

**Éducation des Sénégalaises : Moyen ou finalité à l'autonomisation ?**  
L'impact de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive

**Mémoire de maîtrise**

Catherine Hughes

8799641

Maîtrise en Arts, Mondialisation et Développement International

Université d'Ottawa

Professeur superviseur :

Dr. Sanni Yaya

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes. Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche, professeur Sanni Yaya. Ses conseils et son soutien dans l'ensemble des étapes de cette recherche m'ont permis de surmonter défis et d'avancer ma pensée afin de parvenir à ce résultat final. Je remercie également mon lecteur, Raywat Deonandan, pour ses commentaires. Je tiens à souligner la contribution de Nadia Abu-Zahra et Robert Geneau. Leurs commentaires m'ont permis d'avancer cette recherche dès ces premiers stades.

Enfin, j'aimerais remercier le soutien inconditionnel de mes parents Anne et Scott et de ma sœur Marie-Samuelle qui m'ont appuyé durant ce long projet. Merci pour vos relectures et vos conseils.

Merci!

## Résumé

**Objectifs :** Cette étude vise à comprendre l'impact de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive des Sénégalaises.

**Méthodes :** Il s'agit d'une recherche documentaire qualitative mobilisant des études scientifiques, des rapports gouvernementaux, internationaux et d'organisations non-gouvernementales.

**Résultats :** L'éducation des Sénégalaises connaît une amélioration sans précédent actuellement. Les jeunes filles sont plus nombreuses à poursuivre leurs études au secondaire. L'augmentation de l'éducation des femmes se traduit par une meilleure connaissance, un plus grand contrôle et un retard dans le commencement de leur santé sexuelle et reproductive. En revanche, les coutumes sociales, la religion, les opinions personnelles tout comme le bien-être économique et le lieu de résidence sont tous des obstacles au plein contrôle de leur santé sexuelle et reproductive.

**Conclusions :** Cette recherche met en lumière l'importance déterminante qu'à l'éducation dans l'atteinte de l'autonomisation. Il s'agit d'une variable indéniable qui mérite d'être approfondie et étudiée dans une variété de contexte. Pour réellement comprendre l'impact de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive, il est impératif de voir l'atteinte de l'autonomisation comme un processus multidimensionnel nécessitant la juxtaposition de multiples variables.

**Mots clés :** éducation, Santé sexuelle et reproductive, planification familiale, Sénégal

## Abréviations et acronymes

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASS	Afrique Sub-Saharienne
BAD	Banque Afrique de Développement
BFEM	Brevet de Fin d'Études Moyennes
BM	Banque Mondiale
CADHP	Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
DEC	Diplôme d'Études Collégiales
GED	Genre et Développement
FED	Femmes et Développement
FIPF	Fédération Internationale pour la Planification Familiale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
ISF	Indice Synthétique de fécondité
MSAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUEC	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
PAQUET	Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Équité et de la Transparence
PF	Planification Familiale
PIB	Produit intérieur brut
PSE	Plan Sénégal émergent
PNDS-I/-II	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
VIH	Virus l'immunodéficience humaine

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>2</b>
<b>Abréviations et acronymes</b> .....	<b>3</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1. Présentation et justification de l'étude</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2 Contexte</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. Présentation du Sénégal</b> .....	<b>8</b>
<i>Profil démographique</i> .....	8
<i>Profil socio-économique</i> .....	9
<i>Profil administratif</i> .....	9
<b>1.4. Problématique</b> .....	<b>10</b>
<b>1.5 Objectif de recherche</b> .....	<b>10</b>
<b>1.6 Questions de recherche</b> .....	<b>11</b>
<b>1.7 Pertinence</b> .....	<b>11</b>
<b>1.8 Approche méthodologique privilégiée</b> .....	<b>11</b>
<b>Chapitre 2 : Revue de littérature</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1. Concepts et définition</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2. Indicateurs</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3. Éducation et santé sexuelle et reproductive</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4. Les Africaines dans la littérature</b> .....	<b>18</b>
<b>2.5. Les Sénégalaises dans la littérature</b> .....	<b>21</b>
<b>2.6. De Femmes et Développement à Genre et Développement</b> .....	<b>23</b>
<b>Chapitre 3. Cadre théorique</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1. L'approche des capacités</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2. Nuances théoriques</b> .....	<b>26</b>
<b>Chapitre 4 : États des lieux de l'éducation des femmes en Afrique subsaharienne et de la santé sexuelle et reproductive au travers de quelques indicateurs de développement</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1. Niveau d'instruction des femmes</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2. Alphabétisation</b> .....	<b>28</b>
<b>4.3. Activité économique et occupation des femmes</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4. Enjeux liés à la fécondité et l'exposition au risque de grossesse</b> .....	<b>30</b>
<i>Fécondité</i> .....	30
<i>Planification familiale</i> .....	31
<b>4.5. Autres entraves</b> .....	<b>33</b>
<b>Chapitre 5 : Éducation et santé sexuelle et reproductive des femmes au Sénégal</b> .....	<b>35</b>
<b>5.1. Le niveau d'instruction des femmes</b> .....	<b>35</b>
<b>5.2. L'alphabétisation</b> .....	<b>38</b>
<b>5.3. Activité économique et occupation des femmes</b> .....	<b>40</b>
<i>Activité économique</i> .....	40
<i>Occupation des femmes</i> .....	41
<b>5.4. Les enjeux liés à la fécondité et exposition au risque de grossesse</b> .....	<b>44</b>

<i>Tendances de fécondité</i> .....	44
<i>Âge à la première naissance</i> .....	45
<i>Fécondité des adolescentes</i> .....	46
<b>5.5. La planification familiale</b> .....	<b>48</b>
<i>Connaissance des méthodes contraceptives</i> .....	48
<i>Utilisation et approvisionnement en moyens contraceptifs</i> .....	49
<i>Besoins en matière PF</i> .....	52
<i>Soins prénatals</i> .....	54
<i>Soins d'accouchement</i> .....	56
<b>5.6. Connaissances et prévalence de l'excision</b> .....	<b>59</b>
<b>Chapitre 6 : Conclusion</b> .....	<b>62</b>
<b>6.1. Futures pistes de recherche en éducation</b> .....	<b>63</b>
<b>6.2. Au-delà de l'éducation</b> .....	<b>65</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>

## **Chapitre 1 : Introduction**

### **1.1. Présentation et justification de l'étude**

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est un enjeu central pour les femmes en Afrique subsaharienne. Confrontées à des barrières socioculturelles, un manque de ressources, de services et d'information, leurs SSR souffrent grandement de ces inégalités. Les apports d'une bonne SSR ont été amplement démontrés dans les dernières années tout comme son importance primordiale pour jouir de son autonomisation. L'éducation comme acteur influençant l'atteinte d'une SSR de qualité est l'une des pistes les plus développées. Cette recherche vise à renchérir la littérature en étudiant le cas du Sénégal.

### **1.2 Contexte**

En Afrique subsaharienne, la condition des femmes est un enjeu central. Les femmes constituent la cellule de base de la famille (Coquery-Vidrovitch, 1994). En effet, elles ont la charge entière des enfants, de la maison et souvent, à cela, s'ajoutent des responsabilités financières (Coquery-Vidrovitch, 1994). Pourtant, diverses discriminations sociales et culturelles pèsent encore. Elles ont moins d'opportunités à l'école et sur le marché du travail (Nations Unies, 2017). De plus, leurs droits sexuels et reproductifs sont limités par un manque de connaissance, par certaines pratiques et croyances. En effet, celles-ci étant souvent sous l'emprise des hommes (père, mari) sont traitées comme inférieures vis-à-vis de ces derniers (IPPF, 2014, p.21). Conséquemment, leur développement est ralenti, voire même complètement entravé.

Bien que la condition des femmes varie selon les pays, l'équité complète semble être une quête encore inachevée. Dans les pays développés, les discriminations sont plus subtiles. En effet, celles-ci se concentrent davantage autour de l'emploi avec les inégalités salariales et les possibilités limitées pour les femmes d'occuper des postes de « leader ». Ainsi, les Nations Unies, conscientes du problème, incluent l'amélioration de la situation des femmes dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), remplacé en 2015, par les objectifs de développement durable (ODD) (Nations Unies, 2017). Les principaux enjeux qui en ressortent sont la santé sexuelle et reproductive (SSR), l'éducation, l'emploi et plus largement l'égalité des genres (Nations Unies, 2017). Face à ce problème, l'ensemble des pays africains s'entendent pour dire que sans les femmes intégrées dans la population active, ils ne pourront pas atteindre leur plein développement (Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatifs aux droits de la Femme en Afrique, 2003). Devant la nécessité d'inclure les femmes dans les stratégies de développement des nations, les pays africains mettent en place des programmes pour les intégrer.

Le Sénégal est l'un des principaux pays africains à s'engager à améliorer la situation des femmes. En 1998, le pays adopte le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-I). Le plan s'intéresse principalement à la santé maternelle, la mortalité infantile et juvénile (PNDS, 1997). Remplacé en 2009 par le second PNDS-II, les objectifs restent semblables (PNDS, 2009). Depuis la mise en place de ces plans d'action, la santé des femmes progresse tranquillement. Par exemple, le taux de mortalité maternelle est en constante réduction passant de 510 morts pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 392 morts pour 100 000 naissances en 2011 (ANSD, 2015, p.3). Depuis, aucune autre étude n'a été réalisée pour étudier ces données. De plus, en 2015, le



gouvernement a mis en place le Plan Sénégal émergent (PSE) visant l'atteinte du titre de pays émergent d'ici 2035. Considérant que les femmes « représentent 65 % de la population active au pays et [...] constituent un segment déterminant dans la dynamisation de l'économie », le PSE engage le Sénégal à diversifier et augmenter les opportunités (Plan Sénégal émergent, 2014, p.7). Pour ce faire, une nouvelle politique éducative (PAQUET) a été instaurée (ministère de l'Éducation nationale, 2017). En effet, dix programmes ont été mis en place visant notamment une amélioration de l'éducation de base, des mathématiques, des sciences, de l'environnement scolaire et surtout l'éducation des filles (ministère de l'Éducation nationale, 2017). Grâce à ces programmes, le Sénégal se démarque comme le pays dépensant le plus d'argent par étudiant en Afrique de l'Ouest et ayant réalisé le plus d'enquêtes nationales en question de santé et démographie (PSE, 2014). Ainsi, l'ensemble des initiatives adoptées permettent au Sénégal de se démarquer dans la région.

### **1.3. Présentation du Sénégal**

#### *Profil démographique*

À l'image des pays africains, le Sénégal connaît une croissance de population fulgurante depuis l'indépendance. En effet, depuis 1960, la population a passé de 3 millions à plus de 15 millions en 2016 (Banque Mondiale, 2017). Il existe une forte inégalité dans la répartition de la population. Le profil démographique du pays se distingue également par la jeunesse de la population. Selon les études nationales les plus récentes, l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et 63 % de la population a moins de 25 ans (Rapport, 2016, p.36). Les femmes représentent 52 % de la population et les femmes en âge de reproduction, soit entre 15 à 49 ans, sont estimées à 3 millions (FNUAP, 2015). Une forte concentration de la population, atteignant près de 50 %, se

retrouve dans trois des 14 régions administratives soit à Dakar, Thiès et Diourbel (ANSD, 2016). Sans surprise, les ménages sont de façon générale de grande taille. Bien que des écarts entre le milieu urbain et rural sont constatés, en moyenne, la grosseur des ménages se situe entre 7,1 et 9,7 (Rapport, 2016, p.37). Enfin, près d'un Sénégalais sur deux âgé d'au moins dix ans sait lire et écrire (53,8 % chez les hommes contre 37,7 % chez les femmes) (ANSD, 2016).

### *Profil socio-économique*

La situation socio-économique du Sénégal est constante évolution. Depuis 2001, le gouvernement sénégalais a mis en place des plans stratégiques de croissance économique et de réduction de la pauvreté (FNUAP, 2015, p.5). Leur objectif était de réduire de moitié la pauvreté pour atteindre les OMD d'ici 2015. L'efficacité des programmes a permis d'avoir une croissance économique située en moyenne de 5 % par an (FNUAP, 2015, p.5). Depuis 2010, les progrès dans la réduction de la pauvreté ont stagné (FMI, 2013, p.2). En effet, en date de 2011, 46,7 % de la population vivent au seuil national de pauvreté, soit une guère réduction d'un pour cent depuis 2005 (FMI, 2013, p.2). Sans surprise, les zones rurales sont nettement plus pauvres que les zones urbaines. Néanmoins, les perspectives d'avenir restent présentes avec, en 2015, l'atteinte du meilleur taux de croissance (6,5 %) depuis 2003 (ANSD, 2016). Aujourd'hui, le pays est déterminé vers l'atteinte du Plan Sénégal émergent (PSE) d'ici 2035, visant à faire atteindre le statut de pays émergent.

### *Profil administratif*

Le Sénégal compte 14 régions divisées en 45 départements. Dakar, capitale du pays, est la plus grande ville tant en grosseur qu'en termes de population. Il s'agit du centre urbain, administratif,

économique et politique. Le Sénégal comporte quatre autres villes majeures (Thiès, St-Louis, Kaolack, Tambacounda). Enfin, on compte 370 communautés rurales (FNUAP, 2010, p.5).

#### **1.4. Problématique**

En 1990, lors de la Conférence sur l'Éducation pour Tous, à Jakarta (Indonésie), l'éducation est réaffirmée comme un droit humain devant être accessible à tous (ONU/UNESCO, 2017). On y soutient que l'éducation est essentielle pour l'atteinte du développement des femmes (ONU/UNESCO, 2015). Ainsi, l'éducation est mise en valeur comme l'aspect incontournable permettant aux femmes d'être autonomisées. Toutefois, plusieurs auteurs soutiennent que l'autonomisation ne découle pas automatiquement de l'éducation (Bhat 2002; Jejeebhoy, 1995). En effet, une multitude de facteurs contextuels peuvent restreindre les effets de l'éducation. Ces facteurs englobent les composantes sociales, culturelles, politiques, religieuses et économiques. Le poids des facteurs contextuels est beaucoup plus important avec des sujets sensibles, dont la santé sexuelle et reproductive. Face à ce débat, il est important d'étudier et mesurer le rôle de l'éducation dans le processus d'autonomisation des femmes.

#### **1.5 Objectif de recherche**

L'objectif de cette recherche est d'explorer la façon dont l'éducation influence les comportements en matière de santé sexuelle et reproductive des Sénégalaises. Il s'agira plus spécifiquement d'aborder les enjeux qui touchent aux moyens contraceptifs, les pratiques de grossesses, les interruptions volontaires de grossesse et les infections transmises sexuellement.

## **1.6 Questions de recherche**

De quelle manière est-ce que l'éducation influence les comportements en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes sénégalaises ?

## **1.7 Pertinence**

Cette recherche est pertinente à plusieurs niveaux. Considérant l'accent mis au niveau mondial sur le développement des femmes, entre autres au niveau des ODD et de la stratégie canadienne de développement international, une étude s'intéressant à la relation entre éducation et SSR s'ajoute comme référent. Cette recherche est encore plus pertinente dans un contexte sénégalais. En effet, considérant que le plus récent Plan National de santé se termine en 2018, notre étude pourra venir guider le gouvernement vers de nouvelles politiques ou contribuer à des changements dans celles déjà en place pour répondre aux besoins sexuels et reproductifs, tout comme aux besoins éducatifs des femmes.

## **1.8 Approche méthodologique privilégiée**

Une analyse de contenu qualitative est utilisée dans le cours de la présente recherche. Bâtie sur une variété de types de documents, notre analyse documentaire nous permettra d'offrir une rigoureuse analyse. La documentation est construite à partir de rapports officiels du Sénégal sur la santé et la démographie, de plans d'action sanitaires, sociaux, éducatifs et économiques du gouvernement sénégalais, de rapports d'organismes internationaux (FNUP, ONEUSC) et d'articles de revues scientifiques (La Revue Africaine de la Santé, Culture, Health & Sexuality, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, etc.). Les documents sont sélectionnés en fonction de leurs apports sur l'un des sujets suivants : la santé sexuelle et

reproductive au Sénégal, l'éducation des femmes et la situation sociale et économique. Les documents seront analysés jusqu'à saturation des données. Cette recherche documentaire a pour but de permettre au chercheur d'avoir un portrait clair, précis et pertinent de la situation. Il vise également à permettre d'en connaître davantage sur les différentes composantes de la SSR des Sénégalaises, leur éducation et plus généralement l'impact de celle-ci sur leur qualité de vie. La variété de documentations permettra au chercheur de réaliser une triangulation des données pour assurer la validité et la qualité des informations et réduire les préjugés potentiels.

