à partir de deux questions posées aux enquêtées. La première est libellée comme suit : "*en ce moment vous-même ou votre partenaire, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?*" À cette question, si l'enquêtée répondait par l'affirmative, l'enquêtrice devait lui poser la deuxième question : "*quelle méthode utilisez-vous ?*" L'objectif visé par la deuxième question est d'arriver à mesurer l'utilisation selon les types de méthodes employées. Comme nous l'avons souligné précédemment, le faible niveau de la pratique contraceptive nous oblige encore à parler en termes de méthodes traditionnelles versus modernes. Si 9 % des femmes en union ont utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie, seulement 4,1 % en utilisent au moment de l'enquête. Tout comme l'utilisation passée, l'utilisation actuelle est largement dominée par l'emploi des méthodes traditionnelles. Les 4,1 % des femmes qui utilisent la contraception se répartissent comme suit : 3 % pour les méthodes traditionnelles et 1,1 % pour les méthodes modernes.

Le tableau III-3 présente l'utilisation actuelle de la contraception selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes en union. On constate que l'utilisation actuelle augmente dans un premier temps avec l'âge de la femme et sa parité, puis diminue par la suite. À 15-24 ans, 4 % des femmes sont contraceptrices et l'utilisation atteint 5 % à 25-34 ans avant de baisser à 3 % dès l'âge de 35 ans. Selon la parité de la femme, le taux d'utilisation est 3,4 % chez les mères de 0-1 enfants, et atteint 5,1 % chez celles de 2-4 enfants pour ensuite faiblir

(3,8 %) chez les mères de 5 enfants et plus. L'utilisation actuelle ne semble pas présenter d'importantes variations selon le nombre d'enfants vivants, mais quand on s'intéresse au désir d'enfants supplémentaires, on observe un écart de 4 points (4 % et 8 %) entre les femmes qui veulent encore des enfants et celles qui n'en veulent plus. De plus, par rapport au lieu de résidence, il y a une utilisation différentielle. En effet, les femmes qui résident en ville semblent avoir un comportement plus contraceptif que celles du milieu rural : la prévalence contraceptive varie du simple au triple (3 à 9,4 %) quand on passe du milieu rural au milieu urbain. Tout comme la connaissance et l'utilisation passée de la contraception, l'utilisation actuelle s'observe majoritairement parmi les femmes du niveau secondaire et plus : une femme sur 4 ayant atteint ce niveau est contraceptive. Le plus bas niveau d'utilisation est observé selon toute vraisemblance chez les femmes sans instruction.

Par ailleurs, quand on examine l'occupation de la femme et celle de son partenaire, l'utilisation actuelle observe la même logique que l'utilisation passée : les femmes qui occupent un emploi dans le secteur public ou privé non agricole et celles dont le partenaire est un cadre professionnel ou un employé de bureau, sont également celles qui emploient plus les méthodes contraceptives. L'écart observé dans la pratique contraceptive selon l'appartenance religieuse n'est que de 2 points puisque 5,3 % des chrétiennes et 3,2 % les musulmanes sont utilisatrices. L'écoute quotidienne de la radio semble également influencer l'utilisation actuelle de la contraception. Les femmes qui écoutent la radio sont dans 7,4 % des cas contraceptrices contre 3,1 % chez le reste des femmes.

Tableau III-3:

Utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Tchad 1996-97.

Caractéristiques	Utilise au moins une méthode (%)	Ensemble	Nombre d'observations
Ensemble	4,1	100	5832
<u>Groupe d'âge</u>			
15-24	3,9	100	1991
25-34	5,1	100	2139
35-49	3,2	100	1702
<u>Parité de la femme</u>			
0-1	3,4	100	1375
2-4	5,1	100	2098
5 et plus	3,8	100	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>			
0-1	3,1	100	1698
2-4	4,5	100	2511
5 et plus	4,7	100	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>			
Veut encore d'enfants	3,8	100	4866
Ne veut plus d'enfants	8,1	100	570
<u>Lieu de résidence</u>			
Urbain	9,4	100	1238
Rural	2,7	100	4594
<u>Instruction de la femme</u>			
Sans instruction	2,8	100	4679
Primaire	7,5	100	999
Secondaire et plus	24,5	100	155
<u>Occupation de la femme</u>			
Non occupée ou agriculture	3,1	100	3985
Occupée, public et privé non agric.	6,2	100	1841
<u>Occupation du partenaire</u>			
Non occupée ou agriculture	2,9	100	4243
Professionnel ou commis de bureau	12,6	100	364
Vente, service et autres	5,7	100	1083
<u>Appartenance religieuse</u>			
Chrétien	5,3	100	2645
Musulman	3,2	100	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>			
Non	3,1	100	4448
Oui	7,4	100	1380

Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS), Tchad 1996-97

Nous avons également cherché à étudier l'utilisation actuelle selon l'approbation de la PF par le couple et selon la discussion au sein du couple au sujet de la PF (tableau III-4). Parmi les femmes qui n'emploient pas la contraception, 77 % n'ont jamais

abordé le sujet de la PF avec leur partenaire, 14 % l'ont abordé une ou deux fois et 9% ont déclaré qu'elles en discutent souvent.

Quant à l'utilisation actuelle selon l'approbation de la PF par les membres du couple, on constate que 25 % des femmes qui pratiquent la contraception, appartiennent aux couples dont les deux partenaires désapprouvent la PF, 29 % sont des femmes dont l'un ou l'autre membre du couple désapprouve la PF et les 46 % restants sont constitués des femmes dont les deux partenaires adhèrent entièrement à la PF. À partir de ces observations, une remarque s'impose : la désapprobation de la PF n'empêcherait pas totalement son utilisation. Si on se fie aux données, malgré la désapprobation de la PF par l'un ou l'autre membre du couple, certaines femmes semblent continuer tout de même à pratiquer la contraception. De plus, le fait que les deux partenaires désapprouvent la PF ne signifie pas forcément qu'ils n'emploient pas les méthodes contraceptives. De toute évidence, c'est surtout l'utilisation de la contraception vue sous l'angle limitation des naissances qui semble être désapprouvée. Cependant, les partenaires semblent être d'accord quand il s'agit de se servir de la contraception pour l'espacement des naissances. C'est ce qui pourrait justifier cette proportion de 25 % des femmes qui continuent à pratiquer la contraception alors qu'elles ont déclaré que les deux partenaires désapprouvent la PF.

Parmi les femmes qui n'utilisent pas la contraception, environ une femme sur 3 appartient aux couples dont les deux partenaires désapprouvent la PF, près de 3 femmes sur 5 sont celles dont l'un des partenaires approuve la PF et à peine une femme sur 10 appartient aux couples dont les deux partenaires approuvent la PF. À

partir de ces informations, on pourrait avancer que la non-utilisation de la contraception ne signifie pas forcément que les couples désapprouvent la PF. Il peut s'agir d'un manque d'informations sur les méthodes de PF ou que les couples hésitent d'intégrer la contraception dans leurs comportements reproductifs.

Tableau III-4:

Utilisation actuelle de la contraception selon l'approbation de la PF par les membres du couple et selon la discussion au sein du couple au sujet de la PF, Tchad 1996-97

Caractéristiques	Utilisation actuelle (%)	
	Oui	Non
<i>Approbation de la PF par le couple</i>		
Les 2 partenaires désapprouvent	24,7	31,2
L'un des 2 désapprouve	29,3	57,8
Les 2 partenaires approuvent	46,0	11,0
<i>Total</i>	100,0	100,0
<i>Discussion au sujet de la PF</i>		
Jamais	41,7	77,1
Une ou deux fois	25,6	13,5
Souvent	32,6	9,4
<i>Total</i>	100,0	100,0
<i>Nombre d'observations</i>	242	5582

Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS), Tchad 1996-97

Pour essayer de voir à quel niveau se situe le Tchad par rapport à la connaissance et à la prévalence contraceptive, nous avons présenté au tableau III-5 le niveau de connaissance et d'utilisation de la contraception des femmes en union au Tchad et dans certains pays de la sou-région. Comme les enquêtes n'ont pas été réalisées la même année dans ces pays, il est difficile de parler de comparaison proprement dite. Mais, il convient de relever tout de même que par rapport au Mali, au Niger, au Burkina Faso et au Sénégal, la connaissance et surtout l'emploi de la contraception sont des phénomènes très marginaux au Tchad.

Tableau III-5 :

Niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception des femmes en union au Tchad et dans certains pays de la sous-régions.

Pays	Années	Connaissance (%)	Utilisation passée (%)	Utilisation actuelle (%)
Tchad	1996-97	45,7	8,9	4,1
Burkina Faso,	1998-99	93,4	25,1	11,9
Mali	1995-96	87,9	17,5	6,7
Niger	1998	94,1	20,2	8,2
Sénégal	1997	86,4	26,7	12,9

Source : EDS, Tchad 1996-97; Burkina Faso 1998-99; Mali 1995-96; Niger 1998 et Sénégal 1997

Conclusion

En somme, l'examen des données met en évidence des variations différentielles dans la connaissance et la pratique contraceptive au Tchad. L'analyse descriptive des caractéristiques des femmes en union tend à infirmer nos hypothèses par rapport à l'âge de la femme et sa parité. On constate que la connaissance et l'utilisation (passée ou actuelle) de la contraception augmentent seulement parmi les femmes âgées de 15-34 ans, et s'estompent à partir de 35 ans, pour décroître ensuite parmi les femmes les plus âgées. Comme le niveau de connaissance et de la prévalence de la contraception est relativement faible parmi les femmes âgées de plus de 35 ans, il peut s'agir probablement d'un effet de génération. Les femmes les plus âgées semblent manifester encore leur attachement au modèle de fécondité traditionnel. En outre, comme la plupart des femmes scolarisées se trouvent parmi les plus jeunes, on pourrait dire également que l'esprit d'ouverture les rend plus réceptives aux méthodes de contraception que leurs consœurs plus âgées.

La même tendance est observée par rapport à la parité de la femme : la connaissance et l'utilisation augmentent légèrement parmi les mères de 0-4 enfants, et à partir du 5^e enfant, les femmes connaissent et utilisent de moins en moins la contraception. Il en est de même pour la connaissance et l'utilisation passée selon le nombre d'enfants vivants. Par contre, l'utilisation actuelle selon le nombre d'enfants vivants tend à confirmer en partie notre hypothèse : elle augmente sensiblement jusqu'au 4^e enfant et se stabilise ensuite. Par rapport au désir d'enfants supplémentaires, les femmes qui veulent encore d'enfants connaissent peu la contraception et en font moins usage. Ceci va également dans le sens de notre hypothèse par rapport à cette variable. Comme le désir d'enfants supplémentaires a été évoqué par 41 % des femmes en union comme la principale raison de la non-utilisation (EDS, Tchad 1996-97), nous avons cherché à nous intéresser à ces femmes qui veulent davantage d'enfants en croisant certaines de leurs caractéristiques avec la variable "désir d'enfants supplémentaires" (tableau III-6). Nous avons ensuite procédé à un test Khi-deux de Pearson pour étudier si les différences observées dans le désir d'enfants supplémentaires selon les caractéristiques des femmes étaient statistiquement significatives (voir annexes).

Le test révèle que les différences observées dans le désir d'enfants supplémentaires des femmes selon le lieu de résidence et selon l'écoute quotidienne de la radio ne sont significatives. Tout porte donc à croire qu'au Tchad le désir d'enfants supplémentaires pour une femme semble être le même quels que soient le lieu de résidence et le statut d'écoute des émissions à la radio. Cependant, les variations différentielles selon l'instruction de la femme, son occupation, celle de son partenaire et son appartenance religieuse, même si elles ne sont pas assez importantes,

demeurent significatives. Ainsi, 90 % des femmes sans instruction pour 87 % de celles d'un niveau d'instruction du primaire et plus veulent d'enfants supplémentaires. Selon l'occupation de la femme, le désir d'enfants supplémentaires présente un écart d'environ de 4 points (90,8 % et 86,6 % respectivement des femmes non occupées et de celles qui sont occupées), et cet écart est de 8 points quand on passe des chrétiennes aux musulmanes (85 % et 93 % respectivement). Quand on étudie le désir d'enfants supplémentaires selon l'occupation du partenaire, ce sont les conjointes des agents de vente ou de service qui ont le plus exprimé le besoin d'enfants supplémentaires (93,4 %).