## Chapitre 2 : Revue de littérature

### 2.1. Concepts et définition

L'autonomisation est l'un des concepts les plus utilisés dans le domaine du développement. Concept fourre-tout pour les uns, mot-valise pour les autres, sa définition ne fait pas l'unanimité. Selon la Banque Mondiale, l'autonomisation est : « le processus d'augmentation de la capacité des individus ou des groupes à faire des choix et à transformer ces choix en actions et résultats souhaités » (Malhotra, Schuler et Boender, 2002, p.3). L'autonomisation est donc autant une réalité individuelle que collective dans laquelle le rôle actif de l'individu est central. Il s'agit d'un processus par lequel les personnes ou les groupes agissent pour améliorer leurs conditions (Carr, 2003, p.11). Il est également important de comprendre les circonstances dans lesquelles se produisent les actes d'autonomisation. Nalia Kabeer résume bien le propos en mentionnant que l'autonomisation se réalise dans un contexte : « [...] où la capacité leur était précédemment inatteignable » (Kabeer, 2012). Enfin, il est important de souligner que l'autonomisation est tant un processus qu'un résultat. Il s'agit tant des transformations par lesquels les individus gagnent du pouvoir et contrôle qu'un niveau visé pour devenir ce qu'on qualifie « d'autonomisé » (Dixon-Mueller, 1998). En ce sens, certains auteurs verront l'autonomisation comme un but à atteindre par le développement ou comme le processus résultant à l'avenue de changements (ONU/UNESCO, 1995, p.7-8).

En se fondant sur les critères précédents, l'autonomisation des femmes est le processus par lequel celles-ci gagnent du contrôle sur leur vie, par leurs actions, alors que cela leur était auparavant impossible. L'autonomie gagnée permet notamment aux femmes d'avoir un rôle actif

décisionnel dans leur vie familiale. Elle permet aussi d'intégrer la vie économique, sociale et politique de leurs communautés (ONU/ESC, 1995, p.8). Lors de la Conférence « Population et Développement » tenue au Caire en 1994, on insista sur l'autonomisation des femmes considérant que : « L'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont nécessaires à l'amélioration du bien-être des femmes et des hommes, à la justice sociale et à la réalisation des objectifs de développement. » (Fonds des Nations Unies pour la population, 1994). L'autonomisation est également considérée comme le moyen d'atteindre l'égalité des sexes et venir à bout de la subordination des femmes. Enfin, l'autonomisation des femmes est encore plus cruciale considérant qu'elle apporte des bénéfices individuels, mais également à la société. En effet, sans la participation active des femmes dans l'économie, la politique et la communauté, les pays ne peuvent atteindre leur plein développement. Le constat est d'autant plus vrai pour les pays africains où les femmes représentent 45 % de la population active (Banque Mondiale, 2017).

## **2.2. Indicateurs**

Il existe une surutilisation du concept d'autonomisation avec diverses définitions qui font cependant ressortir un certain nombre de points communs. Ceux-ci sont tant des étapes nécessaires pour atteindre l'autonomisation que des attributs à posséder. Nous considérons ces ressemblances comme des indicateurs dont les caractéristiques peuvent être rassemblées en deux groupes soient psychologiques et sociaux.

Les indicateurs psychologiques influencent la perception que les femmes ont d'elles-mêmes. L'agentivisme, capacité de chacun à participer à son propre développement, est sans aucun doute l'aspect clé de l'autonomisation. En effet, le changement est impossible sans la volonté et surtout

la capacité d'action des personnes (Sen, 1999, p.13). Il s'agit pour les femmes d'être conscientes des inégalités auxquelles elles doivent faire face et agir conséquemment (Kabeer, 2011). L'autonomisation permet aux femmes d'acquérir une meilleure confiance et estime de soi (Kabeer, 2011). En effet, l'augmentation de ces facteurs joue sur la conception qu'elles se font d'elles-mêmes, et leur apporte une meilleure assurance quant à leur autonomie. Elles ont une plus grande facilité à faire valoir leur opinion dans leur relation familiale (Bannon & Correia, 2006). Ainsi, généralement, les relations personnelles entre le mari et la femme sont plus égalitaires.

Les indicateurs que l'on catégorise de social englobent un très large éventail. Ils aident les femmes à s'affirmer en tant qu'individus, tant au sein du ménage qu'au sein de leur communauté (ONU/ESC, 1995). La confiance gagnée par l'éducation permet aux femmes d'être généralement plus à l'aise à s'impliquer en société. Celles-ci se sentent plus équipées pour gérer les interactions (Jejeebhoy, 1999, p.37). En effet, les femmes éduquées ont les connaissances nécessaires pour s'impliquer au sein d'organisations communautaires, politiques, féminines, etc. L'éducation diminue aussi leur dépendance envers leur mari quant à leurs besoins économiques. En fait, les femmes éduquées sont plus nombreuses à devenir économiquement indépendantes face à leurs maris (Kane, 2011, p.20). Ainsi, tous ces indicateurs tant psychologiques que sociaux permettent d'avoir des références quant à des étapes, que l'on considère comme nécessaires, pour que les femmes deviennent autonomes.

### **2.3. Éducation et santé sexuelle et reproductive**

Défini, pour la première fois, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire, le concept de SSR a grandement évolué depuis (Médecins du



Monde, p.3). Aujourd'hui, la SSR englobe un large éventail de caractéristiques et d'attributs. La définition du PNUD réunit tous les facteurs importants : « Une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de complet de bien-être physique, mental et social dans toutes les questions relatives au système reproducteur » (PNUD, 2017). Cela implique que les gens peuvent avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre, la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence. (PNUD, 2017). Ainsi, la SSR surpasse les composantes physiques et mentales. En effet, il s'agit également d'une question sociale. La composante sociale sous-entend l'accès : sûr, efficace et abordable aux informations et aux méthodes de contraception, l'habilité à se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et enfin, avoir accès aux services pour avoir une grossesse adaptée, un accouchement sans risque et un bébé en bonne santé (PNUD, 2017).

Le lien entre éducation et la SSR est un sujet qui a été grandement étudié dans la littérature. Généralement, les études rapportent une relation inverse entre éducation et fertilité, c'est-à-dire que plus le niveau d'éducation est élevé, moins les femmes ont d'enfants (Aikmand & Unterhalter, 2007; Cochrane, 1989; Adjamagbo, Antoine & Delaunay, 2004; Hogan, 2012). Certaines raisons expliquant ce phénomène sont récurrentes au sein des études. La justification la plus simpliste est que plus les femmes restent longtemps à l'école, plus leur période de fertilité diminue (Adjamagbo & collab., 2004; Jejeebhoy, 1995; Hogan, 2012). Aussi, les femmes éduquées retardent leurs grossesses en raison d'objectifs de carrière (Aikmand & Unterhalter, 2007; Cochrane, 1989; Jejeebhoy, 1995). Enfin, la diminution de la fécondité peut s'expliquer par le désir d'accorder une meilleure qualité de vie à ses enfants, sous-entendant un nombre réduit pour mieux répondre à leurs besoins (Adjamagbo & collab., 2004). En revanche, un certain nombre d'auteurs soutiennent que l'éducation peut parfois ne pas avoir de conséquence sur la fertilité ou bien même avoir un

effet contraire, c'est-à-dire une augmentation du nombre de naissances (Bhat 2002; Jejeebhoy, 1995). La relation varie selon le temps, le niveau de développement, la culture et la région du monde (Jejeebhoy, 1995). Ainsi, la relation dépend du contexte dans laquelle celle-ci est étudiée. Néanmoins, les auteurs s'entendent que l'atteinte du niveau d'étude secondaire des femmes semble être un facteur constant dans leur nombre de grossesses (Aikmand & Unterhalter, 2007; Cochrane, 1989; Jejeebhoy, 1995; Larsson & Stanfors, 2014).

Dans les dernières années, la recherche scientifique est sortie du cadre des effets individuels de l'éducation pour s'intéresser aux impacts communautaires (DeRose & Kravdal, 2007 ; Hirschman et Young, 2000). Un certain nombre de ces études ont été menées en ASS. Celles-ci illustrent que les femmes, vivant dans des communautés où une majorité est éduquée ont tendance à avoir des taux de fertilité inférieurs à leurs égales (Kravdal, 2002). L'ouverture du champ de recherche approfondit la relation entre éducation et autonomisation. En effet, développer d'autres pistes permettent de mieux comprendre le rôle multiple que peut jouer l'éducation.

Une autre piste de recherche développée est la relation entre l'éducation et la contraception. Plusieurs chercheurs ont noté que les dynamiques de pouvoir dans la relation influencent l'utilisation de contraception (Amaro, 1995 ; Blanc, 2001 ; Crissman & collab., 2012). En ce sens, la relation de pouvoir est indissociable au cadre social, politique et culturel dans lequel les femmes se trouvent. Les femmes sont souvent dans une situation de défaveur. En raison de cela, les femmes ont moins de facilité à se soustraire des situations pouvant mener par exemple à des maladies sexuelles (Amaro, 1995). Ainsi, l'usage de condom ou l'utilisation de la pilule contraceptive ne sont pas des avenues possibles pour les femmes. Prenant en considération ces facteurs, l'éducation, et en termes plus larges l'autonomisation deviennent fondamentales. Enfin, signalons un bémol

remarqué dans quelques cas, voulant que les relations de pouvoir en société ne se reproduisent pas toujours au sein des relations entre partenaires (Pulerwitz, Gortmaker et DeJong, 2000 ; Harvey & collab., 2002).

Enfin, il est intéressant de regarder la combinaison de certaines de nos variables, soit les liens entre l'éducation, la première relation sexuelle et l'usage de préservatifs. Rappelons que l'âge de la première relation sexuelle semble être retardé par le niveau d'éducation atteint (Aikmand & Unterhalter, 2007 ; Cochrane, 1989; Adjamagbo & collab., 2004; Hogan, 2012). Quant à l'impact de l'éducation sur l'usage des préservatifs, les études démontrent une nette différence entre les femmes éduquées les utilisant et celles n'ayant suivi aucune éducation formelle (Zuilkowski & Jukes, 2011). En effet, les femmes éduquées sont plus en mesure de comprendre les risques liés aux relations sexuelles (McTravish, Moore, Harper & Lynch, 2010 ; Manion, 2011 ; Zuilkowski & Jukes, 2011). Les études démontrent également que celles-ci sont plus aptes et désireuses d'utiliser les contraceptifs. Il s'agit d'un élément fort important. Combiné au fait que l'éducation semble retarder l'âge de la première relation sexuelle, les femmes éduquées se voient donc non seulement moins à risque de grossesses, mais également moins à risque d'infections transmissibles sexuellement (Zuilkowski & Jukes, 2011).

#### **2.4. Les Africaines dans la littérature**

La plus grande augmentation de scolarisation primaire dans les dernières années a été observée en ASS (FNUAP, 2012, p.4). Malheureusement, cette augmentation primaire ne se reproduit pas à l'enseignement secondaire (FNUAP, 2012, p.4). En matière de santé, bien que d'importantes améliorations se sont produits, comme par exemple, une baisse globale du nombre

de naissances par femme, l'ASS demeure la région la plus affectée (FNUAP, 2012, p.4).. Il n'est donc pas étonnant qu'une concentration de recherches sur le sujet soit réalisée dans la région. L'éducation comme déterminant à l'autonomisation des Africaines est plutôt difficile à étudier. En fait, l'éducation est bien plus souvent étudiée en cas par cas, selon les pays. Il est donc difficile de faire ressortir des tendances générales retrouvées dans la littérature. Néanmoins, l'éducation est généralement reconnue comme ayant une relation directe avec la SSR des Africaines (Shapiro, 2012; Adamczyk & Greif, 2011; Adjamagbo & collab., 2004).

En matière de SSR, bien qu'il s'agisse d'une immense région, certaines ressemblances sont remarquées. En effet, une large littérature s'entend pour dire que l'urbanité, la ruralité, l'éducation, l'âge et le revenu sont tous des variables pouvant jouer des rôles semblables à l'échelle de ASS (McTavish & collab., 2010; Gyimah, Baffour & Addai, 2006 ; Magadi, Agwanda, & Obare, 2007). Les contextes sociaux spécifiques à chaque pays impactent les Africaines (McTavish & collab., 2010; Odaga, 2012; Khan, Mishra, Arnold & Abderrahim, 2007). En effet, les jugements socioculturels négatifs sur la sexualité des femmes, et plus généralement des jeunes, sont une tendance très souvent retrouvée (Odaga, 2012, p.17). Ces jugements empêchent les jeunes d'avoir accès à l'information, aux ressources et services pour vivre une bonne et sûre SSR. Ainsi, les normes sociales et les relations de genre jouent un grand rôle dans le développement de la SSR des femmes. Enfin, une autre tendance qu'on retrouve dans la littérature est le fait que la planification familiale n'a pas été assez promue, utilisée et développée par les pays subsahariens (Prata, Weirdert & Sreenivas, 2013 ; Odaga, 2012; Williamson, Parkes, Wight, Petticrew & Hart, 2009).

Bien qu'il soit extrêmement difficile de réaliser des études sur l'ensemble de la région africaine, certains chiffres quant à la SSR peuvent être discernés grâce à des études réalisées à partir de données démographiques. On estime à 75 % le pourcentage de femmes ayant eu une expérience sexuelle avant l'âge de 20 ans (Williamson & collab., 2009 ; Blum, 2007). Aussi, on remarque que bien les jeunes Africains tendent à retarder le mariage, mais l'âge de la première relation sexuelle ne suit pas cette tendance (Prata & collab., 2013). Ainsi, l'écart entre l'âge de la première relation sexuelle et celle du mariage s'agrandit. Darroch et Singh (2013) ont noté que plus de 90 % des femmes, en âge d'enfanter, connaissaient au moins un type de contraception moderne (p.1758). Pourtant, le taux d'utilisation de contraception reste infiniment bas (Larsson & Stanfors, 2013). Conséquence en découlant directement est la relation observée entre grossesses non désirées, avortements et adolescence. En effet, les chiffres liés aux grossesses non désirées et aux avortements chez les jeunes femmes sont plus importants que n'importe quel autre groupe d'âge. (Hubacher, Mavranouzouli & McGinn, 2008 ; Shah & Ahman, 2004 ; Olukoya, Kaya, Ferguson & AbouZahr, 2001). Hubacher et collab (2008) ont calculé qu'entre 2005 et 2010, 27,5 % des naissances d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans, et 25,8 % des celles de femmes âgées de 20 et 24 ans dans 42 pays subsahariens étaient non-désirées (p.76). Elles représentent également la plus grande proportion (57 %) de femmes ayant recours aux avortements (Shah & Ahman, 2004, p.12). Ces adolescentes sont plus portées, que les adultes, à recourir aux avortements, et surtout, utiliser ces méthodes, même quand celles-ci sont illégales ou dangereuses (Olukoya et al., 2001).

Enfin, un certain nombre d'études s'intéressent au rôle des parents dans la SSR de leurs enfants (Biddlecom, Awusabo-Asare & Bankole, 2009; Ngom, Magadi & Owuor, 2003; Manu, Kotoh, Asante & Ankomah, 2016). Les conclusions des études divergent trop pour permettre de

tirer quelques tendances claires, néanmoins, l'intérêt pour ce courant démontre à quel point la SSR est une grande question enveloppant une diversité d'aspects qui évoluent encore.

## **2.5. Les Sénégalaises dans la littérature**

Au cours des dernières années, un certain nombre de chercheurs ont fait des études de cas au Sénégal, dont une majorité à Dakar. Peu d'études se sont intéressées à étudier l'éducation des Sénégalaises, toutefois, plusieurs ont comparé les comportements sexuels des femmes urbaines aux femmes rurales (Sedgh & al, 2015; Adjamagbo & Antoine, 2004; Adjamagbo & collab., 2004; Niang, 1994 ; IPPF, 2014; Katz & Naré, 2002; Guèye Ba & Ndianor Mbodj & Sembène, 2009; Eedewijk, 2009). La principale tendance qui se retire de ces études, et qui est également supporté par les enquêtes nationales, est l'écart grandissant entre l'âge de la première relation sexuelle à Dakar versus à ailleurs au pays (Katz, Naré, 2002; Adjambo & collab., 2004, ANSD, 1986, 1992, 1997, 2005, 2012, 2013, 2014, 2015). En parallèle, l'âge des femmes lors de leur premier mariage recule également. Ainsi, à Dakar, nous retrouvons un pourcentage grandissant de femmes célibataires (Adjambo & Antoine, 2004; Katz & Naré, 2002; Sedgh & al, 2015). Ces changements entraînent une plus grande liberté sexuelle. Selon l'étude de Katz et Naré (2002), 15 % des 968 femmes interrogées entre 20 et 24 ans ont eu des relations sexuelles avant le mariage (p. 224). Mentionnons qu'en comparatif, 44 % des 936 hommes rapportent la même information (p.224). Les attitudes sociales sont également grandement discutées dans les études. En effet, malgré l'augmentation des femmes célibataires et des relations pré mariage, la virginité des femmes est toujours considérée comme très importante (IPPF, 2014, p.6). Paradoxalement, plusieurs études mentionnent la pression que les garçons mettent sur les jeunes femmes pour avoir des relations sexuelles (IPPF, 2014; Adjamagbo & collab., 2004; Katz & Naré, 2002; Eedewijk, 2009).

Un autre grand axe qui ressort au sein des études est le désir et le besoin d'un meilleur accès à l'information et aux soins chez les femmes, et surtout chez les adolescentes (Katz & Naré, 2002; Eedewijk, 2009; IPPF, 2014). L'information reçue à l'école est très minimale et la majorité des écoles ne disposent pas d'infirmières pour soutenir les jeunes filles (Guèye, Ndianor & Sembène, 2009, p.6). Une étude très intéressante de 2010 s'est intéressée aux enseignants et à leur sentiment de responsabilité en tant qu'enseignant (Jourdan, Diagne, Diouf, McNamara & Berger, 2010). Ayant interrogés plus de 600 enseignants dans quatre régions du Sénégal, l'étude rapporte que près de 100 % des enseignants considèrent que l'éducation à la sexualité est l'une des missions de l'école et que le  $\frac{3}{4}$  considèrent qu'il est l'un de leurs rôles (Jourdan & collab., 2010, p.78). Leur malaise à transmettre ces informations est causé par les dimensions sociales, culturelles et religieuses.

Ceci rejoint une idée soutenue par un grand nombre d'auteurs voulant que les facteurs socioculturels et religieux pèsent beaucoup sur la SSR (Naré, Katz & Tolley, 1997; Petchesky, 2000; Ouattara, Bationo & Gruénais, 2009; Jaffré, 2012). Katz et Naré (2002) ont notamment trouvé que les jeunes ne se sentent pas en mesure de se retourner vers leurs parents, ou proches pour aborder ces sujets (p.222). Ainsi, les connaissances des jeunes en termes de SSR se limitent au SIDA et à l'usage des condoms, sujets grandement médiatisés et promus (Katz & Naré, 2002, p.228). Autre problème criant est l'accès aux contraceptifs. Le taux d'utilisation des contraceptifs au pays se situe autour de 12 % (ANSD, 2012, p.30). Mariées ou célibataires, les témoignages de femmes se faisant renvoyer par des médecins ou pharmaciens en essayant de se procurer des contraceptifs (condoms ou pilule contraceptive) affluent (Katz, Naré, 2002; Eedewijk, 2009; IPPF,

2014). De la honte, au jugement, à l'indignation, les femmes se sentent stigmatisées et rejetées (Katz, Naré, 2002; Eedewijk, 2009; IPPF, 2014). Récemment, quelques études ont porté sur la question de l'avortement (Eedewijk, 2009; IPPF, 2014; Sedgh & al, 2015). Conséquence de la libéralisation sexuelle des jeunes femmes, du retard du premier mariage, les chercheurs tentent de créer des données sur une procédure toujours illégale au pays (Code pénal, 1999).

## **2.6. De Femmes et Développement à Genre et Développement**

Les approches de développement, conformément à la pensée mondiale, ont évolué au cours des dernières décennies. Depuis les années soixante-dix, les approches de développement des femmes sont en pleines transformations. En effet, à l'époque, on considérait que le principal obstacle au développement des femmes était leur exclusion en société. Ainsi, les femmes étaient intégrées dans le développement simplement comme des bénéficiaires (Adéquations, 2017). Le principal défaut de cette approche est qu'elle cantonnait les femmes dans un développement stéréotypé, c'est-à-dire avec des projets « féminins » (Adéquations, 2017).

Lors de la Conférence sur la femme de Beijing en 1995, un concept nouveau est mis à la table. Celui du « Genre et développement (GED) ». L'approche se veut bien différente des précédentes du fait qu'elle inclut les hommes dans le problème et surtout dans la solution. L'emphase est mise sur l'interrelation entre les sexes et l'importance du sexe masculin dans l'autonomisation des femmes (Bannon et Correia, 2006). Ces adhérents considèrent les relations entre les genres comme l'explication principale aux inégalités et à l'impossibilité d'un plein développement des femmes (Manion, 2011, p.41). L'originalité de l'approche vient du fait qu'elle observe les relations de pouvoir spécifiques à chaque condition, c'est-à-dire qu'il s'agit de contextualiser selon les pays,



régions, etc. (Momsen, 2004, p.13). Ainsi, l'approche veut permettre aux femmes d'avoir les opportunités à se développer et cherche à transformer les mentalités causant les relations inégalitaires de pouvoir (Momsen, 2004, p.13 ; Adéquations, 2017). En ce sens, l'approche GED se veut beaucoup plus marquante, considérant qu'il ne s'agit pas seulement de faire des projets précis destinés aux femmes, mais également transformer concrètement les relations en société pour les générations futures.

## Chapitre 3. Cadre théorique

### 3.1. L'approche des capacités

Ce travail de recherche a recours à l'approche des capacités. Elle est développée par Amartya Sen puis renforcée par Martha Naussbaum. L'approche s'intéresse à deux composantes soit les modes de fonctionnements (*functionnings*) et les capacités (*capabilities*) (Sen, 1999, p.87). Les modes de fonctionnements sont définis comme ce que les personnes font pour vivre, les capacités sont les opportunités, les alternatives possibles pour vivre la vie désirée (Brunner, 2017, p.161). Ainsi, on s'intéresse non seulement à ce que font les personnes, mais aussi à ce qu'elles pourraient faire. Les capacités se développent lorsque chacun possède les libertés de prendre ses décisions pour son bien-être (Sen, 2000, p.13). L'expansion des libertés est atteignable en accroissant les connaissances et les capacités (Sen, 2000). Il s'agit donc d'un processus de cause à effet au travers duquel lorsque plus de libertés sont atteintes, plus de capacités sont acquises et donc plus le développement des individus est complet. Enfin, *l'agency* est autre concept important dans l'approche. Sen (2000) considère comme central le rôle d'acteur des individus dans ce processus, c'est-à-dire, chacun peut travailler concrètement vers le développement de ses libertés (p.21).

L'idée que les individus sont les agents de leur développement est grandement rattachée aux femmes. Bien que n'étant pas du courant féministe, Amartya Sen leur porte une attention particulière. En effet, celui-ci renforce l'idée que les femmes doivent être des agentes de leur développement. Il rapporte que : « En revanche, ils [les individus] n'ont nul besoin d'être considérés comme les destinataires passifs de programmes de développement sophistiqués concoctés par d'habiles experts » (Sen, 2000, p.21). Cette citation résonne grandement considérant

que les femmes ont longtemps été vues comme de simples bénéficiaires de projets (Adéquations, 2017). Ainsi, il s'agit d'étendre ses capacités en développement un rôle économique à l'extérieur de la famille, avoir accès à l'éducation, etc. (Sen, 2000, p.195). Lorsque mise en relation avec la SSR, l'approche des capacités se voit être très complémentaire. Avoir les connaissances, les ressources et les possibilités d'agir sont les bases d'une saine SSR. Les femmes ont besoin d'avoir la liberté de choisir la qualité, la quantité, etc. désirée de SSR. Ceci est intimement lié à l'éducation, que Nussbaum définit comme une capacité cruciale (Rapatsa, Makgato, Mashile, 2016, p.44). En effet, l'éducation est considérée comme étant intégrale dans le développement d'autres capacités, dont la SSR (Wright, 2012, p.417).

### **3.2. Nuances théoriques**

Il est important pour notre recherche d'admettre que d'autres variables, autres que l'éducation, peuvent également intervenir sur la SSR. En effet, de nombreuses études témoignent que la fin des inégalités en éducation ne traduit pas automatiquement des changements sociaux (Jejeehboy, 1995; Aikman & Unterhalter, 2005; Wilson, 2004). Par exemple, certains suggèrent que les structures politiques patriarcales contribuent à négliger la santé des femmes, principalement par un manque d'accessibilité aux services (contraception, avortements, soins de grossesse, etc.) (Adanu, Seffah, Lince & Blanchard, 2012; Alemayehu & Tilahun, 2012; Sow & Bop, 2004). Les composantes socioculturelles peuvent également être des barrières à l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes (Dias, Gama & Rocha, 2010; Duffy, 2005; Izugbara, Ochako & Izugbara, 2011). En effet, certains comportements et attitudes cloîtent les femmes un rôle procréateur, sans pouvoir faire valoir leurs droits, et leurs libertés sexuelles et reproductives (Sawadogo, 2016, p.14).

## **Chapitre 4 : États des lieux de l'éducation des femmes en Afrique subsaharienne et de la santé sexuelle et reproductive au travers de quelques indicateurs de développement**

Avant d'entrer dans notre analyse de la situation au Sénégal, nous trouvons important de faire un bref survol à l'échelle de l'ASS. Tant la situation de l'éducation que la SSR sont les plus désastreuses à l'échelle mondiale. Cependant, l'ASS se distingue par ces immenses variations selon les pays et les sous-régions. Ainsi, il est quelque peu difficile de dresser un portrait détaillé. Néanmoins, nous trouvons pertinent d'avoir des informations comparatives pour être en mesure de mieux comprendre où se situe le Sénégal. De façon générale, plus d'argent est aujourd'hui dépensé en éducation par les pays. En effet, à l'échelle de la région, on remarque une hausse de 11% des dépenses selon la période de 2000 à 2012 (ONEUSC, 2015, p.12). En moyenne, cela représente 4,5% du PIB. Ces investissements ont permis une augmentation des dépenses dans le préscolaire et l'éducation supérieure. Par contre, les dépenses en éducation primaire ont connu un recul de plus de 6% et un maintien pour le secondaire.

### **4.1. Niveau d'instruction des femmes**

Le niveau d'instruction primaire s'améliore de façon lente, mais progressive dans l'ensemble de la région. En effet, depuis 2000, le taux d'achèvement du primaire des pays a connu une évolution entre 7 et plus de 30 points (ONUDESC, 2015, p.20). Ainsi, en moyenne, 67% des Africains terminent le primaire. L'achèvement du primaire est en faveur des garçons car 23% des filles n'ont pas accès à l'instruction primaire, contre 19% des garçons (ONUDESC, 2018). Par ailleurs, que 24% des jeunes filles les plus pauvres achèvent le primaire, contre 29% pour les garçons (ADEA, 2017, p.20). L'accès au secondaire s'est également amélioré. En effet, 49% des

adolescents ont accès au 1<sup>er</sup> cycle, contre 32% en 2000 et 20% au 2eme cycle contre 12% en 2000 (ONUDESC, 2015, p.23). L'Afrique de l'Ouest a le meilleur taux d'accès des sous-régions (54%). Ainsi, même si moins de jeunes terminent le primaire, un plus grand nombre d'entre eux continuent au secondaire. L'écart entre les sexes continue de s'agrandir, où 36% d'adolescentes n'accèdent pas au secondaire contre 32% des adolescents (ONUDESC, 2018). Enfin, l'éducation supérieure a pratiquement triplé dans les 10 dernières années. Toutefois, des Africains atteignant ce niveau, on ne compte que 41% de femmes (ADEA, 2017, p.19). Ainsi, la parité n'est pas atteinte et même que l'écart se creuse graduellement plus le niveau augmente.

#### **4.2. Alphabétisation**

Il est difficile de bien définir ce qui est inclus dans le concept d'alphabétisme. En effet, aucune définition internationale ne rend compte de l'ensemble des aspects. Nous nous référons donc à la définition de l'alphabétisme fonctionnel utilisée par l'ONEUSC dans ses rapports de suivi pour l'Éducation pour Tous.

« Une personne est alphabète du point de vue fonctionnel si elle peut se livrer à toutes les activités qui requièrent l'alphabétisme aux fins d'un fonctionnement efficace de son groupe ou de sa communauté et aussi pour lui permettre de continuer d'utiliser la lecture, l'écriture et le calcul pour son propre développement et celui de la communauté » (ONUDESC, 2006, p.31)

En ASS, l'alphabétisme est en lente progression. En effet, en 12 ans, le nombre d'Africains, de 15 ans et plus, alphabètes a augmenté de 10%, atteignant 69% en 2012. Il s'agit d'une amélioration notable, mais qui reste en dessous de l'objectif de l'Éducation pour Tous qui était de 87% (ONU/UNESCO, 2015, p.29). Aussi, pour le même groupe d'âge, 60% des femmes sont alphabètes (ADEA, 2017, p.20). Tout comme pour l'éducation, l'avantage est donné aux hommes. Ainsi, les femmes sont en moyenne non seulement moins éduquées que les hommes, mais pour 40%, elles n'ont pas les capacités de réaliser toutes les activités nécessitant lecture, écriture ou calcul. On peut imaginer que cet analphabétisme soit, par exemple, grandement limitant au point de vue l'employabilité. Enfin, l'Afrique de l'Ouest, qui avait le pire pointage avec 40%, en 2000, se démarque la plus grande amélioration avec saut de 15%. Malgré cette amélioration, la sous-région est toujours bien loin derrière les autres.

#### **4.3. Activité économique et occupation des femmes**

Comme nous l'avons présenté en introduction, les Africaines sont des agents économiques très importants tant pour le développement que pour le maintien des niveaux d'économie des pays.

Sans grande surprise, le secteur agricole emploie la majorité (70%) de la population de l'ASS (BAD, 2015, p.11). De ces emplois, le 2/3 sont occupés par des femmes. Toutefois, bien que les femmes soient l'écrasante majorité de la main-d'œuvre dans le secteur, elles font face à plusieurs barrières limitant leurs rendements. En effet, soit en raison des lois ou par coutumes, elles ont difficilement accès à la terre, aux engrais, etc. Ainsi, celles-ci ne peuvent être aussi productives que les hommes (BAD, 2015, p.12). Le secteur informel est le deuxième secteur d'emploi pour les femmes. La majorité de celles-ci y deviennent entrepreneurs dans la vente et

services. Elles représentent plus du tiers des propriétaires d'entreprises informelles (BAD, 2015, p.12). Le travail dans le secteur informel est souvent une conséquence du manque d'alternative plutôt qu'un choix. En effet, dans le secteur formel, les femmes ne détiennent que 4 emplois sur 10 et surtout, ne gagnent, qu'au mieux, le 2/3 des revenus des hommes (BAD, 2015, p.12). L'écart de salaire entre les sexes varie grandement avec le niveau d'éducation. Les hommes, sans instruction, gagnent 2,8% plus d'argent que leurs collègues féminines. L'écart se réduit graduellement, selon le niveau d'instruction, pour atteindre la parité pour les diplômés des cycles supérieurs (BAD, 2015, p.13). Ainsi, l'éducation affecte directement les possibilités d'emploi tout comme les rémunérations. Nous avons déjà mentionné que le manque de ressources financières affecte directement l'éducation des jeunes filles. De ce fait, un cercle vicieux est créé où de génération en génération, les classes les plus pauvres de la société continuent à être les moins éduquées.