De cette analyse, on peut retenir qu'au Tchad, du moins jusqu'en 1997, et selon les caractéristiques étudiées dans le tableau III-6, le désir d'enfants supplémentaires varie très peu d'une femme à une autre. Quelle que soit la caractéristique choisie, au moins 4 femmes sur 5 veulent des enfants supplémentaires.

Par rapport à nos hypothèses sur les caractéristiques des femmes peu favorables à la contraception, et ce en attendant que les relations trouvées à partir de l'analyse descriptive soient confirmées par une analyse multivariée, les données nous renseignent que ce sont en général des femmes musulmanes, moins instruites et âgées de 35 ans et plus, qui résident en milieu rural, travaillent dans l'agriculture ou sont sans emploi, sont mères d'au moins 5 enfants (vivants ou nés vivants), leur partenaire occupe principalement un emploi dans l'agriculture ou sont sans emploi et elles écoutent moins la radio.

Tableau III-6 :

Répartition des femmes en union qui veulent encore d'enfants selon certaines caractéristiques, Tchad 1996-97

Caractéristiques	Veut encore d'enfants (%)	Ensemble	Nbre d'obs. N=5436
<i>Lieu de résidence</i>			
Urbain	88,6	100	1182
Rural	89,8	100	4254
<i>Instruction de la femme *</i>			
Sans instruction	90,1	100	4309
Primaire	87,3	100	976
Secondaire et plus	87,4	100	151
<i>Occupation de la femme *</i>			
Non occupée ou agriculture	90,8	100	3738
Occupée, public et privé non agricole	86,6	100	1696
<i>Occupation du partenaire *</i>			
Non occupée ou agriculture	89,1	100	3914
Professionnel ou commis de bureau	85,3	100	346
Vente, service et autres	92,4	100	4041
<i>Appartenance religieuse *</i>			
Chrétien	85,0	100	2415
Musulman	93,1	100	3009
<i>Ecoute quotidienne de la radio</i>			
Non	89,3	100	4108
Oui	90,1	100	1328

Source : EDS, Tchad 1996-97

Niveau de signification : * $\leq 5\%$ (test de Khi-deux)

Note : Le nombre d'observations pour les variables "occupation du partenaire" et "appartenance religieuse" est inférieur au nombre d'observations réel à cause des hommes polygames et de certaines femmes qui vivent en union avec des animistes et autres religions minoritaires qui ne sont pas prises en compte dans le tableau.

Chapitre IV : ANALYSE MULTIVARIÉE DES FACTEURS DE CONNAISSANCE ET D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD

Le modèle d'analyse utilisé dans ce chapitre est la régression logistique simple⁹. Les trois variables dépendantes sont la connaissance de la contraception, les utilisations passée et actuelle de la contraception (toutes sont des variables dichotomiques). Les variables explicatives du modèle sont les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes en union. Comme la variable "désir d'enfants supplémentaires" a souvent été soupçonnée¹⁰ d'endogène, pour chaque variable dépendante nous allons présenter deux modèles d'analyse : l'un sans cette variable et l'autre avec celle-ci, ceci pour examiner son influence sur les résultats.

L'équation du modèle se formule comme suit :

$$P = \Pr (Z = 1) = F(X\beta) = 1/(1+e^{-X\beta}) \quad (1)$$

et

$$1 - P = \Pr (Z = 0) = 1 - F(X\beta) \quad (2)$$

où :

Z est la variable dépendante du modèle;

X représente le vecteur des variables explicatives du modèle;

β est le vecteur des coefficients associés à X;

P représente la probabilité de connaître, d'avoir utilisé ou d'utiliser la contraception.

Le coefficient β mesure l'impact de chaque variable explicative sur la variable dépendante si on fixe toutes les autres variables du modèle. Comme, il est difficile de connaître le sens que prend la relation entre les variables explicatives et la variable dépendante à partir des seuls coefficients β , nous utiliserons pour ce faire le risque

⁹ Pour plus de détails sur ce modèle d'analyse statistique, voir Hosmer et Lemeshow, 1989 ; Hannshek et Jackson, 1977 et Kmenta, 1986.

¹⁰ A propos des variables endogènes, voir Boulier et Mankiw, 1986 ; Rio-Neto et al., 1991 et Briscoe et al., 1990.

relatif. Il représente le rapport de probabilité de chaque modalité à celle de la catégorie de référence choisie. Quand le risque relatif est supérieur à 100, cela indique une association positive entre la variable explicative et la variable dépendante. Un risque relatif inférieur à 100, indique quant à lui une association négative.

4.1 LES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

Le tableau IV-1 présente les résultats de la régression logistique de la connaissance de la contraception avec certaines variables explicatives. Les données nous permettent de discerner l'effet de chaque variable indépendante sur la connaissance de la contraception.

À partir de ce tableau, on constate que le nombre d'enfants vivants, la résidence urbaine de la femme, son instruction, son occupation, celle de son partenaire, son appartenance à la religion chrétienne (catholique et protestante) et l'écoute quotidienne de la radio influencent de façon significative (au seuil de 1 %) et positive la connaissance des méthodes contraceptives. Ainsi, le risque relatif est de 132 % pour les mères qui ont 2 à 4 enfants vivants et atteint 146 % dès que les femmes comptent plus de 5 enfants vivants. Selon le lieu de résidence, et avec un risque relatif de 205 %, les femmes urbaines connaissent deux fois plus les méthodes contraceptives que les femmes rurales. Par ailleurs, le niveau de connaissance est multiplié par plus de 5 (un risque relatif de 536 %) quand on passe des femmes sans instruction à celles du niveau secondaire et plus. Selon l'emploi du partenaire, les femmes dont le partenaire travaille dans un secteur autre que l'agriculture connaissent mieux la contraception : les risques relatifs sont respectivement de 135%

et 132 % chez les femmes dont le partenaire est un cadre ou un employé de bureau et chez celles dont le partenaire est un agent de service ou de vente.

Par rapport à l'appartenance religieuse et à l'écoute quotidienne de la radio, la connaissance varie du simple au double quand on passe des femmes musulmanes aux femmes chrétiennes, et des femmes qui n'écoutent pas la radio à celles qui l'écoutent régulièrement : le risque relatif atteint 205 % chez les chrétiennes et est de 202 % chez celles qui écoutent la radio. L'occupation de la femme en dehors du foyer conjugal est associée significativement (au seuil de 5 %) à la connaissance de la contraception. Le risque relatif pour une femme se trouvant dans cette situation est de 113 %. On relève cependant que l'âge et la parité de la femme n'affectent pas de façon significative la connaissance des méthodes contraceptives.

Quand on introduit la variable "désir d'enfants supplémentaires" dans le modèle (tableau IV-2), on relève d'importants changements dans les résultats. L'introduction de cette variable a eu comme effet principal la diminution du niveau de signification des variables suivantes : la signification de 1 % attachée aussi bien aux mères de 2-4 enfants vivants qu'aux conjointes des cadres ou des employés de bureau est ramené à 5 %, mais les effets de ces deux variables sur la connaissance de la contraception demeurent plus ou moins stables. Apparemment, le "désir d'enfants supplémentaires" semble capter une petite partie des effets de ces variables sur la connaissance de la contraception. On serait tenté de dire que le besoin d'enfants supplémentaires pour les femmes tchadiennes semble être déterminé par la survie des enfants et le type d'emploi occupé par le partenaire, mais comme l'a souligné en substance Watkins (2000) dans ses travaux sur les modèles de reproduction à Nyansa (Kenya), en

général dans les sociétés traditionnelles, le désir d'enfants est difficilement quantifiable en terme d'intention de fécondité. À cet effet, il est difficile de se prononcer sur les interactions entre le désir d'enfants supplémentaires et les variables sus indiquées par rapport à la connaissance de la contraception par les femmes au Tchad puisque d'autres facteurs difficilement mesurables peuvent aussi entrer en ligne en compte.

Tableau IV-1 :

(Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")
 Régression logistique de la connaissance de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)	-		16,18	100,00	1991
25-34	0,06		16,95	104,74	2139
35-49	-0,07		15,19	93,90	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		16,18	100,00	1375
2-4 enfants	0,14		18,10	111,88	2098
5 enfants et plus	-0,06		15,36	94,96	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		16,18	100,00	1698
2-4 enfants	0,34	***	21,29	131,59	2511
5 enfants et plus	0,47	***	23,63	146,06	1623
<u>Lieu de résidence</u>					
Urbain	0,94	***	33,09	204,54	1238
(Rural)	-		16,18	100,00	4594
<u>Instruction de la femme</u>					
(Sans instruction)	-		16,18	100,00	4679
Primaire	0,91	***	32,40	200,23	999
Secondaire et plus	3,52	***	86,72	535,96	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		16,18	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,15	**	18,27	112,90	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupé ou agriculture)	-		16,18	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,37	***	21,80	134,76	364
Vente, service et autres	0,34	***	21,42	132,36	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,95	***	33,32	205,91	2645
(Musulman)	-		16,18	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,92	***	32,60	201,50	4448
(Non)	-		16,18	100,00	1380
Constante	-1,64		//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
 Niveau de signification : *** = 1 %, et ** = 5 %

Tableau IV-2 :**(Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")**

Régression logistique de la connaissance de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)	-		16,38	100,00	1991
25-34	0,07		17,40	106,20	2139
35-49	-0,03		16,02	97,78	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		16,38	100,00	1375
2-4 enfants	0,10		17,80	108,65	2098
5 enfants et plus	-0,15		14,40	87,92	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		16,38	100,00	1698
2-4 enfants	0,33	**	21,39	130,55	2511
5 enfants et plus	0,46	***	23,72	144,80	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>					
(Veut encore d'enfants)	-		16,38	100,00	4866
Ne veut plus d'enfants	0,31	***	21,05	128,50	570
<u>Lieu de résidence</u>					
(Urbain)	0,95	***	33,69	205,62	1238
Rural	-		16,38	100,00	4594
<u>Instruction de la femme</u>					
(Sans éducation)	-		16,38	100,00	4679
Primaire	0,88	***	32,15	196,22	999
Secondaire et plus	3,45	***	86,08	525,41	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		16,38	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,18	***	19,06	116,33	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupé ou agriculture)	-		16,38	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,36	**	21,95	133,96	364
Vente, service et autres	0,32	***	21,22	129,51	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,94	***	33,46	204,24	2645
(Musulman)	-		16,38	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,95	***	33,46	205,85	4448
(Non)	-		16,38	100,00	1380
Constante	-1,63		//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
Niveau de signification : *** = 1 %, et ** = 5 %

Nos hypothèses postulaient entre autres que l'âge de la femme et sa parité pourraient être en relation positive avec la connaissance de la contraception, mais les résultats auxquels nous sommes arrivés ne confirment pas ces postulats. Le niveau de connaissance de la contraception augmente parmi les femmes âgées de moins de 35 ans et accuse une baisse par la suite chez les femmes plus âgées. Il en est de même pour la parité de la femme : la connaissance augmente parmi les mères de 0 à 4 enfants et diminue sensiblement et continûment par la suite chez celles ayant plus de 4 enfants. Toutefois, les deux variables ne sont pas significatives.

Par contre, les résultats de l'analyse confirment nos hypothèses bâties sur le nombre d'enfants vivants, le lieu de résidence, l'instruction de la femme et son emploi, l'emploi de son partenaire, sa religion et l'écoute quotidienne de la radio. L'instruction de la femme, sa résidence urbaine, son emploi non agricole, l'emploi non agricole de son partenaire, son appartenance à la religion chrétienne et le fait qu'elle écoute quotidiennement la radio sont des facteurs qui semblent être associés à la connaissance des méthodes contraceptives.