#### **4.4. Enjeux liés à la fécondité et l'exposition au risque de grossesse**

La santé reproductive des Africaines est la plus troublante à l'échelle mondiale. Bien entendu, il existe des variantes selon le niveau de développement des pays, des sous-régions et des politiques nationales. De ce fait, nous garderons l'analyse de données à un minimum considérant que le but est de simplement avoir un comparatif régional pour mieux comprendre où se situe le Sénégal.

##### *Fécondité*

Tout d'abord, le taux de fécondité est en moyenne de 4,6 enfants par femme (IPPF, 2018, p.45). Dans la grande majorité des pays, le taux se situe entre 4 et 5, mais peut atteindre jusqu'à 5,5

enfants. Par ailleurs, plus de la moitié des cas de mortalité maternelle se produisent en ASS. En moyenne, on rapporte 546 décès pour 100 000 naissances vivantes (IPPF, 2018, p.45). Elles sont beaucoup plus communes courantes dans les communautés rurales et pauvres. Le taux de mortalité infantile, quant à lui, se situait, en 2010, à 119 décès par 1000 naissances vivantes (OMS, 2012, p.6). Il est important de noter que tous ces chiffres sont en constante amélioration. En effet, les taux de mortalité maternelle et infantile ont respectivement diminué de 42% et 37% depuis 1990 (BAD, 2015, p.19). Aussi, la fécondité des adolescentes est troublante. On retrouve le plus de grossesses précoces, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, en ASS. Ceci est grandement lié au fait que le mariage d'enfant n'est pas matière à législation dans la grande majorité des pays. En effet, 1 adolescente sur 4 est mariée avant l'âge de 18 ans et dans un certain nombre de pays, le ratio atteint jusqu'à 1 fille sur 2 (IPPF, 2018, p.37). L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale comptent les plus hauts cas de grossesses précoces où 28% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont rapporté avoir eu une naissance avant l'âge de 18 ans et 6% avant l'âge de 15 ans (ONUDESC, 2016, p.2). Les grossesses précoces affectent non seulement le futur des adolescentes, en mettant en danger leur parcours scolaire ainsi que leurs opportunités d'emploi, mais sont également la première cause de décès des femmes âgées de 15 à 19 ans (OMS, 2018, p.11).

### *Planification familiale*

L'OMS définit la planification familiale comme un outil qui « permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité » (OMS, 2018). Bien que l'OMS la définît comme une question de population, il s'agit avant tout d'un sujet individuel.



En effet, à la base, il s'agit d'assurer que les femmes aient la connaissance et la possibilité de faire un choix raisonné sur le sujet.

Dans la région, 1 femme sur 3 utilise un moyen de contraception moderne (IPPF, 2018, p.45). En comparant les sous-régions, on note que 64% des femmes en Afrique Australe utilisent une méthode contraception contre un minimum de 12% en Afrique de l'Ouest (IPPF, 2018, p.45 ; PSI, 2018, p.2). Par ailleurs, 1 femme mariée sur 5 rapporte avoir des besoins non-satisfaits, c'est-à-dire qu'elle souhaiterait utiliser une méthode contraceptive pour soit limiter ou espacer les naissances (IPPF, 2018, p.45). Les sous-régions de l'Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Centre connaissent les ratios les plus élevés avec 1 femme sur 4 ayant des besoins non satisfaits. L'insatisfaction des jeunes femmes et les célibataires est encore plus élevée où plus de 30% désirent des méthodes contraceptives. L'augmentation accrue des avortements dans la région est une conséquence directe du manque d'accès aux contraceptifs. De 2010 à 2014, chaque année, environ 8.2 millions d'avortements ont eu lieu (IPPF, 2018, p.46). Le recours aux avortements est deux fois plus courant qu'il l'était il y a dix ans indiquant un grave problème. De plus, la grande majorité des avortements sont non-sécuritaire, c'est-à-dire qu'ils sont réalisés dans des conditions mettant la vie de femmes à risque. Chaque année, 36 000 Africaines en meurent. Enfin, mentionnons que chaque an, 1,4 million d'adolescentes âgées entre 15 et 19 ans ont recours à l'intervention (IPPF, 2018, p.46). On comprend ainsi à quel point il est essentiel pour les femmes, tant célibataires que mariées, d'avoir accès aux méthodes contraceptives sans préjudice.

#### 4.5. Autres entraves

La SSR des femmes est un ensemble englobant beaucoup plus que simplement la vie reproductive des femmes. Bien évidemment, il s'agit d'une composante essentielle, mais d'autres composantes peuvent également affecter leur SSR.

L'une des entraves les plus importantes à la SSR des Africaines est l'épidémie du VIH. Sa prévalence est telle qu'en 2016, 7 personnes sur 10 atteints du virus vivaient en ASS (IPPF, 2018, p.55). Il est important de savoir que les femmes sont beaucoup plus affectées par celui-ci que les hommes. Selon les sous-régions, plus ou moins 60% des personnes infectées sont des femmes. On explique ceci du fait que les femmes sont moins en mesure de se protéger, par un manque d'accès, et de demander à son partenaire d'utiliser un contraceptif (FNUAP, 2014). Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont encore plus à risque que n'importe quel autre groupe d'âge. En effet, elles comptent pour plus de la moitié des nouvelles infections et surtout, il s'agit de leur deuxième cause de décès (IPPF, 2018, p.55). Mentionnons également que le virus est transmissible par l'allaitement. Ainsi, en plus des conséquences directes qu'a le VIH sur la vie des femmes, celui-ci peut gravement affecter un nombre d'enfants de futures générations. Enfin, l'Afrique de l'Ouest se démarque des autres régions par ces taux stables et relativement bas. Au Sénégal, le taux de prévalence du VIH se situe à 1% (PSE, 2016). Ainsi, nous n'aborderons pas ce sujet dans notre prochain chapitre. Néanmoins, considérant l'ampleur qu'a le virus en ASS, nous sentions qu'il était incontournable de le mentionner brièvement.

Enfin, nous abordons les mutilations génitales et l'excision auxquels les Africaines font très souvent face. L'OMS définit les mutilations génitales féminines comme étant « une ablation totale

ou partielle des organes génitaux externes (OGE) féminins ou lésion des OGE féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou toute autre raison non thérapeutique. » (OMS, 2018). Il s'agit d'une des violations les plus extrêmes au corps féminin considérant qu'elles se produisent, pour la grande majorité, à un très bas âge, ainsi sans leur accord ou la compréhension de la pratique. La prévalence des mutilations génitales varie grandement selon les sous-régions, les pays et même les communautés. Néanmoins, la pratique se retrouve, sans exception, dans tous les pays de l'ASS. En effet, sa prévalence varie entre 98% en Somalie et en Guinée et à moins de 5% au Ghana, au Togo et en Ouganda (IPPF, 2018, p.32). La forte prévalence peut notamment s'expliquer par le laxisme des gouvernements à déclarer la pratique d'illégale. Heureusement, l'opinion positive des femmes sur ces pratiques semble être, en majorité, à la baisse. En ce sens, considérant qu'il s'agisse d'une pratique sociale, la diminution de l'appui pourrait signifier une amélioration de la situation pour les futures générations de femmes.

## **Chapitre 5 : Éducation et santé sexuelle et reproductive des femmes au Sénégal**

Pour bien pouvoir étudier l'impact de l'éducation sur la SSR des Sénégalaises, nous trouvons important de regarder la situation générale en Afrique pour avoir des comparatifs. Ayant complété ce survol, nous pouvons maintenant présenter et surtout mieux comprendre la situation au Sénégal. Pour que cette étude soit la plus scientifique possible, nous gardons les mêmes variables pour permettre une judicieuse comparaison.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, dans la visée d'atteindre le PSE d'ici 2035, le Sénégal a mis en place le PAQUET pour améliorer l'éducation des jeunes (ministère de l'Éducation nationale, 2017). En parallèle, le Sénégal a également augmenté radicalement le budget du ministère de la Santé. En 1998, le budget annuel de la santé était de 36 milliards de Francs CFA pour atteindre 150 milliards FCFA en 2016 (ANSD, 2017, p.3). Notons également qu'entre 2015 et 2016, le budget de santé a connu une augmentation de 15 milliards (ANSD, 2017, p.3). Ces chiffres témoignent d'une réelle volonté d'action pour réaliser les objectifs du pays. Avec toutes ces informations, il est maintenant possible d'analyser les données pour le Sénégal.

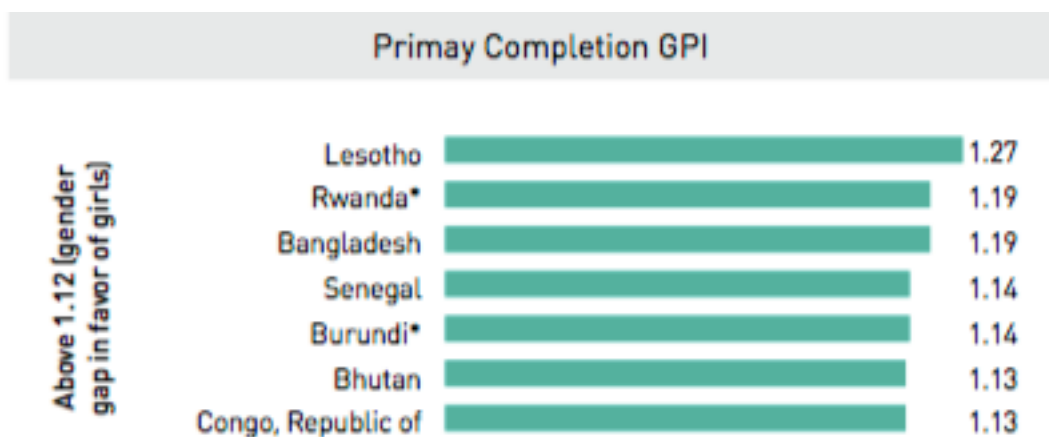
### **5.1. Le niveau d'instruction des femmes**

La proportion de femmes entre 15 et 49 ans n'ayant aucune instruction formelle est de 43% (ONU/UNESCO, 2018). Aussi, 20% des femmes n'ont pas complété le primaire et 2% ont cessé l'école après le primaire. Ces données sont quasi identiques pour les hommes. L'écart entre les sexes s'agrandit à partir du secondaire. En effet, 25% des femmes ne le complètent pas et surtout, seulement 0,7% des femmes graduent du secondaire (ONU/UNESCO, 2018). Enfin, l'écart entre les

sexes est à son plus fort au niveau d'éducation supérieure. En effet, contre 13% d'hommes graduant des cycles supérieurs, seulement 8% de femmes en font pareil.

Il est très intéressant de noter que le niveau d'instruction s'améliore de façon constante de génération en génération. En effet, 67% des femmes âgées entre 45 à 49 ans n'ont pas reçu d'instruction formelle comparativement à 29% des jeunes femmes de 15-19 ans (ANSD, 2017, p.30). Il s'agit d'une diminution extrêmement importante considérant qu'il n'y a qu'un maximum de 34 ans entre les deux tranches d'âges. Les jeunes filles sont donc beaucoup plus nombreuses aujourd'hui à rentrer à l'école primaire et secondaire qu'auparavant. En effet, en 2016, 88% des filles étaient inscrites à l'école primaire. Les jeunes filles y sont si présentes que le taux de parité est aujourd'hui en leur faveur (Global Partnership for Education, 2018).

Graphique 1 : Taux de parité pour niveau d'éducation primaire complété



Source: Global Partnership for Education, 2018

Les efforts du gouvernement pour la promotion de l'éducation des jeunes filles et l'amélioration de l'accès aux écoles ont apporté des résultats satisfaisants. Cependant, comme nous l'avons noté, celles-ci ne sont pas en mesure de compléter le secondaire. Les besoins familiaux

économiques et sociaux, se traduisant souvent par des mariages précoces, le manque de structures sanitaires destinées pour les femmes, les violences et la discrimination et les grossesses non désirées sont toutes des raisons poussant les jeunes filles à quitter l'école (ONEUSC, 2015; BAD, 2015, p.20). Une autre possible explication est le ratio décroissant entre les professeurs et les élèves au Sénégal. En effet, le ratio est d'un professeur pour 47 élèves, ce qui est environ à 10 élèves en trop par rapport au ratio mondial recommandé (BAD, 2015, p. 32). Plus d'élèves sous-entend un moins bon soutien pour chacun et, combiné à d'autres facteurs, peuvent décourager les jeunes filles. Par ailleurs, un nombre nettement supérieur de femmes de 45 à 49 ans ont fait des études supérieures. Cependant, nous ne savons pas à quel âge ces femmes ont gradué des cycles supérieurs. Ainsi, bien que la comparaison reste incomplète, nous pouvons supposer qu'il existe de réelles embûches empêchant les femmes de compléter avec succès un cycle de niveau secondaire après le primaire.

Le lieu de résidence des Sénégalais, et encore plus celui des femmes, affecte également leur niveau d'instruction. On relève qu'en milieu urbain, seulement 30% des femmes sont sans instruction, comparativement à 67% des femmes rurales (Ministère de l'Éducation, 2016, p.30). Dans les milieux urbains, la majorité des femmes cesse l'école durant le secondaire. Ainsi, on peut noter un réel problème d'achèvement du secondaire des jeunes femmes. Évidemment, les jeunes filles urbaines forment l'écrasante majorité accédant et graduant des études supérieures.

Autre facteur géographique déterminant dans le niveau d'instruction des femmes est la région d'appartenance. Les chiffres témoignent d'un grand problème de disparité à l'échelle du pays. En effet, la proportion de femmes sans éducation dans le Nord, le Centre et le Sud tourne

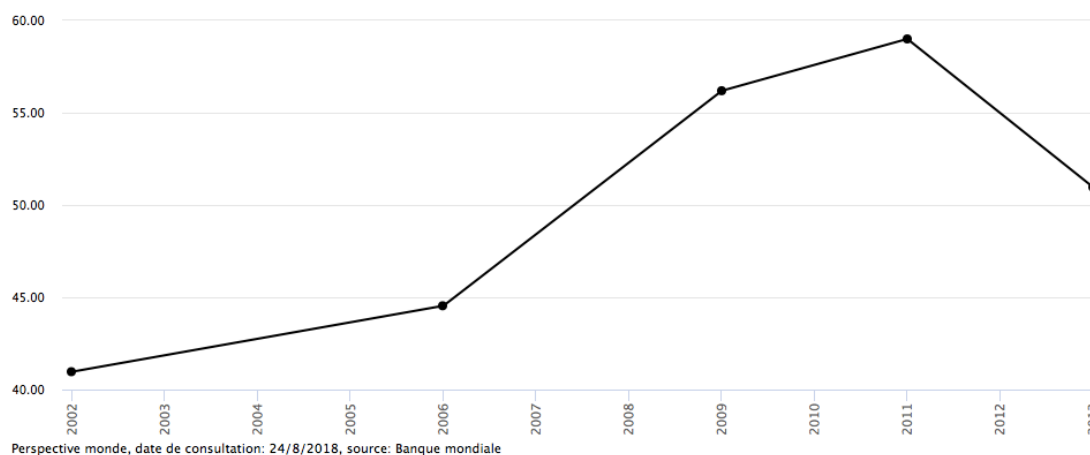
autour de 60% comparativement à 32% dans l'Ouest (ANSD, 2017, p.30). Ces écarts de chiffres sont constants dans chaque autre niveau d'instruction. Enfin, les quintiles de bien-être économique des femmes sont également un facteur influençant. En effet, plus la richesse augmente, plus les femmes poursuivent leur éducation.

## **5.2. L'alphabétisation**

L'alphabétisation est une donnée bien différente du niveau d'instruction qui permet de renchérir les informations obtenues dans la section 5.1. Pour bien étudier le niveau d'alphabétisation au pays, les études englobent la grande majorité des langues parlées, et ne se limitent pas simplement aux langues nationales, soit le français et le wolof.