4.2 FACTEURS EXPLICATIFS DE L'UTILISATION PASSÉE DE LA CONTRACEPTION

Dans cette section, nous allons essayer d'apprécier les effets qu'exercent les variables explicatives sur l'utilisation passée de la contraception. Le tableau IV-3 présente les résultats de la régression logistique des variables liées à l'utilisation passée des méthodes contraceptives. Ces résultats révèlent que le nombre d'enfants vivants est significativement et positivement associé à l'utilisation passée de la contraception, soit au seuil de 10 % pour les mères ayant 2 à 4 enfants et 5 % pour celles ayant 5 enfants et plus. Les femmes qui ont plusieurs enfants survivants sont

relativement nombreuses à avoir utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie. Le risque relatif évolue de 149 % parmi les mères de 2-4 enfants à 187 % chez celles qui comptent plus de 4 enfants vivants. Les résultats sont encore plus significatifs (au seuil de 1%) à la fois pour la résidence urbaine, l'instruction de la femme, l'emploi de son partenaire et son appartenance à la religion chrétienne. Ces quatre variables sont aussi positivement associées à l'utilisation passée de la contraception. Selon le lieu de résidence, l'utilisation passée est presque multipliée par deux (un risque relatif de 194 %) dès que l'on passe du milieu rural au milieu urbain. Les plus fortes variations s'observent au niveau de l'instruction de la femme. En effet, les femmes ayant une instruction du niveau primaire ont été plus de deux fois (un risque relatif de 244 %) contraceptrices que leurs consœurs sans instruction. En outre, l'utilisation passée des méthodes contraceptives est multipliée par plus de 6 (un risque relatif de 626 %) quand on passe des femmes sans instruction à celles ayant un niveau d'instruction du secondaire et plus. Par rapport à l'emploi du partenaire et à l'appartenance religieuse, les femmes dont le partenaire occupe un emploi non agricole et celles qui appartiennent à la religion chrétienne ont le plus fait usage des méthodes contraceptives. Les risques relatifs sont de 185 % et 144 %, respectivement pour les conjointes des cadres ou des employés de bureau et les femmes chrétiennes.

Par ailleurs, on constate que les variables qui n'étaient pas significatives (l'âge de la femme et sa parité) pour la connaissance de la contraception le demeurent également pour son utilisation passée. En plus de ces variables, on relève que l'emploi non agricole de la femme et l'écoute quotidienne de la radio qui étaient hautement

significatifs dans le modèle de connaissance de la contraception ne le sont pas du tout dans celui de l'utilisation passée.

Quand on intègre le "désir d'enfants supplémentaires" dans le modèle (tableau IV-4), cette variable se révèle fortement associée à l'utilisation passée de la contraception. Son intégration dans le modèle a rendu moins significatifs les résultats relatifs au nombre d'enfants vivants, cependant les coefficients associés aux modalités de la variable "nombre d'enfants vivants" varient peu. Cela pourrait indiquer que le désir d'enfants supplémentaires capte seulement une infime partie des effets du "nombre d'enfants vivants" sur l'utilisation passée de la contraception. Le fait que l'impact du "nombre d'enfants vivants" sur l'utilisation passée de la contraception reste stable après l'introduction de la variable "désir d'enfants supplémentaires", pourrait signifier que le besoin d'avoir d'autres enfants pour les femmes est déterminé par plusieurs facteurs (non inclus dans le modèle) autres que le nombre d'enfants vivants. Il y a lieu de constater que cependant que tous les autres résultats significatifs dans le premier modèle le sont également dans le second.

Tout comme dans le modèle de connaissance de la contraception, les résultats relatifs à l'âge de la femme et à sa parité ne confirment pas nos hypothèses. Le fait qu'une femme soit âgée ou de parité supérieure ne semble pas être déterminant pour l'utilisation passée de la contraception. Cependant, les résultats sont conformes à notre attente par rapport à la résidence urbaine de la femme, à son instruction, à l'emploi de son partenaire et à son appartenance religieuse.

En ce qui concerne l'emploi de la femme et l'écoute quotidienne de la radio, le fait que les résultats ne soient pas significatifs ne nous permet pas de conclure par

rapport à nos hypothèses bâties sur ces deux variables. Ces résultats pourraient indiquer que même si l'emploi non agricole de la femme hors du domicile conjugal et l'écoute de la radio semblent être déterminants pour la connaissance des méthodes contraceptives, ils le sont le moins quand il est question de leur pratique.

En définitive, l'utilisation passée de la contraception a été majoritairement observée parmi les femmes qui ont les caractéristiques suivantes : celles qui sont instruites et mères d'au moins 5 enfants vivants, celles qui résident en ville, celles qui appartiennent à la religion chrétienne et celles dont le partenaire est un cadre professionnel ou un commis de bureau.

Tableau IV-3 :
(Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")

Régression logistique de l'utilisation passée de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)			2,43	100,00	1991
25-34	0,08		2,64	108,59	2139
35-49	-0,21		1,98	81,48	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		2,43	100,00	1375
2-4 enfants	0,23		3,04	125,02	2098
5 enfants et plus	0,02		2,38	97,77	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		2,43	100,00	1698
2-4 enfants	0,41	*	3,62	149,05	2511
5 enfants et plus	0,65	**	4,55	187,39	1623
<u>Lieu de résidence</u>					
Urbain	0,69	***	4,71	193,93	1238
(Rural)	-		2,43	100,00	4594
<u>Education de la femme</u>					
(Sans éducation)	-		2,43	100,00	4679
Primaire	0,93	***	5,96	244,13	999
Secondaire et plus	1,97	***	15,20	625,50	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		2,43	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,07		2,59	106,72	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		2,43	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,64	***	4,41	185,43	364
Vente, service et autres	0,08		2,64	108,49	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,37	***	3,49	143,77	2645
(Musulman)	-		2,43	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,18		2,91	119,70	4448
(Non)	-		2,43	100,00	1380
Constante	-3,69	//	//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
Niveau de signification : *** = 1 %, ** = 5 % et * = 10 %

Tableau IV-4 :**(Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")**

Régression logistique de l'utilisation passée de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)	-		2,60	100,00	1991
25-34	0,06		2,76	106,11	2139
35-49	-0,30		1,95	74,82	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		2,60	100,00	1375
2-4 enfants	0,24		3,27	125,86	2098
5 enfants et plus	-0,01		2,58	99,30	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		2,60	100,00	1698
2-4 enfants	0,37		3,73	143,30	2511
5 enfants et plus	0,50		4,22	162,27	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>					
(Veut encore d'enfants)	-		2,60	100,00	4866
Ne veut plus d'enfants	0,63	***	4,77	183,58	570
<u>Lieu de résidence</u>					
Urbain	0,66	***	4,89	188,17	1238
(Rural)	-		2,60	100,00	4594
<u>Instruction de la femme</u>					
(Sans instruction)	-		2,60	100,00	4679
Primaire	0,90	***	6,17	237,22	999
Secondaire et plus	1,98	***	16,17	621,68	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		2,60	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,06	***	2,77	106,38	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		2,60	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,64	***	4,82	185,35	364
Vente, service et autres	0,06		2,75	105,78	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,32	***	3,53	135,72	2645
(Musulman)	-		2,60	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,18		3,10	119,28	4448
(Non)	-		2,60	100,00	1380
Constante	-3,62	//	//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
Niveau de signification : *** = 1 %

4.3 LES FACTEURS EXPLICATIFS DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Dans l'utilisation actuelle de la contraception, les résultats de l'analyse multivariée (tableau IV-5) révèlent que le nombre d'enfants vivants, la résidence urbaine de la femme et son instruction sont hautement significatifs au seuil de 1 % . Ces variables sont positivement associées à l'utilisation actuelle de la contraception. Parmi ces variables, c'est au niveau du nombre d'enfants vivants qu'on observe d'importantes variations dans la pratique contraceptive. Les femmes qui ont au moins 5 enfants vivants présentent un risque relatif très élevé (825 %). En d'autres termes, elles emploient plus de 8 fois les méthodes contraceptives que celles qui ont au plus un enfant. Le risque relatif est également multiplié par un peu plus de 3 quand on passe des mères de 0-1 enfant à celles de 2- 4 enfants.

Tout comme l'utilisation passée, l'utilisation actuelle de la contraception intéresse particulièrement les femmes urbaines fortement scolarisées. Le fait de résider en ville augmente de plus de 2 fois (un risque relatif de 232 %) la probabilité d'adoption de la contraception. L'instruction paraît également comme un moyen qui prédispose les femmes à l'emploi des méthodes contraceptives puis qu'on constate que plus la femme est instruite, plus est utilisatrice. Le risque relatif d'une femme ayant atteint le niveau d'instruction du secondaire est plus que le triple (373 %) de celui d'une femme sans instruction. Il est multiplié par environ 2 dès que la femme atteint un niveau d'instruction du primaire. L'emploi non agricole du partenaire et la religion chrétienne ont également un impact positif sur l'utilisation actuelle de la contraception, mais les niveaux de signification sont seulement de 10 % et 5 %. Selon l'emploi du partenaire, la conjointe d'un cadre ou d'un employé de bureau a un

niveau d'utilisation de 55 % supérieur à celui de la conjointe d'un employé agricole, et le risque relatif pour une chrétienne d'utiliser les méthodes contraceptives est 138%.

Quand on examine la parité de la femme, on relève une association négative avec l'utilisation actuelle et les résultats sont hautement significatifs. Ainsi, au fur et à mesure que la parité de la femme augmente, elle devient moins utilisatrice. Les mères de 2-4 enfants emploient 2 fois moins les méthodes contraceptives que celles qui ont au plus un enfant. L'utilisation actuelle est divisée par 5 quand on compare les mères de 0-1 enfant à celles qui ont déjà mis au monde 5 enfants et plus. Il y a lieu de constater également que l'âge de la femme, son emploi non agricole et l'écoute de la radio n'influencent pas de façon significative la pratique actuelle de la contraception au Tchad. Mais les résultats attachés à l'âge de la femme semble suivre le profil de connaissance et d'utilisation observé dans la plupart des pays en développement qui ont organisé l'enquête mondiale de la fécondité dans les années 70 (Sierra Leone, 1969/70 ; Kenya, 1977; Haïti, 1977 et Cameroun, 1978). L'utilisation augmente avec l'âge et atteint son maximum au milieu de la vie reproductive des femmes c'est à dire entre 25-34 ans (Ascadi et Weinberger, 1982).

Tout comme dans le modèle de connaissance et d'utilisation passée de la contraception, nous avons également introduit le "désir d'enfants supplémentaires" dans le modèle d'utilisation actuelle de la contraception (tableau IV-6) pour évaluer les effets que pourrait produire cette variable sur les résultats. On constate que le "désir d'enfants supplémentaires" est hautement significatif, et que les effets de l'appartenance religieuse sur l'utilisation actuelle de la contraception disparaissent.

On observe également que l'âge de la femme qui n'était pas significatif le devient à 10 % pour les femmes âgées de 35-49 ans. Le fait qu'on note aux âges avancés une association négative dans le second modèle, pourrait indiquer que ces femmes demeurent traditionnellement attachées au modèle de reproduction reflétant la période pré-transitionnelle.

Après avoir contrôlé les autres caractéristiques, le nombre d'enfants vivants, la résidence urbaine, l'instruction de la femme demeurent toujours significatifs. On pourrait dire que la remarque faite par rapport à la variable "désir d'enfants supplémentaires" dans le modèle d'utilisation passée de la contraception reste aussi valable pour l'utilisation actuelle : le désir des enfants supplémentaires semble plutôt être déterminé par d'autres paramètres non incluses dans le modèle d'analyse que par l'appartenance religieuse.

En somme, nos hypothèses par rapport au nombre d'enfants vivants, au lieu de résidence, à l'instruction de la femme, à l'emploi du partenaire et à l'appartenance religieuse sont confirmées par les résultats de l'analyse de la régression logistique. La résidence urbaine, le nombre élevé d'enfants survivants, l'instruction, l'emploi de bureau pour un partenaire et l'appartenance à la religion chrétienne paraissent comme des facteurs qui prédisposent les femmes à l'emploi des méthodes contraceptives. Cependant, les résultats infirment notre postulat relatif à la parité de la femme. Contre toute attente, cette variable est associée négativement à l'utilisation actuelle de la contraception. Toutes les autres variables du modèles semblent ne pas avoir d'effet significatif.

Tableau IV-5 : Modèle réduit**(Modèle de régression sans la variable "désir d'enfants supplémentaires")**

Régression logistique de l'utilisation actuelle de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)	-		1,40	100,00	1991
25-34	0,16		1,65	117,49	2139
35-49	-0,25		1,10	78,22	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		1,40	100,00	1375
2-4 enfants	-0,71		0,70	49,59	2098
5 enfants et plus	-1,69	***	0,26	18,74	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		1,40	100,00	1698
2-4 enfants	1,16	**	4,33	308,57	2511
5 enfants et plus	2,22	***	11,59	824,85	1623
<u>Lieu de résidence</u>					
Urbain	0,86	***	3,26	208,70	1238
(Rural)	-		1,40	100,00	4594
<u>Education de la femme</u>					
(Sans éducation)	-		1,40	100,00	4679
Primaire	0,56	***	2,43	172,76	999
Secondaire et plus	1,36	***	5,24	372,96	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		1,40	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,20		1,71	121,48	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		1,40	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,45	*	2,18	154,92	364
Vente, service et autres	0,04		1,47	104,52	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,33	**	1,94	138,20	2645
(Musulman)	-		1,40	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,14		1,61	114,69	4448
(Non)	-		1,40	100,00	1380
Constante	-4,25	//	//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
Niveau de signification : *** = 1 %, ** = 5 % et * = 10 %

Tableau IV-6 :**(Modèle de régression avec la variable "désir d'enfants supplémentaires")**

Régression logistique de l'utilisation actuelle de la contraception avec certaines variables explicatives, Tchad 1996-97.

Variables	β	Signific.	Probabilité (%)	Risque relatif (%)	Nombre d'observ. N=5832
<u>Groupe d'âge</u>					
(15-24)	-		1,54	100,00	1991
25-34	0,09		1,68	109,48	2139
35-49	-0,51	*	0,93	60,39	1702
<u>Parité de la femme</u>					
(0-1 enfants)	-		1,54	100,00	1375
2-4 enfants	-0,65		0,81	52,54	2098
5 enfants et plus	-1,57	***	0,32	21,02	2359
<u>Nombre d'enfants vivants</u>					
(0-1 enfants)	-		1,54	100,00	1698
2-4 enfants	1,07	**	4,36	283,58	2511
5 enfants et plus	1,97	***	10,07	655,87	1623
<u>Désir d'enfants supplémentaires</u>					
(Veut encore d'enfants)	-		1,54	100,00	4866
Ne veut plus d'enfants	0,85	***	3,52	229,21	570
<u>Lieu de résidence</u>					
Urbain	0,84	***	3,49	227,27	1238
(Rural)	-		1,54	100,00	4594
<u>Instruction de la femme</u>					
(Sans instruction)	-		1,54	100,00	4679
Primaire	0,51	***	2,52	164,37	999
Secondaire et plus	1,36	***	5,72	372,41	155
<u>Occupation de la femme</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		1,54	100,00	3985
Occupée, public et privé non agricole	0,24		1,95	127,18	1841
<u>Occupation du partenaire</u>					
(Non occupée ou agriculture)	-		1,54	100,00	4243
Professionnel ou commis de bureau	0,43	*	2,33	151,79	364
Vente, service et autres	-0,02		1,50	97,58	1083
<u>Appartenance religieuse</u>					
Chrétien	0,21		1,89	122,93	2645
(Musulman)	-		1,54	100,00	3172
<u>Ecoute quotidienne de la radio</u>					
Oui	0,14		1,77	114,93	4448
(Non)	-		1,54	100,00	1380
Constante	-4,16	//	//	//	//

Note : La catégorie de référence se trouve entre parenthèse
Niveau de signification : *** = 1 %, ** = 5 % et * = 10 %

4.4 INTERPRÉTATION CONTEXTUELLE DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIÉE

Les résultats ci-dessus nous ont permis de discerner les effets qu'exercent les variables explicatives sur la connaissance de la contraception et ses utilisations passée et actuelle au Tchad. Ils nous conduisent ainsi à formuler quelques observations.

Par rapport au nombre d'enfants vivants, la relation positive pourrait indiquer un comportement nouveau dans l'emploi de la contraception au Tchad. En effet dans un contexte d'ajustement structurel de l'économie tchadienne avec ses corollaires de privatisation des services sociaux, les mères de famille nombreuse semblent manifester un besoin latent de PF. Elles chercheraient à s'informer sur les méthodes contraceptives dans le but leur éventuelle utilisation.

Par ailleurs, en ce qui concerne la résidence urbaine, le sens positif de la relation qui lie cette variable à la connaissance de la contraception et ses utilisations est probablement lié à la concentration des centres de PF et des campagnes publicitaires qui d'une part facilitent l'accès et d'autre part rendent disponible l'information.

Par rapport à l'instruction, le comportement contraceptif positif pourrait indiquer selon toute vraisemblance que l'ouverture d'esprit et le contact avec le monde extérieur rendent ces femmes plus réceptives à la PF comparativement à leurs consœurs sans instruction. Comme l'a si bien souligné Anastasia (1995) en substance, l'éducation renforce l'autonomie et le pouvoir décisionnel de la femme au sein du couple. Une fois acquise, l'autonomie pourrait aider à discuter des projets de famille y compris la PF. C'est ce qui semble s'observer au sein des couples tchadiens

où la femme a un niveau d'instruction élevé. En effet, on constate que l'instruction de la femme tend à opérer une redistribution des rôles sociaux au sein des couples. La garde partagée par exemple des enfants entre l'homme et la femme est une réalité au Tchad dans les couples au sein desquels on rencontre des étudiantes ou des femmes qui occupent un emploi rémunéré. Dans le cas où il y a un conflit d'horaires entre la garde des enfants et l'emploi du partenaire, le couple procède à un recrutement ou fait venir tout simplement une personne apparentée du village pour assurer cette tâche. Que ce soit l'une ou l'autre des deux solutions, le coût de la garde de l'enfant vient se greffer à la charge familiale. De ce fait, les couples instruits ont tendance à réviser à la baisse leur projet de fécondité ou à reporter tout simplement à plus tard la venue d'un enfant supplémentaire. De plus, la privatisation de l'enseignement et des services médicaux suite aux programmes d'ajustement structurel poussent certains couples qui veulent assurer un enseignement et un soin de qualité à leurs enfants, à renoncer à la norme familiale communément admise : la famille nombreuse. Ce faisant, ces couples ont tendance à être réceptifs à l'idée de la famille nucléaire. C'est ce qui semble expliquer l'utilisation relativement élevée de la contraception par les femmes instruites. Cette explication peut être aussi valable pour la relation positive trouvée entre l'emploi du partenaire, la connaissance de la contraception et ses utilisations passée et actuelle. Ces observations semblent accréditer la théorie microéconomique de la fécondité largement développée par Becker et ses collègues de l'"École de Chicago" au milieu des années 70.

Quant à la relation entre la contraception et l'appartenance religieuse, le faible niveau de connaissance et d'utilisation de la contraception observé chez les femmes musulmanes serait lié à deux principaux éléments. Il y a tout d'abord les pesanteurs

socioculturelles. En effet, la pratique culturelle largement répandue chez les musulmans du Tchad selon laquelle, les couples sont vivement conseillés à reprendre leurs relations sexuelles 40 jours seulement après l'accouchement fait que l'abstinence périodique, qui est la méthode la plus pratiquée, semble être peu observée. Lors de l'EDS, 2 % des musulmanes en union ont déclaré utiliser cette méthode contre 6 % chez les chrétiennes. Deuxièmement, nous pensons que la sous-scolarisation des musulmanes peut être également l'une des causes. À cet effet, le croisement de la variable "appartenance religieuse" avec l'instruction de la femme indique que parmi les femmes en union ayant au moins une instruction du niveau primaire, seulement une femme sur 5 est musulmane.

Une autre observation importante est que les effets positifs qu'exercent à la fois, l'écoute quotidienne de la radio et l'emploi non agricole de la femme sur la connaissance de la contraception, disparaissent quand on examine les utilisations passée et actuelle des méthodes contraceptives. De cette observation, on peut retenir que même si ces deux variables, du moins en partie, semblent expliquer la connaissance de la contraception, elles ne suffisent pas pour orienter la décision quant à son utilisation. Dans un contexte de patrilinéarité et de statut de second plan que continuent d'occuper les femmes au Tchad, il paraît difficile, pour une femme en union, même si elle connaît les méthodes contraceptives, de décider de leurs utilisations sans se référer à son partenaire ou plus encore à son environnement social et culturel.

Nous avons remarqué également que la parité de la femme semble ne pas être associée significativement à la connaissance de la contraception et son utilisation

passée, mais quand on examine l'utilisation actuelle, les résultats sont significatifs. La variable est négativement associée à l'utilisation actuelle de la contraception pour les femmes qui ont déjà mis au monde au moins 5 enfants. Le sens pris par cette relation, comme nous l'avons souligné, bien que ne répondant pas à notre postulat sur cette variable, nous amène à examiner quelques faits qui sont probablement à l'origine. La faible utilisation de la contraception par les femmes de parité supérieure, serait liée à la mortalité des enfants. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile¹¹ de 194 ‰ estimé lors de l'EDS paraît très élevé. De plus la relation positive trouvée aussi bien entre le nombre d'enfants vivants et la connaissance de la contraception qu'entre ce nombre d'enfants et les utilisations passée et actuelle des méthodes contraceptives renforce également notre essai d'explication. Pour ce faire, nous avons croisé la parité de la femme avec la variable relative à la mortalité des enfants, et les résultats sont les suivants : 66 % de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans concernent les femmes qui ont déjà mis au monde au moins 5 enfants, contre seulement 30 % et 4 %, respectivement chez celles de 2-4 enfants et 0-1 enfant. Ces résultats semblent confirmer la théorie selon laquelle, les mères de famille nombreuse sont également celles qui sont le plus frappées par la mortalité des enfants. De ce fait, elles chercheraient à remplacer les enfants décédés par une autre naissance, et par conséquent, elles ne se sentent pas concernées par l'usage de la contraception (Barbaras et *al.*, 1984).

¹¹ Le quotient de mortalité infanto-juvénile est la probabilité pour un enfant de décéder avant d'atteindre 5 ans.

4.5 LES OBSTACLES À LA PLANIFICATION FAMILIALE AU TCHAD

Comme nous l'avons signalé dans la partie introductive de la présente étude, les obstacles à la PF sont déduites de l'analyse des résultats des régressions logistiques des facteurs explicatifs de connaissance de la contraception et de ses utilisations passée et actuelle. Nous entendons par "obstacles à la planification familiale", les contraintes socio-économiques et démographiques qui font que telle ou telle femme en union au Tchad, à un moment donné, n'emploie pas les méthodes contraceptives pour planifier sa fécondité.

L'examen des caractéristiques des femmes révèle que le nombre d'enfants vivants, la résidence urbaine de la femme, son instruction et son appartenance à la religion chrétienne sont des facteurs qui influencent positivement l'utilisation de la contraception. À l'inverse, les femmes sans instruction, celles qui ont moins d'enfants vivants, celles qui résident en milieu rural tout comme celles qui appartiennent à la religion musulmane, sont associées négativement à l'utilisation de la contraception. L'analyse révèle également que la parité de la femme présente une association négative avec l'utilisation de la contraception.

Plusieurs raisons de la non-utilisation ont été évoquées par les femmes, mais leur validité statistique n'a pas été vérifiée. La présente étude nous a donné l'occasion d'identifier quelques facteurs significatifs qui semblent, du moins en partie expliquer la non-utilisation de la contraception au Tchad. Ainsi, en tenant compte des résultats fournis par la régression logistique, trois facteurs peuvent être identifiés comme les principaux obstacles à la PF au Tchad : la mortalité des enfants, le faible niveau d'instruction des femmes et la concentration de la plupart des centres de PF dans les

milieux urbains. On pourrait également ajouter les pesanteurs socioculturelles de la religion musulmane comme un quatrième obstacle, mais nous pensons que si la scolarisation des filles musulmanes était encouragée, les effets des tabous culturels pourraient être atténués. C'est pour cette raison que nous ne considérons pas l'appartenance à la religion musulmane comme un obstacle proprement dit.