Selon la plus récente étude de l'ONEUSC, moins de 50% des femmes sont alphabétisées (ONEUSC, 2018). Ceci est intéressant en lui-même, mais aussi du fait que l'on comprend que 55% ne savent pas lire. Ces chiffres deviennent extrêmement pertinents en les comparant au niveau d'instruction. Précédemment on rapportait que 49% de femmes étaient sans instruction signifiant que le niveau d'analphabétisation est supérieur à celui-ci. Ainsi, nous comprenons qu'un certain nombre de femmes n'ont soit pas été à l'école assez longtemps pour savoir lire et écrire ou bien celles-ci sont redevenues analphabètes en désapprenant après avoir quitté (ANSD, 2017, p.33). Autre donnée intéressante est l'écart des niveaux d'alphabétisation selon l'âge. Selon des chiffres de 2013, les jeunes filles de 15 à 24 ans ont un taux quelque peu supérieur à 50%, comparativement à un taux d'alphabétisation de 34% pour les femmes de 15 ans et plus (ONEUSC, 2018). Cet écart témoigne d'une nette augmentation de l'importance de l'école au fil des générations.

Graphique 2 : Taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 ans et plus



Source : Perspective monde, 2018

Comme on peut le voir, un saut important de 44% à 56% entre de 2006 à 2009 s'est produit. L'apogée est atteint en 2011 avec un taux de 59%, pour aujourd'hui redescendre à 50% (Perspective Sherbrooke, 2018). Malgré les variations récentes, l'augmentation croissante en moins de 10 ans ajoute à notre conclusion. Enfin, nous pouvons citer les scores d'alphabétisation des jeunes garçons du même âge qui sont restés stagnants à 70% de 2009 à 2011, et est même retombés à 60% en 2013. Ainsi, on remarque réellement une percée dans la population sénégalaise quant à l'importance de l'éducation de base des jeunes filles.

Encore une fois les différences entre les régions sont importantes, l'alphabétisation atteint 60% dans l'Ouest contre 33% pour le Nord et le Centre. Enfin, une marge importante est remarquée entre le quintile de bien-être le plus faible (17%) et le plus élevé (70%) (ANSD, 2017, p.32). Le fait que 30% des femmes du quintile supérieur ne sont pas alphabétisées est aussi impressionnant.



### 5.3. Activité économique et occupation des femmes

L'activité économique et l'occupation permettent d'en apprendre plus sur le mode de vie des femmes. Il s'agit d'une valeur qui peut avoir des impacts sur les pratiques dans leur vie sexuelle et reproductive tout comme avoir un effet sur l'éducation des futures générations.

#### *Activité économique*

La participation active des Sénégalaises à l'économie du pays est de 48% (ENES, 2017, p.2). À titre comparatif, 69% des hommes sont actifs. L'activité économique augmente de façon croissante et constante selon le groupe d'âge. En effet, le chômage est à son maximum (20%) chez les jeunes filles de 20-24 (Banque Mondiale, 2018, p.7). Le statut matrimonial semble également être un facteur important dans l'employabilité des Sénégalaises. Les célibataires sont en forte minorité à travailler avec seulement 29% active (ANSD, 2017, p.32). Les femmes mariées, ou vivants en couple, sont 45% à travailler et enfin, 63% des femmes divorcées, séparées ou veuves travaillent. On peut se questionner pourquoi les femmes célibataires ne travaillent pas, considérant que les taux de fréquentation de l'école restent tout de même bas. Encore une fois, les responsabilités familiales viennent à l'esprit comme possible piste d'explication. Sans grande surprise, le nombre d'enfants affecte l'emploi des femmes. Plus celles-ci ont d'enfants, plus le besoin d'avoir un emploi augmente (Dia, 2017, p.20).

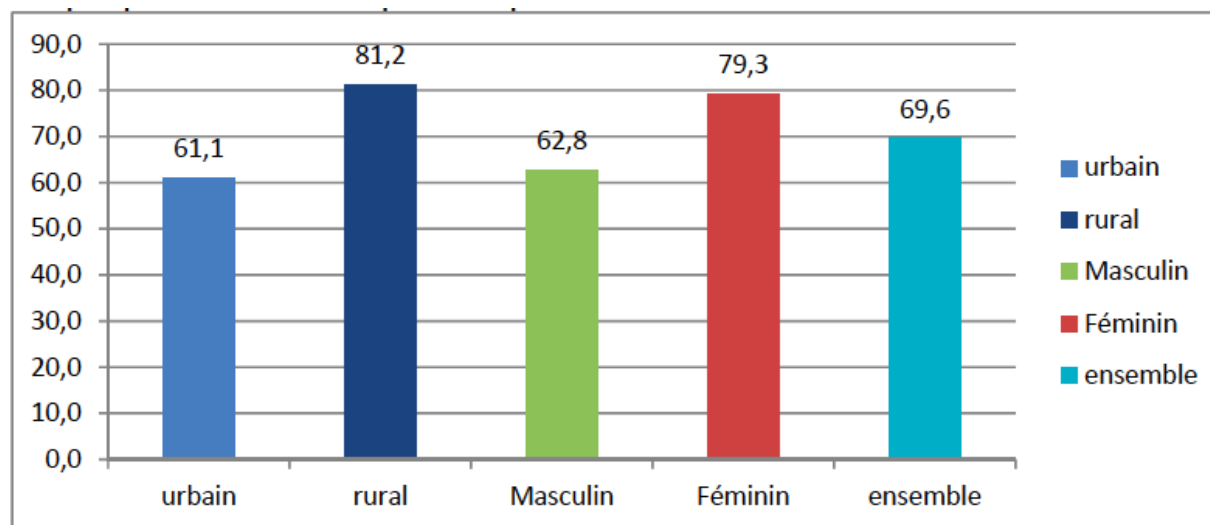
Mettant les activités économiques des femmes en lien avec le niveau d'instruction permettent de faire ressortir des faits très intéressants. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les plus hauts pourcentages de femmes ayant un emploi se trouvent au sein des femmes sans instruction (46%)

et des femmes avec un niveau primaire (49%) (ENES, 2017, p.7; ANSD, 2017, p.37). La différence d'employabilité avec les femmes ayant avec un niveau d'étude secondaire ou plus est remarquable. Celles-ci ne sont que 28% à travailler en 2017 (ENES, 2017, p.7). Il est important de mentionner que la courbe décroissante est la même chez les hommes. Ainsi, on comprend que le niveau d'instruction n'est pas une assurance d'emploi. Il est important de se poser la question à savoir si les emplois qualifiés sont manquants ou bien le besoin est absent? Néanmoins, mentionnons que plus le niveau d'éducation des femmes augmente, plus celles-ci ont des emplois payants et ainsi un meilleur niveau de vie (Garenne, 2014, p.12). Enfin, le niveau de bien-être économique ne semble pas être un facteur déterminant dans l'employabilité des femmes allant de 36% pour le plus bas quintile, à 43% pour le plus élevé (ANSD, 2017, p.37).

### *Occupation des femmes*

Pour en apprendre davantage sur les occupations économiques des femmes, nous nous intéressons aux types d'emploi. Tout d'abord les femmes travaillent beaucoup plus souvent à leur propre compte. En effet, 79% des Sénégalaises actives travaillent de façon indépendante (ENES, 2017, p.5). À l'image des conclusions avancées dans le chapitre 4, le manque de possibilité d'emplois contraint les femmes à devenir entrepreneures. Selon une étude réalisée en 2017 à Dakar, le besoin d'être financièrement indépendante est la principale raison poussant les femmes vers l'entrepreneuriat (Dia, 2017, p.16). De façon générale, les secteurs de la vente et du service et de l'agriculture sont les deux secteurs dominant l'entrepreneuriat féminin.

Graphique 3 : Taux d'emploi indépendant selon le milieu de résidence et le sexe



Source : ENES, 2017.

Lorsqu'on observe les différentes occupations selon l'âge des femmes, on remarque que les emplois physiques (agaires, manuel et de maison) connaissent tous une courbe décroissante constante. En effet, les jeunes filles de 15-24 sont beaucoup plus nombreuses à travailler dans ces domaines (ANSD, 2017, p.41). À l'opposé, les emplois en ventes et services ont une courbe croissante avec seulement 13% des filles de 15-19 ans les pratiquant et 64% des femmes de 45-49 ans. Sans surprise, la vente et le service dominent les emplois urbains (55%) et l'agriculture domine la ruralité (60%) (Banque Mondiale, 2017). Cette tendance se remarque également selon les régions. Aucune tendance ne ressort en comparant les occupations aux statuts matrimoniaux ou du nombre d'enfants des femmes. Cependant, plusieurs conclusions peuvent être développées en observant le niveau d'instruction et le quintile de bien-être des femmes. Chez les femmes sans instruction, l'agriculture et la vente et service ressortent à ex aequo avec 39% employées dans ces secteurs (ANSD, 2017, p.41). Quant aux femmes avec un niveau primaire, 46% sont impliquées dans la vente et service. Ce secteur domine largement cette catégorie de femmes et en deuxième

place vient le travail manuel qualifié avec 20% des emplois (ANSD, 2017, p.41). Enfin, les femmes avec un niveau d'étude secondaire ou plus travaillent en grande majorité soit dans la vente et service (34%) et comme cadre/technicienne/direction (30%). Ainsi, on comprend que la vente et service est le domaine le plus récurrent et que celui-ci répond aux besoins des femmes, peu importe leur instruction. Cette conclusion est supportée par l'observation des quintiles de bien-être. En effet, la vente et service sont présents dans chacun des groupes. En ce sens, bien que le secteur soit bien plus important dans les quintiles supérieurs, sous-entendant une plus grande disponibilité de ressources pour bâtir des entreprises, la vente et service est présent dans tous les quintiles (Sall, 2012, p.186). Sans surprise, l'agriculture domine les quintiles les plus bas à l'opposé des emplois de cadre/technicienne/direction dominant le quintile le plus élevé. Enfin, relevons que les emplois agraires sont en grande majorité pas rémunérés, comme ils le devraient, et surtout saisonniers (Van den Broeck & Maertens, 2015, p.8).

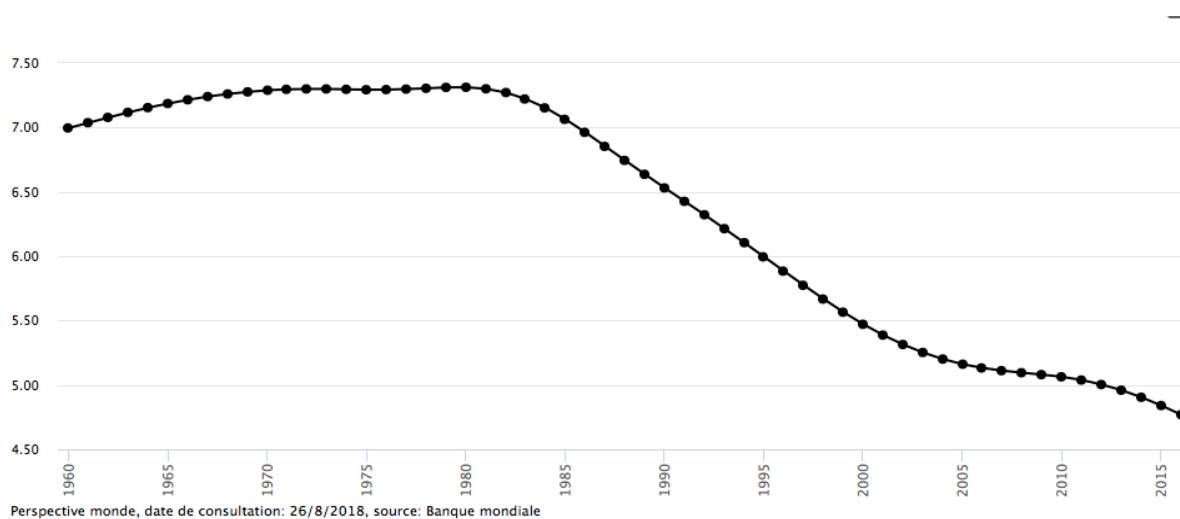
En combinant ces informations, on comprend que les femmes moins instruites sont entraînées dans une plus grande précarité. En effet, le fait que les emplois agraires ne sont en grande partie pas rémunérés et saisonniers limite grandement les femmes à jouir de leur vie. Enfin, il est important de se rappeler que les emplois agraires sont en majorité pratiqués par les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Ainsi, il reste à savoir comment cette précarité affecte leur SSR.

## 5.4. Les enjeux liés à la fécondité et exposition au risque de grossesse

### *Tendances de fécondité*

La fécondité des femmes englobe un large éventail d'information qui permet d'en apprendre davantage sur les tendances au Sénégal. Tout d'abord, l'ISF se situe aujourd'hui à 4,7 (UNICEF, 2018). En 1986, année de la première enquête démographique au pays, l'indice était de 6,4. Une diminution lente, mais constante des naissances de tous les groupes explique cette amélioration.

Graphique 4 : Taux de fertilité des femmes



Source : Perspective monde, 2018.

Par exemple, les adolescentes de 15- 19 avaient un score de 154% en 1986. Aujourd'hui, ce dernier se situe à 72% (Guttmacher Institute, 2018). Le taux de fécondité augmente en flèche chez les femmes entre 20-24 pour atteindre 192% et encore à 230% chez les femmes de 25-29 ans (ANSD, 2017, p.58). Notons que le taux de fécondité des femmes de 25-29 ans a toujours été le

plus élevé. Les taux diminuent graduellement pour atteindre un minimum de 22% chez les femmes de 45-49 ans. Ainsi, on comprend que la majorité des femmes de 20 à 29 ans donne naissance à des enfants. Cependant, un taux de fécondité des adolescentes de 72% est tout de même très élevé. Enfin, dans chaque groupe d'âge on remarque des écarts marquants entre les taux en contexte urbain et rural surtout chez les femmes entre 20 et 29 ans.

### *Âge à la première naissance*

Pour en apprendre davantage sur la fécondité des Sénégalaises, on s'intéresse à leur âge au moment de la première naissance. Globalement, l'âge médian des femmes est de 22 ans (ANSD, 2017, p.65). Cependant, 75 adolescentes sur 1000 ont un enfant entre 15-19 ans (Banque Mondiale, 2016). Bien entendu, l'âge à la première naissance varie selon certaines caractéristiques socio-économiques. En effet, avoir une éducation primaire retarde la première naissance de 3 ans (23 ans vs 20 ans) (OMS, 2005). Le même délai de 3 ans est noté lorsque les femmes vivent dans un milieu urbain. Suivant la même logique, les femmes du quintile de bien-être le plus bas ont un âge médian de 19 ans comparativement à 25 ans pour les femmes venant du quintile le plus élevé (ANSD, 2017, p.65). Nous avons donc une preuve que l'éducation impacte positivement la SSR des Sénégalaises. En effet, bien que la simple atteinte du niveau primaire ne réponde pas aux normes d'éducation mondiales, sa réussite permet déjà aux femmes d'avoir plus d'opportunités et ainsi de retarder le début de leur vie féconde.