4.5.1 Mortalité des enfants

Les données issues de l'EDS indiquent que la mortalité des enfants est très élevée et a peu évolué au Tchad ces dernières années. La probabilité de décéder pour un enfant de moins de 5 ans, est passé de 235 ‰ des années 80 à 209 ‰ autour des années 90, et à 197 ‰ au moment de l'enquête en 1996/97 (EDS, Tchad 1996-97). En d'autres termes, au Tchad, environ un enfant sur 5 meurt avant d'atteindre 5 ans. De plus dans une situation de pauvreté comme celle du Tchad¹², la survie des enfants fait partie intégrante de la stratégie de survie des couples. Ce niveau de mortalité particulièrement élevé semble démotiver les parents à s'engager dans un projet de contrôle de la fécondité. De ce fait, il devient difficile de faire passer le message sur la PF auprès de ces parents souvent désabusés par la mortalité de leur progéniture. Abordant la question de la PF dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, Caldwell disait :

"Les niveaux de la mortalité en Afrique tropicale demeurent encore tellement élevés que ceux qui envisagent l'introduction de la planification familiale doivent se demander très sérieusement s'ils ne risquent pas ainsi de compromettre les chances de survie d'une petite famille".

(Caldwell, 1968 cité par Pradervand, 1970 : 19)

¹² Le Tchad est classé 162^e sur 174 pays selon l'indice de développement humain 2000 du Programme des Nations Unies pour le Développement.

Cette préoccupation semble également être partagée par Grégory et Piché (1986) même s'ils ne parlent pas explicitement de la PF. En effet, ils affirment que : *"le résultat final d'une faible fécondité dans les conditions actuelles du sous-développement serait probablement un appauvrissement plus grand de la famille et peut être même l'augmentation de sa mortalité"*. Ces deux auteurs soulignent en substance que la famille a tendance à ajuster sa fécondité en fonction de ses besoins en force de travail compte tenu de la mortalité. De ce fait, la haute fécondité paraît comme une stratégie de survie pour les parents. Ces deux citations à notre avis résument à juste titre les préoccupations actuelles des parents Tchadiens.

La relation négative trouvée entre l'utilisation actuelle de la contraception et la parité de la femme, comme nous l'avons souligné précédemment, s'inscrit également dans la logique de cette mortalité élevée. Toujours à propos de la mortalité dans les pays de l'Afrique subsaharienne, Pradervand, dans ses recherches sur la planification familiale en Afrique subsaharienne est également arrivé à la conclusion suivante :

"Jamais on ne pourra convaincre les femmes d'adopter la contraception à grande échelle, tant que le niveau de la mortalité restera aussi élevé [...]. Aucun programme de planification familiale à grande échelle ne peut être réalisé avec succès dans un pays dont le taux de mortalité est supérieur à 12 ‰".

(Pradervand, 1970 : 19)

Même si cette affirmation date d'une trentaine d'années, elle paraît encore refléter la réalité de la mortalité observée actuellement au Tchad, puisque le taux de mortalité estimé lors du recensement de la population de 1993 est 16,3 ‰. Ainsi la mortalité en général, celle des enfants en particulier, paraît vraisemblablement comme l'un des obstacles à la PF.

4.5.2 Faible niveau d'instruction des femmes

La population tchadienne est faiblement instruite. Ce faible niveau d'instruction est particulièrement accentué quand on s'intéresse aux femmes. Lors de l'EDS, 80 % des femmes en union interviewées sont sans instruction, 17 % ont une instruction du niveau primaire et seulement 3 % ont atteint le niveau du secondaire. Quand on s'intéresse aux femmes sans instruction, on constate que plus de 3 femmes sur 5 sont musulmanes. Dans un tel cas de figure, il serait difficile de faire comprendre aux femmes le bien fondé de la PF, surtout que les informations fournies sur la contraception sont souvent erronées. Les préjugés selon lesquels la pratique de certaines méthodes contraceptives comme la pilule et le stérilet pourrait à long terme entraîner la stérilité, poussent certaines femmes à reporter leur projet de contraception à plus tard ou tout simplement à ne pas l'envisager. Ces inquiétudes sont parfois renforcées par les résultats de quelques études sur l'usage de la contraception. En effet, nombre d'études mettent en évidence le risque d'infection que courent les femmes dans l'utilisation prolongée de certaines méthodes contraceptives (USAID et CDC¹³, 1985). À propos des informations erronées que reçoivent les femmes sur les méthodes contraceptives en Afrique, Ravenlot et Chao résument la situation en ces termes :

"There are other constraints to the acceptance of birth control in Africa, including inadequate information and education on the availability and safety of fertility regulating methods".

(Ravenlot et Chao, 1974 cités par Olusola, 1984 : 96)

Dans le cas du Tchad, ces informations erronées et la faible instruction sont doublées des pesanteurs socioculturelles, surtout dans le milieu des femmes musulmanes

¹³ Center for Disease control (USA)

majoritairement analphabètes. Pour ces femmes, l'emploi des méthodes contraceptives, surtout modernes, peut paraître comme un laissez-aller ou un moyen d'incitation à l'immoralité. Ces informations tendancieuses semblent être véhiculées par les hommes comme l'ont si bien résumé Van de Walle et Van de Walle en citant Olusanya, à propos de l'opinion des hommes du Nigeria sur la contraception : "*les femmes sont si faibles sexuellement qu'un peu de liberté les conduirait invariablement à des relations sexuelles hors du mariage*" (Olusanya, 1969 cité par Van de Walle et Van de Walle, 1988 :159). En fait, l'opinion publique craint souvent que la diffusion de la contraception n'encourage l'immoralité. C'est pourquoi, autant les stratégies d'espacement sont évidentes, autant les stratégies d'arrêt sont rares.

4.5.3 Localisation urbaine des centres de planification familiale

Dans le chapitre 3, les données analysées indiquent que 3 % seulement des femmes rurales utilisent la contraception contre 9 % de celles du milieu urbain. Ces proportions reflètent l'orientation fortement urbaine des centres de PF au Tchad. En matière de PF, la couverture du territoire n'est pas assurée. En dehors des 14 principales villes qui abritent les chefs lieu de Préfecture, les autres localités du pays ne sont pas pourvues en clinique de PF. Les messages et les campagnes publicitaires, si elles atteignent parfois les centres urbains secondaires, il en est moins du milieu rural. Sachant que la population tchadienne est rurale à 80 % (selon le recensement de la population de 1993), on se pose la question de savoir s'il est aisé de parler de la PF sans faire impliquer les femmes rurales. Au sujet de l'implantation des centres de PF en Afrique, Castle (1976) résume la situation comme suit :

"Family planning clinics are usually concentrated in urban centers. Eighty to 90 percent of population in many African countries is rural. The women at risk of

unplanned pregnancy in rural areas are usually neglected. Even in urban areas, clinics are often located several kilometers from the indigenous population. Women have to travel long distances (at great cost and personal inconvenience) to the clinics. Unless the motivation is high, the attendance rate is bound to low".

(Castle, 1976 cité par Olusola, 1984 : 96)

Aux problèmes liés à l'implantation des cliniques, vient se greffer celui de l'inadéquation des programmes de PF. En effet, il convient de le souligner, les programmes envisagés en termes de limitation des naissances au début des années 80 semblent avoir eu peu de succès au Tchad. La faible prévalence contraceptive observée à l'EDS est à situer en partie dans ce contexte. L'intégration actuelle des programmes de PF à ceux de la santé maternelle et infantile, il faut le reconnaître, semble résoudre partiellement ce problème d'inadéquation. Mais ces programmes intégrés, faut-il le souligner, semblent encore consacrer l'essentiel de leurs efforts au milieu urbain. L'accès à la PF pour les femmes rurales demeure un problème à résoudre.

Conclusion

Les résultats analysés au chapitre 4 nous ont permis de déterminer les facteurs explicatifs de la connaissance de la contraception et de ses utilisations passée et actuelle au Tchad. À partir de ces facteurs, nous avons identifié les obstacles à la PF qui sont l'objet de notre étude.

Ainsi, par rapport à la connaissance de la contraception, le nombre élevé d'enfants vivants, l'instruction de la femme, sa résidence urbaine, son emploi non agricole hors du domicile conjugal, l'emploi non agricole de son partenaire, son appartenance à la religion chrétienne et le fait qu'elle écoute quotidiennement la radio sont des facteurs qui semblent être associés à la connaissance des méthodes contraceptives.

Quand on examine l'utilisation passée de la contraception, ce sont seulement le nombre d'enfants vivants, l'instruction de la femme, sa résidence urbaine, l'emploi non agricole de son partenaire et son appartenance à la religion chrétienne qui paraissent comme des facteurs positivement associés à l'utilisation passée.

Tout comme l'utilisation passée de la contraception, l'utilisation actuelle présente une association positive avec le nombre d'enfants vivants, l'instruction de la femme, sa résidence urbaine, l'emploi non agricole de son partenaire et son appartenance à la religion chrétienne. En plus de ces cinq variables, l'utilisation actuelle est associée significativement et négativement à la parité de la femme.

De cette analyse, il ressort que les obstacles à la PF au Tchad sont : la mortalité des enfants, le faible niveau d'instruction des femmes et la concentration des centres de PF dans les milieux urbains.

Conclusion générale

La présente étude a été entreprise dans l'objectif d'identifier les obstacles à la planification familiale au Tchad. Les obstacles dont il est question sont identifiés à partir d'une analyse multivariée des diverses caractéristiques des femmes en union, et ce en fonction de leurs niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception.

Hormis l'identification des obstacles, nous avons également examiné quelques indicateurs de la fécondité au Tchad. Ces indicateurs nous renseignent que la fécondité demeure précoce et élevée. L'analyse descriptive des caractéristiques des femmes en union indique aussi que les niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception sont faibles.

Par rapport à notre question de recherche, les résultats de l'analyse multivariée des facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête nous ont permis de dégager trois facteurs importants qui semblent être les principaux obstacles à la PF au Tchad, du moins jusqu'au 1997 : la mortalité des enfants, le faible niveau d'instruction des femmes et la concentration des centres de PF en milieu urbain.

Concernant la faible instruction des femmes, le Gouvernement Tchadien de concert avec l'UNICEF¹⁴ a entrepris ces dernières années des projets ambitieux destinés à encourager la scolarisation des filles dans la partie septentrionale du pays, lesquels projets n'ont pas donné les résultats escomptés à cause de la non-implication des communautés locales. De plus, les tentatives d'introduction de l'éducation à la vie

¹⁴ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

sexuelle dans les programmes scolaires ne semblent pas trouver l'accord des partenaires de l'éducation comme les parents d'élèves et les autorités traditionnelles qui pèsent de tout leur poids dans la vie publique. Il importe de souligner également que dans un contexte où plusieurs diplômés sont en chômage, les parents semblent accorder moins d'intérêt à la scolarisation des enfants en général, et celle des filles en particulier. La recherche du prestige social par les parents à travers le mariage précoce de leurs filles peut aussi paraître dans le cas du Tchad comme l'une des causes de la sous-scolarisation.

Nous avons relevé également que les préjugés et les informations erronées pouvaient faire obstacle à la pratique contraceptive. Ainsi, nous pensons que la faible prévalence contraceptive observée à l'EDS semble aussi résulter du fait que les femmes qui déclarent de façon spontanée connaître les méthodes contraceptives, ne savent probablement pas les bienfaits et les conséquences de leur utilisation tout comme leur mode d'emploi. En effet, les agents chargés de la PF manquent souvent de formation appropriée dans le domaine.

L'autre résultat important de notre étude est que la survie des enfants, le type d'emploi occupé par un partenaire et l'appartenance religieuse de la femme ne rendent pas suffisamment compte du désir d'enfants supplémentaires. Il semble être déterminé en grande partie par des facteurs autres que ceux susmentionnés.

Cependant, il y a lieu de reconnaître que les résultats trouvés sont à relativiser. Ils reflètent une situation de période et à ce titre, il convient d'être prudent quant à leur valeur de prédiction sur la dynamique de la connaissance et de l'utilisation future de la contraception par les femmes au Tchad. La transition contemporaine de la

fécondité dans le monde en développement nous renseigne que d'autres paramètres exogènes peuvent entrer en ligne de compte en matière de comportements reproductifs et contraceptifs. Les efforts actuels déployés par le Gouvernement Tchadien et les partenaires au développement en matière de politique de population sont à prendre en considération. De plus, les travaux récents, par exemple Bongaarts et Watkins (1996) mettent en relief le rôle que jouent les facteurs suivants dans le processus de la transition contemporaine de la fécondité : la diffusion des informations et des idées nouvelles, la modernisation des comportements qui accompagne les progrès économiques et les interactions sociales tant au niveau local, national que mondial. Ainsi, une transformation provoquée de l'extérieur peut, par effet d'entraînement opérer des changements profonds dans les habitudes culturelles aussi bien au niveau local qu'au niveau national. Dans ce processus, il y a lieu de mettre en exergue le rôle de premier plan que joue la migration dans l'interpénétration des cultures, l'appropriation des modes de vie supposés nouveaux, et la propagation des modèles de nuptialité, de famille et de fécondité qui, jadis étaient méconnus des communautés locales ou nationales. Pour mettre l'accent sur le rôle accélérateur de la transition contemporaine de la fécondité attribué aux interactions sociales, Bongaarts et Watkins résument la situation en ces termes :

"Before the transition onset, social interaction can inhibit fertility change. But once innovative fertility behavior has been adopted by a group of individuals within a community, by a community within a country, or by few countries within a region, social interaction can become a powerful force that accelerates the pace of transition in the rest of the community, the nation, or the world society, and stimulates its onset elsewhere".

(Bongaarts et Watkins, 1996 : 669)

Fort de cette affirmation, on serait tenté de dire que la globalisation actuelle de l'économie, avec ses principes d'"égalité des prix" et de "vérité des prix" à l'échelle

planétaire qui renchérissent les produits importés dans le monde en développement, pourrait entraîner la globalisation des cultures, des modes de vie et par voie de conséquences, des changements dans les habitudes de consommation, des rationalisations des comportements y compris ceux reproductifs et contraceptifs. Nonobstant les obstacles identifiés, l'ouverture actuelle du Tchad vers l'extérieur, sa connexion à l'économie mondiale et le brassage des communautés à l'intérieur du pays, pourrait, on ose l'espérer, servir de courroie de transmission pour entamer la transition de la fécondité. En tenant compte des paramètres sus évoquées, il est probable que dans les années à venir, l'utilisation de la contraception se développe au Tchad.

De cette étude, nous relevons également d'autres limites de l'analyse de la contraception à partir des données de l'EDS. Les données transversales ne rendent pas suffisamment compte du processus dynamique de l'utilisation de la contraception. En effet, le choix de la contraception peut dépendre de l'expérience et de l'histoire contraceptives de chaque membre du couple qu'il est difficile de saisir à travers les données comme celles de l'EDS. En outre, il n'est pas également aisé de saisir les mobiles réels de la non-utilisation de la contraception dans une étude quantitative comme celle de l'EDS. Ces lacunes ne nous ont pas permis d'aborder ces aspects du sujet à l'étude.

Recommandations

La formulation des recommandations repose essentiellement sur les obstacles identifiés précédemment.

Par rapport à l'instruction, dans le cas du Tchad, même si elle peut paraître comme l'une des voies d'accès à la PF, nous pensons cependant qu'à l'état actuel des choses, il serait utile de songer à faire impliquer les communautés locales, et en particulier les chefs coutumiers et traditionnels tant dans les programmes de PF que dans ceux destinés à la scolarisation des filles. Cette implication devrait se faire par :

- la sensibilisation de ces communautés sur les avantages que pourraient leur procurer à long terme la PF et la scolarisation des filles;
- l'alphabétisation des adultes, et ceci de commun accord avec les chefs traditionnels. À ces programmes d'alphabétisation, pourraient se greffer progressivement ceux d'information, d'éducation et de communication à la vie reproductive;
- le développement et l'amélioration des systèmes de prestation communautaire et/ou de commercialisation des contraceptifs.

Ces actions, à notre avis, pourraient non seulement apporter un changement dans le comportement des parents vis à vis de la scolarisation des filles et de la PF, mais également résoudre en partie les problèmes liés à l'implantation des centres de PF et favoriseraient la communication intra-familiale en matière de sexualité.

Pour éviter de fournir les informations erronées sur les méthodes contraceptives, il serait donc important à l'heure actuelle de développer le volet "santé de

reproduction" dans les programmes de formation des sages-femmes, des infirmières et des médecins.

L'analyse des données nous informe aussi que les méthodes traditionnelles sont plus utilisées. Il serait opportun dans le cas du Tchad de songer d'abord à persuader les femmes pour qu'elles associent les méthodes de contraception dites modernes aux méthodes traditionnelles. La satisfaction qu'elles pourront retirer de l'emploi de la contraception moderne les conduirait à abandonner progressivement les méthodes traditionnelles. En effet, la dissémination des méthodes modernes de contraception, surtout dans un milieu rural comme celui du Tchad, peut paraître comme une atteinte à la personnalité des femmes si elle ne se fait pas de façon concertée.

Par rapport à la mortalité des enfants, il nous paraît difficile à court terme de la faire baisser dans le contexte actuel d'ajustement structurel renforcé de l'économie tchadienne dont nous avons fait allusion précédemment. De plus, cette mortalité infantile élevée reflète la situation globale du sous-équipement sanitaire du pays qu'il nous semble difficile d'aborder dans la présente étude.

Nous avons également signalé dans la conclusion que l'utilisation de la contraception est un processus dynamique. Afin de mieux comprendre ce processus, des études longitudinales s'avèrent nécessaires.

Quant aux raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives, les données de l'EDS ont besoin d'être complétées par des études qualitatives si on veut savoir un peu plus sur les mobiles sous-jacents de la réticence des femmes à faire intégrer la contraception dans leur projet de fécondité.

Bibliographie

- ANASTASIA, J. Gage (1995). «Women socioeconomic position and contraceptive behavior in Togo». In Studies in family planning, vol. 26 N0 5: 264-277.
- ASCADI, G. Johnson et WEINBERGER, Mary Beth (1982). «Factors affecting use and non-use of contraception». In The role of survey in the analysis of family planning programs. International Union for the Scientific Study of Population. Éditions Ordina, Lièges (Belgique) : 51-81.
- BAKUTUVWIDI, Makani et al. (1985). Rapport final de l'enquête régionale sur la prévalence contraceptive au Zaïre. Institut National de la Statistique du Zaïre, Kinshasa.
- BALAKRISHNAN, T. R., LAPIERRE-ADAMCYK, Évelyne et KROTKI, K. (1986). «Comportement récent des jeunes Québécois en matière de contraception». In Jeunesse et sexualité. Éditions IRIS, Longueuil.
- BARBARAS, Entwiste et al. (1984). «A model for contraceptive analysis of WFS contraceptive use data». In Survey Analysis for Guidance of Family Planning Programs. Éditions Ordina, Lièges (Belgique): 127-146.
- BERELSON, Bernard (1970). «Programmes nationaux de planification familiale : Où nous en sommes?». In Études de Planning Familial, N0 39 (supplément) :1-27.
- BONGAARTS, J. et POTTER, R. G. (1983). Fertility, Biology and Behavior : A analysis of the Proximate Determinants. Academic Press, New York.
- BONGAARTS, J. et WATKINS, Susan Cotts (1996). «Social interactions and contemporary fertility transitions». In Population and Development Review, vol. 22 N0 4: 639-682.
- BOUQUET, Christian (1982). Tchad : Genèse d'un conflit. Éditions l'Harmattan, Paris.
- BROWN, Judith E. et al. (1987). «Characteristics of contraceptive acceptors in Lusaka (Zambia)». In Studies in family planning, vol. 18 N0 2: 96-102.
- BUIJTENHUIJS, Robert (1987). Le FROLINAT et les guerres civiles au Tchad, 1977-1984 : la révolution introuvable. Éditions Kartala, paris.
- CALDWELL, J. C. (1982b). «The failure of Theories of Social and Economic Change to Explain Demographic Change: Puzzles of Modernization or Westernization». In Research in Population Economics, 4: 297-332.

- CALDWELL, J. C. (1978). «A theory of fertility from High Plateau to Destabilization». In Population and Development Review, Vol. 4: 553-578.
- CARE INTERNATIONAL (Niger)/Macro International Inc. (1999). Enquête Démographique et de Santé au Niger 1998. Rapport final, Calverton (Maryland).
- CENTRE pour le Contrôle des Maladies Transmissibles (CDC)/Division de la Santé reproductive/Centre de la Promotion et de l'Éducation pour la Santé de Reproduction (1985). Planification Familiale : Méthodes et Pratique pour l'Afrique. Atlanta (États Unis d'Amérique).
- CHAPELLE, Jean (1980). Le Peuple Tchadien : Ses racines, sa vie quotidienne et ses combats. Agence de Coopération Culturelle et Technique. Éditions l'Harmattan, Paris.
- CLOUTIER-COURNOYER, Renée (1974). Interaction conjugale et planification des naissances en milieu défavorisé Québécois. Laboratoire de recherches sociologiques, Cahier N0 7, Université Laval.
- COMITÉ Chargé de la Population, Conseil National de la Recherche (1991). Contraception et Reproduction : Conséquences sur la santé des femmes et des enfants dans les pays en voie de développement. Editions Economica.
- DALLAYRAC, Dominique et VALABREGUE, Catherine (1973). La contraception. Collection Tout savoir sur la contraception, Paris.
- DALSACE, Jean et PALMER, Raoul (1972). La contraception : Problèmes biologiques et psychologiques. Collection La Science Vivante. Presse Universitaire de France, Paris.
- DELAGE, Jocelyne et TESSIER, Dominique (1988). La Contraception. Les Éditions Héritage Inc., Saint-Lambert, Québec.
- DELAUNAY, Valérie (1994). L'Entrée en vie féconde : Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural Sénégalais. Éditions CEPED, Paris.
- DESMARTEAUX, Denise (1981). Influence des valeurs et des rôles conjugaux sur le choix des méthodes naturelles ou artificielles de régulation des naissances chez les couples Québécois. Thèse de Doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal.

- DIRECTION Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Mali/Macro International Inc. (1996). Enquête Démographique et de Santé au Mali 1995-96. Rapport final, Calverton (Maryland).
- DIRECTION de la Prévision et de la Statistique du Sénégal/Macro International Inc. (1997). Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1997. Rapport final, Calverton (Maryland).
- DIRECTION de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques du Tchad/Macro International Inc. (1998). Enquête Démographique et de Santé au Tchad 1996-97. Rapport final, Calverton (Maryland).
- DIRECTION de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques du Tchad (1994). Recensement Général de la Population et de l'habitat de 1993 au Tchad. Rapport de synthèse, N'djaména.
- EASTERLIN, R. A. (1975). «A economic framework for fertility analysis». In Studies in Planning Family, vol. 6 N0 3: 54-63.
- EASTERLIN, R. A. et CRIMMINS, M. C. (1985). The Fertility Revolution : A supply-demand Analysis. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- EZEH, Alex C. et al. (1996). Male Fertility, Contraceptive Use and Reproductive References, Demographic Health Surveys Comparative. Studies No. 17, Macro International Inc.
- GBOLAHAN, A. et MCCARTHY, James (1986). «Use of contraceptives for birth spacing in a Nigerian city». In Studies in family planning, vol.17 N0 4: 165-171.
- GEOFFREY, Hawthorn (1970). The Sociology of Fertility. Éditions Collier Macmillan Limited, London.
- GERARD, Hubert (1983). Politique de population : À la recherche du sens perdu...ou à donner...Types d'intervention d'une politique démographique-Approche théorique. Politique de population, Études et Documents N0 1, Départements de Démographie des Universités de Louvain et de Montréal- INED, Paris.
- GRÉGORY, Joël W. et PICHÉ, V. (1986). «Démographie, Impérialisme et Sous-développement : le cas africain». In Démographie et Sous-développement dans le monde, Monograph Series No 21 : 10-45.
- GREGUI, H.O. (1996). Les besoins de la Planification Familiale à travers l'Enquête Mauritanienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant. Mémoire de Maîtrise, Collection de Thèses et Mémoires sur le Sahel, Département de Démographie, Université de Montréal.