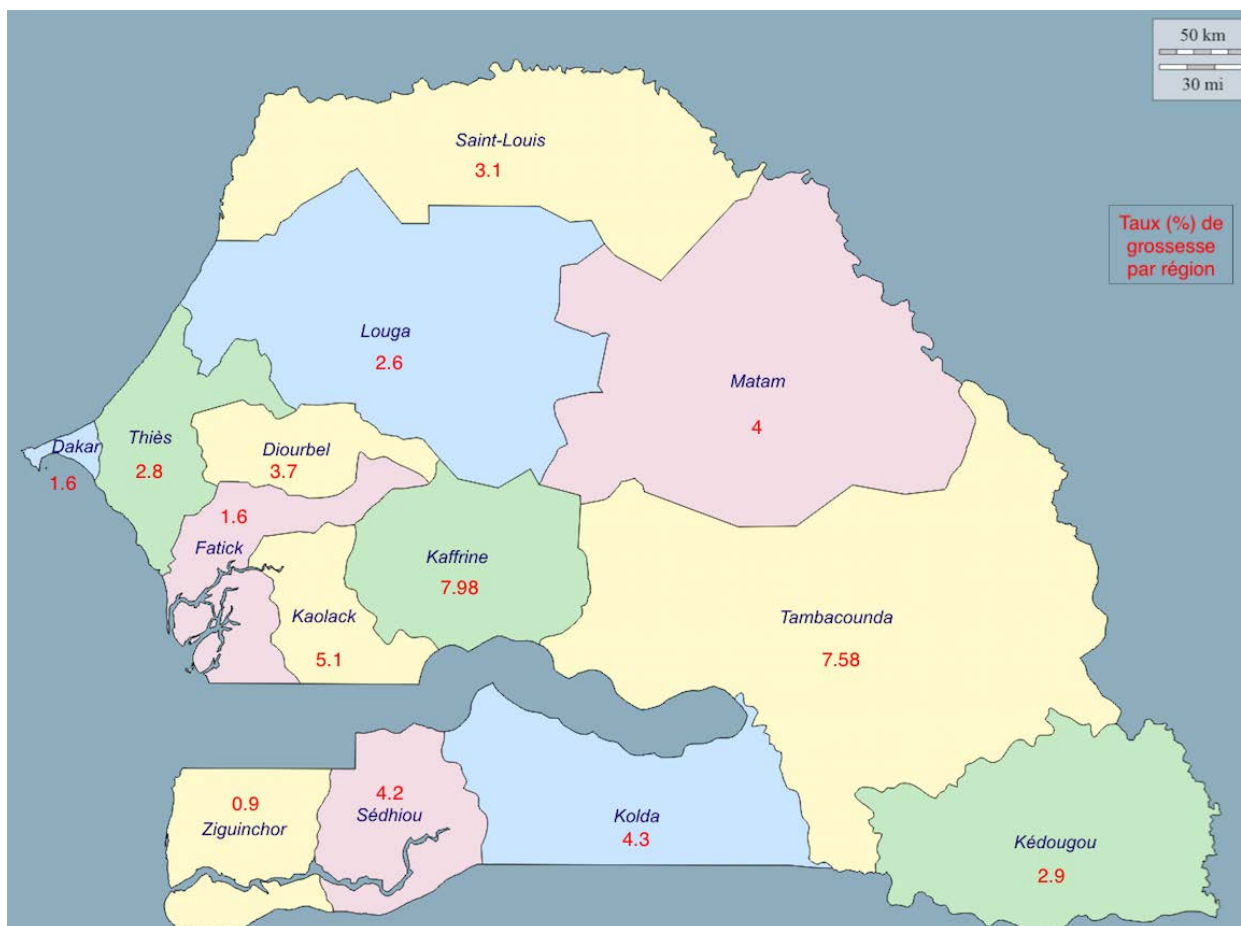
### *Fécondité des adolescentes*

Considérant les chiffres élevés de fécondité des adolescentes (15-19 ans), nous voulons faire ressortir quelques informations pour mieux comprendre le contexte de ces naissances précoces. Ces informations sont également extrêmement importantes compte tenu d'un des objectifs de cette étude, soit d'apporter des conclusions pouvant aider à améliorer le plan d'action sénégalais de santé de 2018.

Tout d'abord, notons que seulement 0,5% des adolescentes de 15 ans ont une naissance vivante, et que 1% des adolescentes sont enceintes de leur premier enfant (Guttmacher Institute, 2018). Comparativement, 27% des jeunes femmes de 19 ans ont eu une naissance vivante et 5% d'entre elles sont enceintes (ANSD, 2017, p.67). Ceci signifie que la vie procréative des adolescentes débute plus vers la fin de leur adolescence. En soit, il s'agit d'une information quelque peu rassurante. Encore une fois, on remarque une relation avec le niveau d'instruction. En effet, des jeunes filles interrogées, 33% ayant déjà commencé leur vie procréative n'ont aucune scolarisation (FNUAP, 2015, p.8). Cette statistique diminue à 17% pour les filles ayant atteint le primaire et atteint un minimum de 6% pour les adolescentes ayant un secondaire ou plus. Ainsi, le niveau d'instruction a un impact important sur la vie procréative des adolescentes. En effet, l'atteinte d'un niveau primaire réduit de moitié les chances d'avoir une grossesse, et encore plus avec l'atteinte du secondaire. Toutefois, le niveau d'instruction ne peut expliquer à lui seul les grossesses considérant que 6% des adolescentes détenant un niveau diplôme d'étude secondaire ont débuté leur vie procréative. Ainsi, d'autres caractéristiques méritent d'être relevées. Des jeunes filles vivant en ruralité, 22% ont commencé leur vie procréative, comparé à 8% des filles vivant

en ville (FNUAP, 2015, p.7). On remarque que la grande majorité des cas de grossesses précoces se produisent dans le sud du pays.

Graphique 5 : Taux de grossesse des adolescentes de 15-19 ans, 2015-2016



Source : UNICEF, 2015

Enfin, les quintiles de bien-être permettent d'observer une relation décroissante où 40% des jeunes filles du quintile le plus bas ont commencé leur vie procréative contre 3% des filles du quintile le plus élevé. Ainsi, bien que l'instruction semble être un facteur déterminant dans la fécondité des adolescentes, le lieu d'habitation et les ressources économiques l'influencent tout autant.



## 5.5. La planification familiale

La planification familiale est probablement l'un des aspects les plus importants dans la SSR pour les femmes. La planification familiale permet aux femmes de choisir et leur donne un contrôle sur leur corps. Il s'agit d'un enjeu crucial qui mérite d'être abordé en détail.

### *Connaissance des méthodes contraceptives*

Tout d'abord, pour mesurer l'importance de la planification familiale, il est important de regarder les chiffres quant à la contraception. Ainsi, nous nous intéressons en premier lieu à l'étendue de la connaissance des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans. On estime à 96% le nombre de Sénégalaises ayant déjà entendu parler d'une méthode de contraception moderne (ANSD, 2017, p.78). Notons qu'avoir entendu parler de méthodes n'est pas synonyme de connaître les méthodes. En effet, les conditions d'utilisation des méthodes sont généralement bien moins connues (Ndiaye, Delaunay & Adjamagbo, 2003; Sène, Ndiaye, Diouf, Kebe, Diaw, Ba, Ba, Sow, Touré, Samb, Diallo & Kane, 2013). La connaissance des méthodes contraceptives augmente avec l'âge. Le fait que les adolescentes aient le moins de connaissance en la matière est quelque peu surprenant considérant que celles-ci devraient toujours être à l'école. On peut se questionner sur la présence de l'éducation sexuelle dans le milieu scolaire.

Le niveau d'instruction nous en apprend quelque peu davantage. En effet, des femmes sans instruction ont une connaissance des méthodes contraceptives qui s'élèvent à 94% (ANSD, 2017, p.79). Quant aux femmes détenant une éducation de niveau primaire, 98% connaissent au moins une méthode et enfin, 100% des femmes avec une éducation de niveau secondaire ou plus. Bien

que tous les pourcentages soient élevés, il est pertinent de mentionner qu'un écart de 6% entre les femmes sans instruction et le niveau primaire est notable. En ce sens, le niveau d'instruction n'assure pas automatiquement une connaissance des moyens contraceptifs, mais permet d'avoir accès à un environnement plus favorable. Une étude, réalisée en 2013, sur la connaissance des Dakaroises sur la pilule d'urgence, nous en apprend davantage sur les sources d'informations. Le personnel de santé, les amies et les médias sont les trois sources d'informations les plus rapportées (Sène, et al., 2013, p.39). Notons que l'école ne fait même pas partie des options de sources d'informations. Finalement, on note une disparité, suivant les tendances observées dans les autres sections de ce chapitre, en fonction du lieu de résidence et le niveau de bien-être économique (Ndiaye, Delaunay & Adjamagbo, 2003, p.6). L'analyse de ces données permet de comprendre que l'éducation est un des acteurs clés, bien qu'indirect, dans le développement des connaissances sur les méthodes contraceptives. Plus le niveau d'instruction augmente, plus il permet aux femmes d'être dans un environnement plus ouvert à ce sujet.

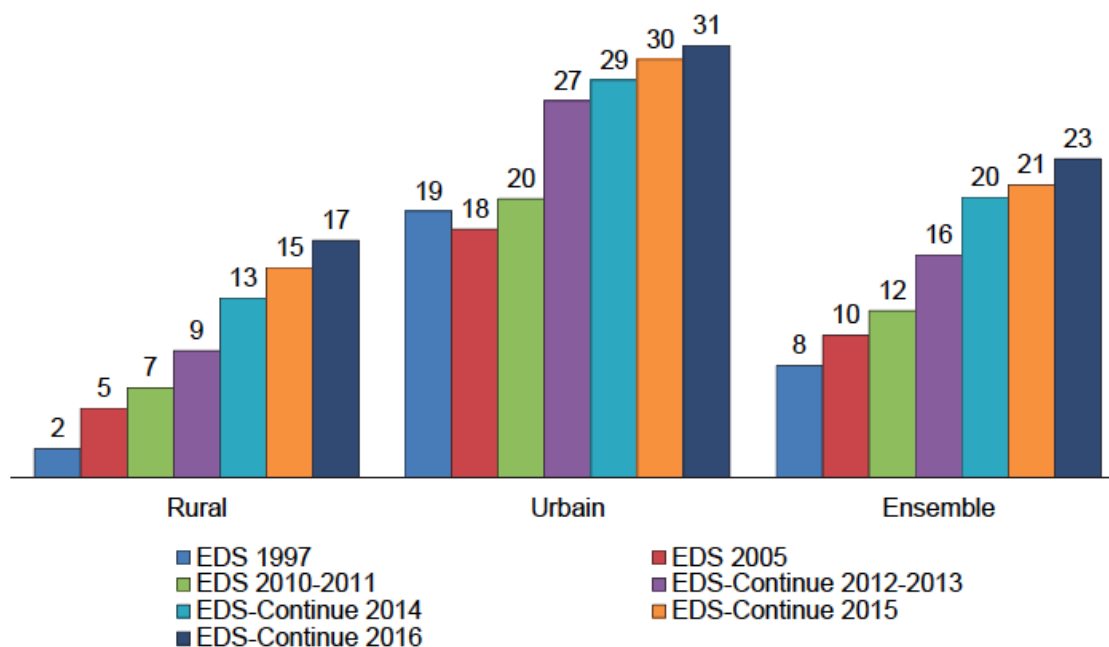
### *Utilisation et approvisionnement en moyens contraceptifs*

Les études s'intéressant à l'utilisation des moyens contraceptifs par les Sénégalaises se limitent souvent aux femmes en union. Bien que nous ayons vu que les jeunes filles commencent à avoir des relations sexuelles dès l'âge de 15 ans, les jeunes rapportent de grandes difficultés d'accès aux services (IPPF, 2014). Malgré qu'il n'existe aucune restriction légale quant à l'âge minimum pour l'obtention de moyens contraceptifs, les jeunes femmes y ont difficilement accès (IPPF, 2014, p.10). En effet, que 16% des jeunes filles célibataires utilisent une méthode de contraception (Gutmacher Institute, 2018). Tant dans les cliniques privées, que dans les dispensaires publics, les adolescentes rapportent multiples incidents où elles ont été renvoyées sans être capable de se

procurer des contraceptifs. Leur âge, la religion, leur célibat sont les raisons les plus souvent invoquées pour refuser de les servir. Les attitudes sociales et les opinions personnelles des pharmaciens ou médecins sont donc de grands obstacles dans l'accès aux services de santé des jeunes sénégalaises (Diallo, 2014; IPPF, 2014; Sidze, Lardoux, Speizer, Faye, Mutua, Badji, 2015). Ces raisons découragent un grand nombre d'entre elles de simplement essayer de se procurer des méthodes contraceptives. Dans les plus petites communautés, les jeunes femmes vivent encore moins bien leur SSR par peur que leurs familles apprennent de leurs besoins (IPPF, 2014). Un autre argument soutenant le rôle majeur qu'à l'opinion publique sur l'utilisation est la disponibilité des méthodes. Selon une enquête de 2016 sur la prestation des services de soins de santé au pays, plus ou moins 80% des hôpitaux, centres de santé et postes de santé avaient un minimum de 4 types de contraceptifs disponibles en tout temps (ECPSS, 2016, p.22). Enfin, bien que le phénomène soit beaucoup plus observé chez les jeunes femmes et les célibataires, les femmes mariées n'ont pas automatiquement accès à ces services. En effet, on demande souvent aux femmes un consentement écrit du mari ou même que celui-ci vient acheter les contraceptifs à sa place (Makhtar Mbacké Leye, Faye, Diongue, Wone, Seck, Ndiaye & Dia, 2015, p.112).

Pour ces raisons, la majorité des chiffres que nous avons concerne seulement les femmes en union. 25% utilisent une méthode contraceptive et utilisent presque exclusivement une méthode moderne (Banque Mondiale, 2016). Les femmes utilisant des méthodes modernes se servent en majorité des injectables, des implants et de la pilule (Sidze et al, 2015; IPPF, 2014).

Graphique 6 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode moderne de contraception : Tendance 1997-2016



Source : ANSD, 2017

Tant dans les zones rurales qu'urbaines, on remarque leur augmentation lente, mais constante, atteignant aujourd'hui 17% en zones rurales et 31% en zones urbaines (ANSD, 2017, p.79). Aussi, l'utilisation des contraceptifs augmente avec le niveau d'éducation. En effet, dans un grand nombre d'études réalisées dans différentes régions du pays, les femmes avec un niveau secondaire ou même une éducation supérieure représentent la grande majorité des utilisatrices (Makhtar Mbacké Leye et al. 2015, p.111). Enfin, les méthodes contraceptives sont beaucoup plus utilisées dans les quintiles de bien-être plus élevés (Makhtar Mbacké Leye et al. 2015, p.114). On peut donc voir que l'éducation peut permettre à un plus grand nombre de femmes d'utiliser des contraceptifs. Bien entendu, gardant en tête que presque 100% des femmes avec une éducation connaissent au

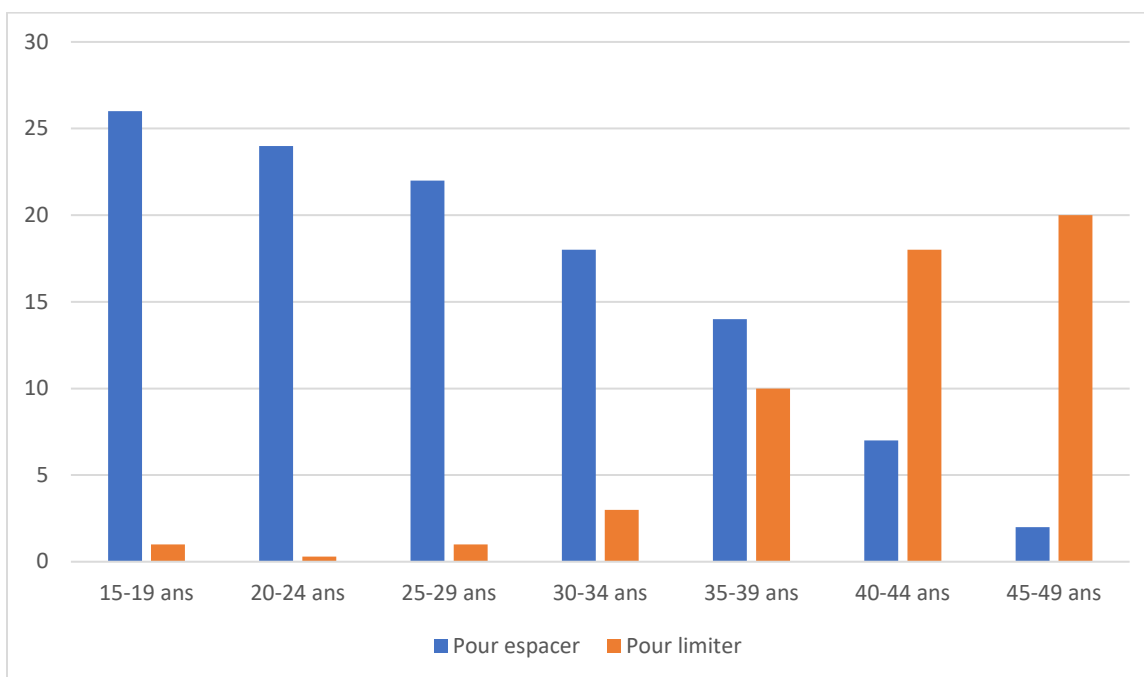
moins un contraceptif, il est clair qu'il existe plusieurs entraves. La difficulté d'accès, les croyances religieuses, les coutumes sociales sont toutes des pistes possibles d'explication.

### *Besoins en matière PF*

Comprenant maintenant l'étendue d'utilisation des méthodes contraceptives, nous pouvons nous intéresser aux besoins en matière de PF. Les besoins de PF nous permettent de comprendre à quel point les femmes sont satisfaites, mais surtout à quel point il y a une demande non répondue de leurs besoins. Répondre à cette demande est l'une des clés pour diminuer les taux de fécondité, les taux de mortalité infantile et maternelle et de façon globale, améliorer la SSR des femmes. Rappelons que ces besoins non satisfaits peuvent être définis comme étant les besoins des femmes fécondes n'utilisant pas de contraception pour soit limiter ou espacer les naissances.

Une fois de plus, la majorité de nos données se limite aux femmes en union. Cependant, comme nous l'avons abordé dans la section précédente, les besoins des jeunes femmes célibataires sont largement insatisfaits. En effet, parmi les jeunes femmes de 15 à 19 ans sexuellement actives, non mariées, 77% présentent des besoins non satisfaits (Guttmacher Institute, 2018). Quant aux femmes de 15 à 49 ans en union, la moitié des besoins en PF sont insatisfaits (FNUAP, 2018). Par ailleurs, l'écrasante majorité des besoins au Sénégal sont pour espacer les naissances (Sidze et al, 2015, p.20).

Graphique 7 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale



Source : ANSD, 2017

Comme on peut le voir ci-dessus, les besoins pour l'espacement des naissances connaissent une courbe décroissante en fonction de l'âge, où 26% des Sénégalaises de 15 à 19 ans cherchent à espacer contre 2% chez les femmes de 45 à 49 ans (ANSD, 2017, p.84). À l'inverse, limiter les naissances devient la priorité des femmes, plus leur âge augmente. En effet, seulement 1% des femmes âgées de 15-19 ans souhaitent utiliser la PF pour limiter leur nombre d'enfants comparativement à un maximum de 20% des femmes de 45-49 ans. Notons que le pourcentage de besoins non satisfaits est à son plus bas chez les femmes de 30-34 ans, indiquant probablement l'apogée de la fécondité.

Pour la première fois dans notre analyse, nous ne remarquons aucune tendance tirée à partir du niveau d'instruction. En effet, les besoins non satisfaits des femmes sans instruction ou avec un primaire et un secondaire se situent tous entre 22 et 24 pour cent. Il est donc nécessaire de regarder d'autres variables pour tenter de comprendre quelles composantes peuvent expliquer cette insatisfaction. On note un certain écart d'insatisfaction selon le lieu de résidence où il atteint 20% en milieux urbains et 27% en milieux ruraux (ANSD, 2017, p.84). Aussi, il existe des disparités entre les régions. En effet, 29% et 27% des femmes venant du Nord et du Centre du Sénégal sont insatisfaites contre 23% et 19% du Sud et de l'Ouest. Enfin, l'insatisfaction diminue de façon inverse en fonction du quintile du bien-être de 29% à 19%. Combinant ces trois dernières variables aux précédentes nous permet de comprendre qu'il existe des causes systémiques qui expliquent l'insatisfaction des femmes. En effet, ces chiffres viennent supporter nos conclusions voulant que des causes systémiques, comme les coutumes et l'ouverture sociales, les croyances religieuses et la possibilité d'accès aux ressources, soient à la base du problème. Les quintiles de bien-être renforcent l'idée que leur impact est ressenti par l'ensemble des femmes, peu importe leurs ressources économiques, mais plus encore par les femmes plus pauvres. Aussi, les chiffres laissent croire qu'ils le sont plus dans les régions rurales où l'on retrouve des communautés moins ouvertes d'esprit, plus religieuses et où l'accès aux services est plus difficile.

### *Soins prénatals*

Les soins prénatals sont cruciaux lors des grossesses. En effet, l'OMS rapporte qu'ils permettent d'offrir aux femmes une prise en charge, un soutien, de prévenir des maladies, conseiller en PF et favoriser l'adoption d'un mode de vie sain (OMS, 2018). Ainsi, il s'agit non seulement de recevoir des soins durant la grossesse, mais également de recevoir des soins de qualité.

Au Sénégal, des femmes de 15 à 49 ans, ayant eu une naissance vivante dans les cinq dernières années, 96% ont reçu des soins prénatals par un prestataire formé (UNICEF, 2018). La grande majorité (79%) de ceux-ci ont été offerts par des sages-femmes. L'âge n'agit pas sur le fait de recevoir des soins. Cependant, le rang de naissance de l'enfant semble entraîner un effet. Pour le 1<sup>er</sup> enfant, les futures mères reçoivent à 98% des soins contre 91% des femmes avec plus de 6 enfants laissant croire qu'une baisse de l'importance qu'on y accorde se produit, plus le nombre d'enfants augmente (N'Diaye, Diam Diediou, Dieye & Dione, 2005, p.535; ANSD, 2017, p.90). Aussi, on note que le niveau d'éducation et le lieu de résidence influence, et retarde, les soins prénatals. En ce sens, on remarque que les femmes rurales et sans scolarisation ont moins recours aux soins (N'Diaye et al, 2005, p.535). Notons que les femmes, ayant au moins atteint le secondaire, reçoivent le plus de soins prénatals de médecins. Une fois de plus, les ressources économiques sont un grand facteur dans le recours aux soins considérant que les femmes avec plus de liberté économique recourent deux fois plus souvent à des soins (Koster, Ondo, Sarr, Sow, Schultsz, Sakande, Diallo & Pool, 2016, p.787; Dramani & Laye, 2017, p.35).

Comme nous l'avons mentionné un peu plus haut, il s'agit non seulement de recevoir des soins prénatals, mais aussi de recevoir des soins de qualité. La qualité des soins se définit tant par le personnel qui les fournit, mais également par leur constance et leur contenu. Ainsi, regardons un peu ces données. Suivant le nouveau modèle de l'OMS instauré en 2016, huit consultations prénatales, au lieu de quatre, sont recommandées pour assurer une meilleure grossesse (OMS, 2018). Malheureusement, au Sénégal, nous sommes encore bien loin des 8 consultations pourtant on s'approche lentement de quatre visites. En effet, 54% des femmes ont eu au moins quatre consultations durant leur grossesse (UNICEF, 2018). Par ailleurs, 61% des visites ont eu lieu avant



le 4e mois de grossesse (ANSD, 2017, p.90). Débuter les soins le plus tôt possible assure d'en avoir plus au cours de la grossesse, mais également de détecter plus rapidement des possibles problèmes. Enfin, quant aux composantes des soins prénatals offerts aux femmes, on remarque quelques disparités. En effet, que 49% des femmes ont été informés des signes de complication de la grossesse (ANSD, 2017, p.92). Cette statistique est quelque peu troublante considérant que cette information peut s'avérer essentielle dans plusieurs cas. Aussi, certains tests, par exemple, tension artérielle, prélèvement d'urine, prélèvement de sang, etc., ne sont pas prescrits en raison de préjugés des sages-femmes sur les moyens financiers des femmes (Koster et al, 2016, p.788). Enfin, aucune tendance claire ne peut être tirée quant à l'impact du niveau d'instruction sur la composition ou la quantité de soins prénatals. La seule conclusion est que les services ruraux, et surtout ceux offerts dans le Nord, ont un certain retard comparé aux autres (Dramani & Laye, 2017, p.35).

### *Soins d'accouchement*

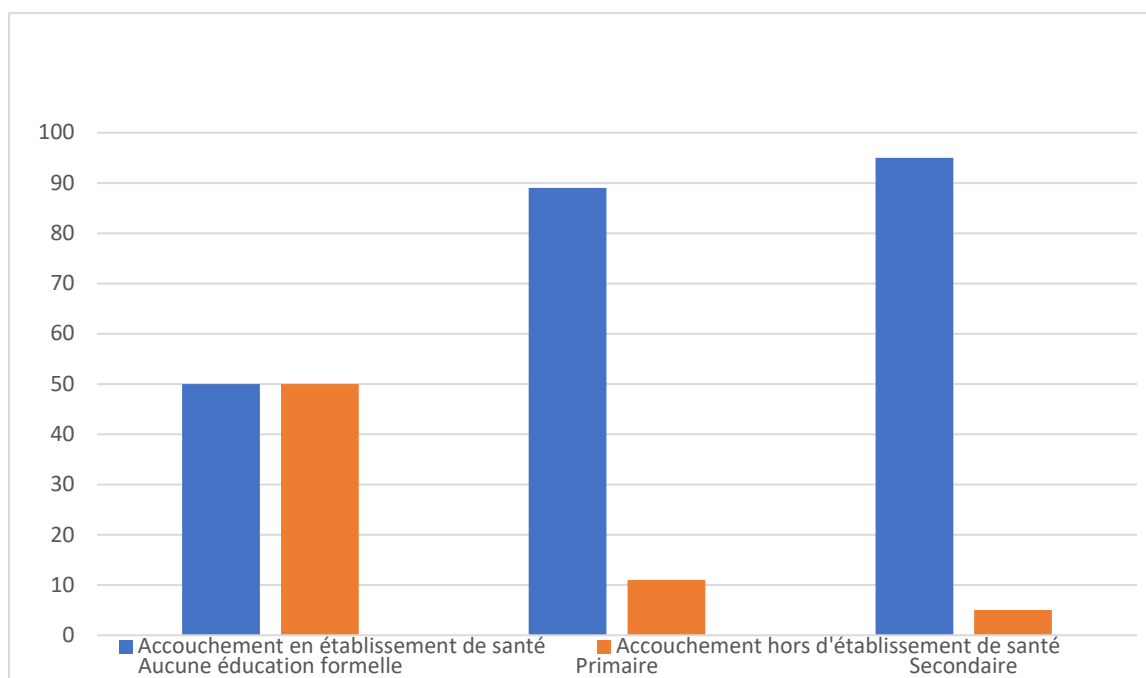
Tout comme les soins prénatals sont essentiels pour assurer une bonne grossesse, les soins d'accouchement sont fondamentaux pour avoir la meilleure conclusion à celle-ci. Sous le chapeau des soins d'accouchement, nous faisons référence au lieu de l'accouchement et à l'assistance reçue à cette occasion.

Tout d'abord, 76% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de santé (UNICEF, 2018). On remarque une nette tendance où plus le rang de naissance augmente, moins les accouchements ont lieu dans les établissements de santé (Shimamoto & Gipson, 2015, p.5). Sans surprise, dans l'ensemble des études utilisées, la quasi-totalité des femmes ayant au moins quatre

visites prénatales accouche en établissement de santé (Faye, Fatou & Tal-Dia, 2016; Shimamoto & Gipson, 2015; Oikawa, Sonko, Faye, Ndiaye, Diadhiou & Kondo, 2014). Notons que tout de même 12% des femmes n'ayant reçu aucune visite prénatale accouchent en centre (ANSD, 2018, p.94).

De plus, le niveau d'instruction influence le lieu d'accouchement. En effet, les mères n'ayant reçu aucune instruction représentent plus de 50% des cas n'accouchant pas en établissement alors que 89% de celles ayant un primaire et 95% ayant au moins un secondaire y accouchent (USAIDS, 2010, p.22; ANSD, 2018, p.94).

Graphique 8 : Pourcentage d'accouchement en établissement de santé selon le niveau d'éducation



Source : ANSD, 2017

Aussi, le nombre d'accouchements en établissement de santé augmente en fonction des quintiles de bien-être (Faye, Fatou & Tal-Dia, 2016; Shimamoto & Gipson, 2015; Oikawa, Sonko, Faye, Ndiaye, Diadhiou & Kondo, 2014). Notons que les accouchements en secteur privé accroissent en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique. Enfin, les écarts entre les régions rurales et urbaines continuent à être bien présents. Le manque de disponibilité des ressources en ruralité et le coût des services sont toutes des raisons dissuadant les femmes en ruralité à avoir recours aux accouchements en établissement (Oikawa et al, 2014, p.97). Ainsi, on comprend donc que recevoir des soins prénatals n'est pas toujours synonyme d'accouchement en établissement de santé. De plus, le niveau d'instruction de la mère, tout comme ses moyens économiques, sont déterminants dans leur sélection du lieu d'accouchement. Aussi, plus le nombre d'enfants augmente, moins le besoin d'utiliser un lieu sécuritaire est ressenti.

L'assistance reçue nous permet d'en apprendre plus sur les contextes d'accouchement au Sénégal. L'assistance lors d'accouchement diminue les risques de complications, de mortalité, tant maternelle qu'infantile. Seulement 59% des accouchements vaginaux ont été assisté par un prestataire formé (UNICEF, 2018). Les prestataires formés incluent les sages-femmes, les infirmières et les médecins. Ainsi, pas tous les accouchements en établissement de santé reçoivent des soins par du personnel qualifié. En effet, 37% des accouchements sont assistés par des matrones ou des accoucheuses traditionnelles (Gassama, Faye Dieme, Niang, Diallo, Diouf, Ndiaye, Gueye, Moreira, 2016, p.3379). Ces caractéristiques suivent les mêmes tendances que pour le lieu d'accouchement. En effet, plus le nombre d'enfants augmente, moins l'assistance qualifiée est utilisée. Ceci pourrait être partiellement expliqué par le fait qu'en ruralité, le manque de personnel se traduit par une diminution de la qualité des services entraînant les femmes à refuser

d'accoucher en établissement (Oikawa et al, 2014, p.95). De plus, les femmes n'ayant pas eu recours à des soins prénatals lors de la grossesse ne sont que 10% à avoir reçu une assistance par un prestataire formé et un lourd 32% ne reçoit aucune sorte d'aide durant leur accouchement (UNICEF, 2018). L'instruction et les quintiles suivent également les mêmes tendances et augmentent graduellement selon le niveau. Ainsi, que 49% des femmes sans instruction sont assistées par du personnel qualifié contre 71% des femmes avec un primaire et 83% des femmes avec au moins un secondaire (ANSD, 2017, p.94). Les femmes avec un secondaire sont également celles qui utilisent le plus de médecins et d'infirmières. Ainsi, le lieu d'accouchement, tout comme les soins prénatals, ne dicte pas automatiquement la qualité des soins reçus lors de l'accouchement. De plus, l'accouchement est parfois assisté par des matrones, et ce, peu importe le niveau d'éducation. Néanmoins, l'éducation semble tout de même assurer qu'un support, quel qu'il soit, soit présent lors de l'accouchement.

## **5.6. Connaissances et prévalence de l'excision**

La dernière partie de notre analyse porte sur une des plus grandes entraves à la SSR des femmes. L'excision est extrêmement difficile à enrayer du fait qu'il s'agit d'une composante culturelle très ancrée. En 1999, la pratique a été interdite au Sénégal (O'Neil, 2015, p.56). L'adoption de la loi n'a malheureusement pas entraîné la fin de la pratique puisqu'en 2010, le plan d'action national pour l'accélération de l'abandon de l'excision a été mis en place.

La connaissance sur l'excision est globalement très répandue au Sénégal. Grâce au travail d'ONG, dont principalement Tostan, et à la promotion au travers des médias, la majorité des Sénégalais savent en quoi consiste l'excision et surtout est consciente de son illégalité (Shell-

Duncan, Wander, Hernlund & Moreau, 2013, p.822). De façon intéressante, la reconnaissance que la pratique est illégale et ses conséquences, ne se traduit pas nécessairement par une inquiétude de poursuites criminelles. Les jeunes filles de 15-19 ans connaissent le moins le phénomène avec 78% de connaissance (ANSD, 2017, p.157). Les pourcentages augmentent graduellement pour atteindre 95% chez les femmes de 45-49 ans. Une fois de plus, on peut se demander si cela s'explique par un manque d'éducation sexuelle scolaire ou une simple baisse de la pratique.