- HEER, David M. (1968). Readings on population. Readings in Modern sociology Series, Prentice-hall, Inc./Englewood Cliffs, New Jersey.
- HENRIPIN, Jacques et MARCIL-GRATTON, Nicole (1977). La Fécondité des jeunes couples Québécois : Un ajustement à la baisse par un moyen radical. Collection de Tirés à part N0 86, Département de Démographie, Université de Montréal.
- HERMALIN, Albert I. et BARBARAS, Entwiste (1982). «Survey and their use in planning family». In The role of surveys in the analysis of family planning programs. International Union for the Scientific Study of Population, Editions Ordina, Lièges (Belgique) : 3-19.
- HILLARY, J. et LESHAEAGHE, Ron (1981). Child Spacing in Tropical Africa. Editions H. H. Win borough, Brussels.
- HOUDAILLE, J. (1977). Les mécanismes Régulateurs de la Fécondité dans les sociétés traditionnelles : Afrique, Asie, Océanie. Congrès International de la Population, U.I.E.S.P., Mexico.
- HUGOT, Pierre (1965). Le Tchad. Nouvelles Éditions Latines, Paris.
- INSTITUT National de la Statistique et de la Démographique du Burkina Faso/Macro International Inc. (2000). Enquête Démographique et de Santé 1998-99 au Burkina Faso. Rapport final, Calverton (Maryland).
- JOHNSTON, Alan G. (1984). «Traditional African Religions and Cultural Attitudes towards Family Planning». In Family Planning for health in Africa. Carolina Population Center/University of North Carolina at Chapel Hill:100-113.
- KAR NAIR, Neal (1982). «Fertility and family planning in Barbados : Finding from the contraceptive prevalence survey, 1980-81». In Survey Analysis for Guidance of Family Planning Programs. Éditions Ordina, Lièges (Belgique): 50-85.
- KHAN, Hussain C. G. (1994). Marriage and kinship among Muslims in South India. Rawat Publications, Jaipur and New Delhi.
- KIM, Y. M. et al. (1996). Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994. École de Santé publique de Johns Hopkins/Centre des Programmes de Communication, Baltimore.
- KING, Timothy et al. (1974). Population Policies and Economic Development. World Bank Staff Report, published for the World Bank by The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London.

- KOUAOUCI, Ali (1995). «Islam, Famille et Fécondité : Potentialité de la sociologie de la religion dans l'analyse de la Transition Démographique». In Sociologie des Populations. Presse de l'université de Montréal/AUPELF-UREF: 217-231.
- LAPHAM, Robert J. et MOULDIN, W. Parker (1985). «Contraceptive prevalence : the influence of organized Family Planning Programs». In Studies in family planning, vol.16 N0 3: 117-137.
- LEBEUF, Jean-Paul (1962). Archéologie Tchadienne : Les Sao du Cameroun et du Tchad. Éditions Hermann, Paris.
- LEE POY, Petrina I. (1995). Les déterminants de l'utilisation de la contraception en Haïti. Thèse de Doctorat, Département de Démographie, Université de Montréal.
- LOCOH, Thérèse (1992). «Vingt ans de Planification Familiale en Afrique subsaharienne». Les Dossiers du CEPED N0 19, Paris.
- LOCOH, Thérèse (1989). «Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : Exemple du Togo». Les Dossiers du CEPED N0 6, Paris.
- MAGNANT, Jean-Pierre (1994). La chefferie ancienne : Études historiques dans les sociétés pré coloniales du Tchad, d'après les sources orales. Presse Universitaire de Perpignan, France.
- MARCIL-GRATTON, Nicole (2000). «De l'interdiction à la libéralisation : Les paradoxes entourant le recours à la stérilisation en Amérique du Nord». In Les Enjeux de la stérilisation, Question de santé publique. INED-INSERM, Paris.
- MARCIL-GRATTON, Nicole (1981). «Le recours spectaculaire à la stérilisation au Québec». Cahier Québécois de Démographie, vol. 10 N0 2, Montréal.
- MANYENENG et al. (1985). «Les facteurs d'utilisation de la contraception». Rapport final de l'Enquête nationale sur la prévalence contraceptive de 1984 au Botswana, Ministère de la Santé du Botswana, Gaborone.
- MBAÏSSO, Adoum (1982). Éducation et sexualité en milieu traditionnel Tchadien. Mémoire de Maîtrise en Sociologie, Université de Yaoundé.

- MBOUP, G. (1992). Étude des Déterminants Socio-économiques et Culturels de la Fécondité au Sénégal à partir de l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF 1978) et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 1986). Thèse de Doctorat, Collection de Thèses et Mémoires sur le Sahel N0 27, Département de Démographie, Université de Montréal.
- MORRIS, Leo et ANDERSON John E. (1982). «The use of contraceptive prevalence survey data to evaluate family planning program service statistics». In The role of surveys in the analysis of family planning programs. International Union for the Scientific Study of Population, Editions
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1993). Factors Affecting contraceptive use in Sub-Saharan Africa. Washington, DC.
- NATIONS UNIES (1980). «Les facteurs qui exercent une influence sur l'emploi et le non-emploi des méthodes de contraception : Les résultats d'une analyse comparée de certaines enquêtes KAP». In Études démographiques N0 69, Département des affaires économiques et sociales internationales des Nations Unies, New York.
- NEIL, G.; PICHE, V. et POIRIER, J. (1989). «Travail des femmes et Fécondité dans les pays en Développement : Que nous a appris l'Enquête Mondiale de la Fécondité?» Cahier Québécois de Démographie, vol. 18, N0 1.
- OCHOA, L. H. (1982). «Prevalence of contraceptive use in Colombia: Determinants factors and policy». In The role of survey in the analysis of family planning programs. International Union for the Scientific Study of Population. Éditions Ordina, Liège (Belgique) : 85-108.
- OLUSOLA A. Ojo (1984). «Family Formation, Fertility Regulation, and Health in Africa: The view of an African Gynecologist». In Family Planning for health in Africa. Carolina Population Center/University of North Carolina at Chapel Hill: 86-99.
- OMARI, C. K. (1989). «Socio-cultural factors in moderns family planning methods in Tanzania: The women and modern family planning methods». In Studies in Health and Medicine, vol. 3.
- OMRAN Abdel R (1984). «Family Planning for health in Africa: Executive Summary and overview» and «Family Formation Patterns and Health: A review of the African Evidence». In Family Planning for health in Africa. Carolina Population Center/University of North Carolina at Chapel Hill: 1-55.
- ORUBULOYE, I. O. (1981). «Abstinence as a method of birth control: Fertility and child spacing practice among rural Yoroba women of Nigeria». In Knowledge and practice of modern contraception, Changing African family project, monograph series N0 8: 83-101.

- OUELLET, Geneviève (1999). L'usage de la contraception au Québec à partir de l'Enquête sociale générale de 1995. Mémoire de Maîtrise, Département de Démographie, Université de Montréal.
- PAQUETTE, Lucie (1974). Rôles familiaux et planification des naissances en milieu défavorisé Québécois. Laboratoires de recherches sociologiques, Cahier N0 5, Université Laval.
- PICHÉ, V. (1974). Social Change, Family, and Fertility in Sub-Saharan Africa: Theoretical and methodological Appraisal. Vol. 1. Thesis presented to the Faculty of Graduate School of Cornell University for Degree of Doctor of Philosophy. Collection Thèses et Mémoire sur le Sahel N0 22, Université de Montréal.
- PICHÉ, V. et POIRIER, J. (1990). «Les théories de la Transition Démographique : Vers une certaine convergence?». In Sociologie et Population No 22 (1) : 179-192.
- POPULATION REPORTS (1994). Reproduction : Choix qui ouvrent des possibilités aux femmes. Population Information Program/Center for Communication programs/The Johns Hopkins School of Public Health, Series M, N0 12, vol. XXII N 0 1, Baltimore.
- POPULATION REPORTS (1984). Laws and Policies Affecting Fertility : A decade of change. Population Information Program/Center for Communication programs/The Johns Hopkins School of Public Health, Series E N0 7, vol. XII N0 6, Baltimore.
- PRADERVAND, Pierre (1970). Les programmes de planning familial en Afrique : les obstacles d'ordre structural à la planification familiale en Afrique. Centre de Développement, de l'Organisation, de Coopération et de Développement Économiques, Paris.
- RAMDANI, Ouafa (2001). Déterminants contextuels et familiaux de l'offre de travail des femmes au Maroc urbain. Thèse de Doctorat, Département de Démographie, Université de Montréal.
- ROZENBAUM, Henri (1971). La contraception. Collection Bordas-Connaissance, Série Information, Paris.
- SZYKMAN, M. (1982). «The concept of demand for family planning and its measurements». In The role of survey in the analysis of family planning programs. International Union for the Scientific Study of Population. Éditions Ordina, Lièges (Belgique) : 313-337.

- TAPSOBA, Placide et *al.* (1993). Involving Husbands to Increase the Acceptability of NORPLANT in Antanarivo, Madagascar. Document présenté lors de la réunion annuelle de l'Association américaine de santé publique, San Francisco.
- VAN DE WALLE, Etienne et VAN DE WALLE, Francine (1988). «Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité». In Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara. Éditions l'Harmattan, Paris : 141-165.
- WATKINS, Susan Cotts (2000). «Local and foreign models of reproduction in Nyanza Province, Kenya». In Population and Development Review, vol. 26 N° 4: 725-760.
- ZGUIOUR, Abdelaziz (1995). Planification familiale au Maroc : Utilisation, besoins non satisfaits et l'intention d'utiliser la contraception. Mémoire de Maîtrise, Département de Démographie, Université de Montréal.

ANNEXES

Tableaux croisés

Tests de signification statistique des caractéristiques des femmes par rapport à la connaissance des méthodes contraceptives, Tchad 1996-97.

groupe d'ages * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans groupe d'ages

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
groupe D'ages	âgée de 15-24	54.6%	45.4%	100.0%
	âgée de 25-34	51.8%	48.2%	100.0%
	âgée de 35-49	56.9%	43.1 %	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	10.116 ^a	2	.006
Rapport de Vraisemblance	10.121	2	.006
Association linéaire par Linéaire	1.521	1	.218
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 778.95.

enfant déjà nes * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans enfant déjà nes

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
enfant déjà nes	0-1 enfants	58.8%	41.2%	100.0%
	2-4 enfants	50.7%	49.3%	100.0%
	5 et plus	54.7%	45.3%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	22.433 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	22.477	2	.000
Association linéaire par Linéaire	3.035	1	.082
Nombre d'observations Valides	5832		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 629.03.

enfants vivants * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans enfants vivants

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
enfants vivants	0-1 enfants	58.5% ^a	41.5%	100.0%
	2-4 enfants	52.1 %	47.9%	100.0%
	5 et plus	53.2%	46.8%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	18.239 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	18.305	2	.000
Association linéaire par Linéaire	9.896	1	.002
Nombre d'observations Valides	5832		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 742.48.

désir d'enfants * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans désir d'enfants

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connaît aucune méthode	connaît au moins une méthode	
désir d'enfants	veut d'enfants	54.8%	45.2%	100.0%
	Ne veut plus d'enfants	42.5%	57.5%	100.0%
Total		53.5%	46.5%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	31.403 ^b	1	.000	.000	.000
Correction pour la continuité ^a	30.907	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	31.344	1	.000		
Test exact de Fisher					
Association linéaire par Linéaire	31.397	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5436				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 264.87.

Type of place of residence * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans Type of place of residence

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connaît aucune méthode	connaît au moins une méthode	
Type of place of residence	Urban	27.4%	72.6%	100.0%
	Rural	61.5%	38.5%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	457.172 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	455.799	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	465.433	1	.000	.000	.000
Test exact de Fisher					
Association linéaire par Linéaire	457.094	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5832				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 566.36.

niveau educ femme * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans niveau educ femme

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
niveau educ femme	aucun	62.1%	37.9%	100.0%
	primaire	25.9%	74.1 %	100.0%
	Secondaire et plus	1.3%	98.7%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	613.218 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	667.718	2	.000
Association linéaire par Linéaire	608.117	1	.000
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 70.90.

emploi de la femme * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans emploi de la femme

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
emploi de la femme	travaille pas ou agricul.	60.5%	39.5%	100.0%
	travail non agricole	40.9%	59.1%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	194.442 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	193.654	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	194.601	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	1 84.409	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5826				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 841.50.

emploi du mari * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans emploi du mari

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
emploi Du mari	travaille pas ou agric cadre sup.ou technicien	60.9%	39.1%	100.0%
	vente et service	27.0%	73.0%	100.0%
Total		40.3%	59.7%	100.0%
		54.8%	45.2%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	270.513 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	272.782	2	.000
Association linéaire par Linéaire	196.576	1	.000
Nombre d'observations Valides	5689		

^a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 163.92.

pratique religieuse * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans pratique religieuse

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au moins une méthode	
pratique religieuse	chrétien	42.6%	57.4%	100.0%
	musulman	64.0%	36.0%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	267.5997 ^b	1	.000		
Correction pour la Continuité ^a	266.735	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	269,195	1	.000	.000	.000
Test exact de Fisher					
Association linéaire par Linéaire	267.553	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5817				

a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1209.51.

Tests du Khi-deux

Listens to radio every day * connaissance des méthodes contraceptives

Tableau croisé

% dans Listens to radio every day

		connaissance des méthodes contraceptives		Total
		Connait aucune méthode	connait au Moins une méthode	
Listens to radio every day	No	61.7%	38.3%	100.0%
	Yes	30.2%	69.8%	100.0%
Total		54.3%	45.7%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	422.758 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	421.488	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	427.985	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	422.686	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5828				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 631.50.

Tableaux croisés

Tests de signification statistique des caractéristiques des femmes par rapport à l'utilisation passée de la contraception, Tchad 1996-97.

groupe d'ages * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans groupe d'ages

		Utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
Groupe d'ages	âgée de 15-24	91.7%	8.3%	100.0%
	âgée de 25-34	89.5%	10.5%	100.0%
	âgée de 35-49	92.6%	7.4%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	12.431 ^a	2	.002
Rapport de Vraisemblance	12.315	2	.002
Association linéaire par Linéaire	.696	1	.404
Nombre d'observations Valides	5832		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 150.88.

enfant déjà nes * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans enfant déjà nes

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une Méthode	
Enfant déjà nes	0-1 enfants	93.3%	6.7% ^a	100.0%
	2-4 enfants	89.3%	10.7%	100.0%
	5 et plus	91.5%	8.5%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	17.4181 ^a	2	.000
Rapport de vraisemblance	17.592	2	.000
Association linéaire par Linéaire	1.499	1	.221
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 121.87.

enfants vivants * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans enfants vivants

		utilisation passée de la contraception		Total
		N'a pas utilisé une méthode	A utilisé une méthode	
enfants vivants	0-1 enfants	93.3%	6.7%	100.0%
	2-4 enfants	89.9%	10.1 %	100.0%
	5 et plus	90.8%	9.2%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	14.830 ^a	2	.001
Rapport de vraisemblance	15.451	2	.000
Association linéaire par Linéaire	6.492	1	.011
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 143.85.

désir d'enfants * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans désir d'enfants

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
désir d'enfants	veut d'enfants	91.6%	8.4%	100.0%
	ne veut plus d'enfants	84.4%	15.6%	100.0%
Total		90.8%	9.2%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	31.883 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	31.022	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	27.467	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	31.877	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5437				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 52.21.

Type of place of residence * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans Type of place of residence

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une Méthode	
Type of place of residence	Urban	81.1 %	18.9%	100.0%
	Rural	93.8%	6.2%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	195.956 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	194.382	1	.000		
Rapport de vraisemblance	166.193	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par linéaire	185.923	1	.000		
Nombre d'observations valides	5832				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 109.75.

niveau educ femme * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans niveau educ femme

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
niveau educ femme	aucun	94.5%	5.5%	100.0%
	primaire	82.0%	18.0%	100.0%
	secondaire et plus	49.0%	51.0%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	508.433 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	338.091	2	.000
Association linéaire par Linéaire	459.656	1	.000
Nombre d'observations Valides	5833		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 13.74.

emploi de la femme * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans emploi de la femme

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
emploi de la femme	travaille pas ou agricul.	92.9%	7.1 %	100.0
	travail non agricole	87.3%	12.7%	100.0%
Total		91.2%	8.8%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	50.044 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	48.345	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	47.402	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	50.036	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5826				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 162.74.

emploi du mari * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans emploi du mari

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
emploi du mari	travaille pas ou agric	93.7%	6.3%	100.0%
	cadre sup.ou technicien	72.8%	27.2%	100.0%
	vente et service	88.5%	11.5%	100.0%
Total		91.4%	8.6%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	201.098 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	150.337	2	.000
Association linéaire par Linéaire	81.127	1	.000
Nombre d'observations Valides	5689		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5 L'effectif théorique minimum est de 31.35.

pratique religieuse * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans pratique religieuse

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
pratique religieuse	chretien	88.2%	11.8%	100.0%
	Musulman	93.6%	6.4%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	52.044 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	51.377	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	51.911	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	52.035	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5817				

a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2 b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique

b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5 L'effectif théorique minimum est de 234.17.

Listens to radio every day * utilisation passée de la contraception

Tableau croisé

% dans Listens to radio every day

		utilisation passée de la contraception		Total
		n'a pas utilisé une méthode	a utilisé une méthode	
Listens to radio	No	93.3%	6.7%	100.0%
Every day	Yes	84.3%	15.7%	100.0%
Total		91.1 %	8.9%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	105.064 ^b	1	.000		
Correction pour la Continuité ^a	103.956	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	93.505	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	105.046	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5828				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 122.42.

Tableaux croisés

Tests de signification statistique des caractéristiques des femmes par rapport à l'utilisation actuelle de la contraception, Tchad 1996-97.

groupe d'ages * utilisation actuelle**Tableau croisé**

% dans groupe d'ages

		utilisation actuelle		Total
		N'utilise as	utilise	
groupe	âgée de 15-24	96.1 %	3.9%	100.0%
D'ages	âgée de 25-34	94.9%	5.1 %	100.0%
	âgée de 35-49	96.8%	3.2%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	9.309,1 ^a	2	.010
Rapport de Vraisemblance	9.242	2	.010
Association linéaire par Linéaire	.684	1	.408
Nombre d'observations Valides	5832		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 70.62.

enfant déjà nes * utilisation actuelle**Tableau croisé**

% dans enfant déjà nes

		utilisation	actuelle	Total
		n'utilise as	utilise	
enfant	0-1 enfants	96.6 ^a	3.4%	100.0%
déjà nes	2-4 enfants	94.9%	5.1 %	100.0%
	5 et plus	96.2%	3.8%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	6.971 ^a	2	.031
Rapport de Vraisemblance	6.842	2	.033
Association linéaire par Linéaire	.010	1	.921
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 57.05.

enfants vivants * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans enfants vivants

		utilisation	actuelle	Total
		n'utilise as	utilise	
enfants vivants	0-1 enfants	96.9%	3.1 %	100.0%
	2-4 enfants	95.5%	4.5%	100.0%
	5 et plus	95.3%	4.7%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	7.157,1 ^a	2	.028
Rapport de Vraisemblance	7.572	2	.023
Association linéaire par Linéaire	5.548	1	.019
Nombre d'observations Valides	5833		

^a 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 67.38.

désir d'enfants * utilisation actuelle

% dans désir d'enfants

		utilisation	actuelle	Total
		n'utilise as	utilise	
désir d'enfants	veut d'enfants	96.2%	3.8%	100.0
	ne veut plus d'enfants	91.9%	8.1 %	100.0
Total		95.8%	4.2%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	23.495 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	22.439	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	19.290	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	23.491	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5437				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 24.01.

Type of place of residence * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans Type of place of residence

		utilisation	Actuelle	Total
		n'utilise as	Utilise	
Type of place of residence	Urban	90.6%	9.4%	100.0%
	Rural	97.3%	2.7%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	108.827 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	107.155	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	90.018	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	108.808	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5832				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 51.16.

niveau educ femme * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans niveau educ femme

		utilisation n'utilise as	actuelle utilise	Total
niveau educ	aucun	97.2%	2.8%	100.0%
femme	primaire	92.5%	7.5% ^a	100.0%
	secondaire et plus	75.5%	24.5%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	212.820 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	127.910	2	.000
Association linéaire par Linéaire	177.374	1	.000
Nombre d'observations Valides	5833		

^a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.43.

emploi de la femme * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans emploi de la femme

		utilisation actuelle		Total
		n'utilise as	utilise	
emploi de la femme	travaille pas ou agricul.	96.9%	3.1 %	100.0%
	travail non agricole	93.8%	6.2%	100.0%
Total		95.9%	4.1%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	30.833 ^b	1	.000	.000	.000
Correction pour la continuité ^a	30.051	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	28.895	1	.000		
Test exact de Fisher					
Association linéaire par Linéaire	30.828	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5826				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 75.84.

emploi du mari * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans emploi du mari

		utilisation	actuelle	Total
		n'utilise as	utilise	
emploi du mari	travaille pas ou agric	97.1 %	2.9%	100.0%
	cadre sup.ou technicien	87.4%	12.6%	100.0%
	vente et service	94.3%	5.7%	100.0%
Total		96.0%	4.0%	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale
Khi-deux de Pearson	92_129 ^a	2	.000
Rapport de Vraisemblance	68.724	2	.000
Association linéaire par Linéaire	33.115	1	.000
Nombre d'observations Valides	5690		

^a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14.71.

pratique religieuse * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans pratique religieuse

		utilisation n'utilise as	actuelle utilise	Total
pratique religieuse	Chrétien	94.7%	5.3%	100.0%
	Musulman	96.8%	3.2%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	17.232 ^b	1	.000		
Correction pour la Continuité ^a	16.687	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	17.159	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	17.229	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5817				

^a. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 109.58.

Listens to radio every day * utilisation actuelle

Tableau croisé

% dans Listens to radio every day

		utilisation n'utilise as	actuelle utilise	Total
Listens to radio every day	No	96.9%	3.1%	100.0%
	Yes	92.6%	7.4%	100.0%
Total		95.9%	4.1 %	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique bilatérale	Signification exacte bilatérale	Signification exacte unilatérale
Khi-deux de Pearson	48.358 ^b	1	.000		
Correction pour la continuité ^a	47.288	1	.000		
Rapport de Vraisemblance	42.623	1	.000		
Test exact de Fisher				.000	.000
Association linéaire par Linéaire	48.350	1	.000		
Nombre d'observations Valides	5828				

^a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

^b 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 57.07.

Tableaux croisés

Tests de signification statistique des caractéristiques des femmes par rapport au désir d'enfants, Tchad 1996-97.

Type of place of residence * désir d'enfants

Tableau croisé

% dans Type of place of residence

		désir d'enfants		Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
Type of place	Urban	88.6%	11.4%	100.0%
Of residence	Rural	89.8%	10.2%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%

niveau educ femme * désir d'enfants

Tableau croisé

% dans niveau educ femme

		désir d'enfants		Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
niveau educ	aucun	90.1 %	9.9%	100.0%
femme	primaire	87.3%	12.7%	100.0%
	secondaire et plus	87.4%	12.6%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%

emploi de la femme * désir d'enfants

Tableau croisé

% dans emploi de la femme

		désir d'enfants		Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
emploi de	travaille pas ou agricul.	90.8%	9.2%	100.0%
la femme	travail non agricole	86.6%	13.4%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%

emploi du mari * désir d'enfants**Tableau croisé**

% dans emploi du mari

		désir d'enfants		Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
emploi du mari	travaille pas ou agric	89.1 %	10.9%	100.0%
	cadre sup.ou technicien	85.3%	14.7%	100.0%
	vente et service	92.4%	7.6%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%

pratique religieuse * désir d'enfants**Tableau croisé**

% dans pratique religieuse

		désir	D'enfants	Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
pratique religieuse	chrétien	85.0%	15.0%	100.0
	Musulman	93.1%	6.9%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%

Listens to radio every day * désir d'enfants**Tableau croisé**

% dans Listens to radio every day

		désir d'enfants		Total
		veut d'enfants	ne veut plus d'enfants	
Listens to radio every day	No	89.3%	10.7%	100.0%
	Yes	90.1 %	9.9%	100.0%
Total		89.5%	10.5%	100.0%