Quant à sa prévalence, en 2016, 23% des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir été excisées (USAIDS, 2018). Par rapport à 2005, le taux a légèrement diminué de 5%. Plus de la moitié des femmes (54%) ont subi une « légère » excision, c'est-à-dire une entaille sans que la chair soit enlevée (ANSD, 2017, p.158). Cependant, 12% des femmes ont rapporté avoir une partie de chair enlevée et 7% ont eu le vagin fermé. Ces chiffres ne sont que des estimations, puisque 27% des femmes interrogées ne savaient pas exactement quelle procédure elles avaient subie, ce qui peut possiblement s'expliquer par leur bas âge au moment de l'opération. En fait, la grande majorité des excisions sont pratiquées avant l'âge de 5 ans (Shell-Duncan, 2011).

Par ailleurs, la prévalence de l'excision est non seulement beaucoup plus élevée lorsque la mère est elle-même excisée, mais aussi lorsqu'elle est moins scolarisée. En effet, les jeunes filles dont les mères n'ont aucune instruction sont 17% plus souvent excisées contre 8% lorsque celles-ci ont le niveau primaire et 4% lorsqu'elles ont le secondaire (ANSD, 2017, p.158). De plus, 26% des femmes de 45-49 ans ont subi une excision contre 21% des adolescentes de 15-19 ans. Cet écart appuie l'hypothèse que la pratique connaît lentement un recul dans la société. Les mutilations génitales féminines sont plus répandues dans les milieux pauvres et ruraux du Sud du pays (Diop,

Faye, Moreau, Cabral, Benga, Cissé, Mané, Baumgarten & Melching, 2004; Diop & Askew, 2009; Shell-Duncan, Wander, Hernlund & Moreau, 2013). Enfin, considérant qu'il s'agisse d'une pratique culturelle, il est pertinent de mentionner qu'elles sont surtout pratiquées chez les Mandingues (74%), les Soninkés (78%) et chez les Poular (62%) (Diop & Askew, 2009, p.307).

Ainsi, bien que l'excision soit illégale et en recul en société, elle reste tout de même une pratique affectant toujours beaucoup de femmes. Cette pratique endigue leur possibilité de jouir d'une vie sexuelle saine et parfois, même leur vie reproductive. L'excision permet également d'exemplifier l'importance de l'éducation des femmes pour les futures générations.

## Chapitre 6 : Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, nous avons tenté de comprendre les liens entre l'éducation et la SSR des Sénégalaises et d'en démontrer son impact. L'éducation et la SSR sont des composantes primaires de l'autonomisation des femmes. Il s'agit d'éléments cruciaux que les femmes doivent posséder pour développer leur plein potentiel. L'autonomisation bénéficie tant les femmes, mais également l'ensemble de la société. Au niveau international, on a grandement mis l'emphase sur l'importance de l'autonomisation des femmes au cours des dernières décennies. Ces efforts ont permis une amélioration globale de l'autonomisation des femmes, particulièrement en ASS. Bien que des progrès doivent encore être faits, en ASS nous avons pu constater un avancement dans l'ensemble des pays. Compte tenu de l'étendue du continent et des différents stades de développement des pays, nous voulions choisir un pays se situant dans la moyenne, mais pouvant tout de même servir d'exemple.

En ce sens, le Sénégal s'est avéré être un cas d'étude exemplaire pour étudier une situation en pleine évolution, et où encore reste à faire. La conclusion de son plan de santé, et la mise en place de son plus récent plan d'éducation font également du Sénégal un cas d'étude où nous sentions que notre analyse pourrait être pertinente. Aussi, considérant l'objectif d'atteindre le statut de pays émergent d'ici 2035, une adéquate intégration des femmes au sein de la population active passe directement par un meilleur accès, support et présence tant au niveau académique qu'à une meilleure SSR. Ainsi, grâce à l'analyse approfondie réalisée dans le cadre de notre recherche, nous sommes en mesure de soutenir plusieurs avenues lancées par le gouvernement sénégalais, ainsi que de faire ressortir certains aspects problématiques qui doivent être mieux développés et supportés pour atteindre ses objectifs d'ici 2035.

### **6.1. Futures pistes de recherche en éducation**

Tout d'abord, il est clair que le PAQUET, le nouveau plan d'éducation mis en place en 2016, est déjà en train d'avoir un impact positif sur l'éducation des Sénégalaises. Les jeunes filles sont aujourd'hui plus nombreuses à entrer et graduer du primaire et à entrer au secondaire. Les progrès quant à leur présence à l'école sont tels que le taux de parité est même en leur faveur, pour ces deux niveaux de scolarisation. Ainsi, plus de jeunes filles sont en mesure d'obtenir une éducation primaire et ont la possibilité de se rendre au secondaire. Nous pouvons donc conclure que l'éducation des jeunes filles, du moins de base, est devenue une priorité pour l'ensemble de la population sénégalaise. L'importance de l'éducation des jeunes filles est également justifiée par les statistiques d'alphabétisation. En effet, le taux d'alphabétisation des Sénégalaises est non seulement à la hausse depuis plus de 30 ans, mais se rapproche grandement de celui des hommes, qui s'est stabilisé. Il est donc possible d'avancer avec certitude que les programmes pour améliorer l'accès des jeunes filles à l'éducation fonctionnent et que leur éducation devient plus importante avec les générations.

Ayant démontré que l'éducation des filles est en croissance au Sénégal, nous pouvons avancer nos conclusions quant à son influence sur la SSR. Nous avons observé une corrélation entre le niveau d'éducation et un certain nombre de composantes de la SSR des Sénégalaises. Par exemple, l'éducation a un lien direct avec l'âge à la première naissance. En effet, plus les femmes restent à l'école longtemps, plus celles-ci ont tendance à avoir leur premier enfant plus tardivement. À l'inverse, on observe la quasi-totalité des grossesses précoces au sein des femmes sans éducation. Aussi, plus les femmes sont éduquées, plus celles-ci ont un meilleur accès aux méthodes contraceptives. Nous ne pensons pas que le niveau d'éducation en soi résulte à un



meilleur accès aux méthodes contraceptives, mais nous supposons que plus celles-ci sont éduquées, plus elles sont dans un environnement favorisant un meilleur accès. Par ailleurs, l'ensemble du cycle de grossesse est influencé par le niveau d'éducation des femmes. L'utilisation de soins prénataux n'est pas largement influencée par l'éducation, considérant que 96% des Sénégalaises y ont recours. Néanmoins, la totalité des femmes avec au moins un niveau d'éducation primaire utilise les soins prénataux contre 94% des femmes sans instruction. L'impact de l'éducation est plus clairement remarqué dans la qualité des soins reçus où les femmes avec au moins un niveau d'éducation secondaire reçoivent beaucoup plus de soins par des infirmières et des médecins. Le lieu et la qualité des soins reçus lors des accouchements sont également en relation directe avec le niveau de scolarisation. La quasi-totalité des femmes éduquées accouche dans un établissement sécuritaire contre moins du trois quarts des femmes sans instruction. Le soutien qualifié reçu lors des accouchements varie lui aussi en fonction de l'éducation. Plus le niveau d'éducation augmente, plus les femmes ont souvent un personnel qualifié. Notons que l'éducation n'est pas la seule variable décisive dans ce choix, considérant qu'un 20% des femmes les plus éduquées n'utilisent pas de personnel qualifié. Cependant, la totalité des femmes possédant au moins une éducation primaire bénéficie d'un personnel présent, qualifié ou non, lors de l'accouchement. Enfin, l'une des influences des plus claires et directes de l'éducation sur la SSR des Sénégalaises est celle sur la prévalence de l'excision. La prévalence de l'excision chez les filles diminue radicalement dès que la mère atteint le niveau d'éducation primaire.

Ces conclusions permettent de démontrer qu'il existe un lien direct et clair entre l'éducation et la SSR des Sénégalaises. L'éducation des jeunes filles est non seulement à la hausse, mais celle-ci permet de retarder les grossesses, d'avoir plus facilement accès à des soins de grossesses de

qualité et aussi permet d'avoir un impact positif sur les futures générations. Toutefois, notre analyse a également permis d'observer l'influence d'autres variables sur la SSR. Pour réellement améliorer la situation générale au pays et atteindre le PSE dans les délais, il est crucial d'aborder ces aspects. Ainsi, nos recommandations dépassent le cadre des programmes éducatifs.

## **6.2. Au-delà de l'éducation**

Les pressions sociales, la ruralité et le bien-être économique sont les trois principales variables que nous avons relevées influençant tant l'éducation des femmes que leur SSR. Plusieurs effets secondaires négatifs sont la conséquence de ces variables. Les pressions sociales sont, en grande partie, la raison pour laquelle les jeunes filles quittent l'école. Bien que celles-ci soient aujourd'hui plus nombreuses à aller au primaire et à continuer au secondaire, la majorité des jeunes filles n'est pas en mesure de compléter le niveau d'étude secondaire. Ainsi, une translation s'est produite alors que le problème d'éducation des filles ne se trouve plus aujourd'hui au primaire, mais au secondaire. Au cours de l'analyse, nous avons abordé à plusieurs reprises ces pressions sociales, par exemple : le mariage précoce, les besoins économiques de la famille, le risque de discrimination et de violence, etc. La lutte contre ces pressions sociales doit accompagner tous les programmes éducatifs pour permettre une réelle transformation durable de la situation. De plus, bien que la majorité des efforts doivent être mis vers la promotion de l'éducation secondaire, la représentation des femmes dans l'éducation supérieure doit également être améliorée. Une possible piste de solution pour augmenter la présence des femmes aux études supérieures serait l'augmentation du nombre d'emplois qualifiés. Nous avons remarqué que les femmes avec un niveau d'étude secondaire ou plus sont nettement moins présentes sur le marché du travail que leurs consœurs. Pour celles ayant des emplois, très peu nécessitent un niveau d'étude ou de

qualification équivalent à leur niveau de scolarisation. Ainsi, savoir que de réelles opportunités sont possibles au terme de leurs études pourrait servir de motivation pour y rester.

Une diversification des emplois en milieux ruraux est également nécessaire. L'agriculture est le principal secteur d'emploi en ruralité, mais est également le secteur le plus précaire sur le plan des revenus et de la stabilité d'emploi. Une plus grande précarité des familles rurales signifie une plus grande pression à sortir les jeunes filles tôt de l'école soit pour les marier ou pour les envoyer travailler. Ces deux chemins entraînent d'importantes conséquences sur les jeunes filles. En fait, les adolescentes dominent les emplois agraires entraînant ainsi celles-ci dans une précarité et limitant et affectant leur SSR. De plus, le mariage précoce entraîne presque toujours des naissances précoces et une perte de contrôle sur leur SSR. Sans changement, ces comportements risquent d'entraîner un cercle vicieux pour les futures générations. Voilà pourquoi nous recommandons une diversification des emplois, tant urbains que ruraux, et que ces emplois visent les femmes de tout niveau d'éducation.

Les pressions sociales affectent également la connaissance des femmes en matière de SSR. En effet, tant pour les méthodes contraceptives que pour les mutilations génitales, le groupe avec le moins de connaissances est les adolescentes de 15 à 19 ans. Leur manque de connaissance sur ces sujets nous laisse croire que l'éducation sexuelle reçue à l'école est extrêmement limitée, voire même inexistante, variant selon les bons vouloirs des enseignants. Ainsi, nous recommandons fortement la mise en place d'un curriculum de SSR plus clair, précis, plus englobant et surtout, voir à son application. De plus, considérant qu'un certain nombre de jeunes filles quittent l'école

avant d'y avoir accès, il est primordial d'avoir des outils en place pour s'assurer que les informations les rejoignent d'autant plus, qu'elles sont statistiquement plus à risque.

La ruralité est un autre facteur déterminant qui entraîne des effets néfastes tant sur l'éducation que la SSR. Les chiffres montrent de claires différences entre les niveaux d'éducation des jeunes filles vivant en milieu rural et urbain. En effet, les jeunes filles vivant en milieu rural sont plus à risque de ne pas suivre d'éducation formelle ou d'en sortir plus tôt. Bien que le gouvernement se félicite d'avoir augmenté le nombre d'écoles dans les milieux ruraux, l'accès est toujours plus difficile et limité que dans les régions urbaines, et ce, plus le niveau de scolarisation augmente. La qualité de l'enseignement est également nettement différente, où par exemple, la taille des classes est beaucoup plus grande. Le manque d'accès aux ressources sanitaires en milieu rural est également un facteur nuisible à la SSR des Sénégalaises. Bien qu'on assiste à une démocratisation des soins de grossesse à l'échelle du pays, les femmes en milieu rural sont tout de même moins nombreuses à profiter de ceux-ci. En effet, les femmes milieu rural entreprennent leurs soins prénataux plus tardivement que les femmes milieu urbain. Elles sont également beaucoup moins nombreuses à accoucher dans un établissement sanitaire. Enfin, le soutien par un personnel qualifié est largement absent pour les femmes en milieu rural, surtout lorsque celles-ci n'ont aucune scolarisation. De ce fait, sans que l'éducation influence directement ces décisions, cette lacune peut perpétuer d'autres comportements limitants leur SSR. Nous recommandons ainsi de renforcer les efforts pour l'amélioration des services éducatifs en milieux ruraux tout comme l'accès à des soins de santé reproductifs. Finalement, le bien-être économique est la dernière variable qui peut renforcer les décisions relatives à l'éducation et en SSR. Les Sénégalaises venant des quintiles plus faibles de la société sont plus lourdement affectées par l'ensemble des variables relevées

précédemment. En effet, moins de ressources économiques signifient une plus grande précarité et moins d'opportunités pour continuer les études. Cela implique également moins d'argent pour avoir accès à des contraceptifs ou à des soins de grossesse adéquats. Comme on peut l'imaginer, les Sénégalaises ayant la pire SSR sont celles qui n'ont pas d'éducation, vivent en milieu rural et viennent des quintiles les plus bas de la société. Il est nécessaire que le gouvernement sénégalais soit conscient de l'impact négatif de ces variables et que des actions nécessaires pour les enrayer soient mises en place.

La PF est le seul aspect de notre analyse où l'éducation n'influence aucunement la situation. Les Sénégalaises, peu importe leur niveau d'éducation, leur statut social, leur lieu de résidence ou leur bien-être économique sont toutes insatisfaites. En effet, tant les jeunes filles que les femmes mariées n'ont pas accès aux méthodes contraceptives. Bien entendu la disponibilité des ressources est un facteur de leur insatisfaction, cependant il s'agit d'opinions personnelles, de jugements sociaux, d'interposition de la religion, etc. qui empêchent réellement les femmes d'utiliser des contraceptions pour se protéger, pour espacer leurs grossesses ou les limiter. Ces facteurs empêchent les femmes de jouir de l'autonomisation à laquelle elles ont droit. Il est impératif que le Sénégal se charge de cette question et y remédie.

L'étude de cas a permis de comprendre l'impact de l'éducation sur la SSR des Sénégalaises, mais aussi ses limites. En effet, l'amélioration de l'éducation n'est pas une garantie d'une meilleure intégration des femmes dans la population active, ou même d'une meilleure SSR. Il s'agit de processus multidimensionnels où plusieurs autres variables comme pressions sociales, religion, pauvreté, ruralité, urbanité, etc. entraînent des effets et en fonction desquels des efforts multilatéraux doivent être accomplis pour permettre de réels changements continus.

## Bibliographie

- Adamczyk, A & Greif, M. (2011). Education and risky sex in Africa: Unraveling the link between women's education and reproductive health behaviors in Kenya. *Social Science Research*, vol.40, 654-666.
- Adanu, M., Seffah, J., Lince, A., & Blanchard, K. (2012). Sexual and reproductive health in Accra, Ghana. *Ghana Medical Journal*, 46(2), 58-65.
- Adepoju, A. (1999). *La Famille africaine : politiques démographiques et développement*. Paris, France : Karthala.
- ADEA. (2017). Revitaliser l'Éducation dans la perspective du Programme universel 2030 et de l'Agenda 2063 pour l'Afrique : Synthèse Générale. [http://www.adeanet.org/sites/default/files/2018.02.06\\_general\\_synthesis\\_report\\_on\\_the\\_2017\\_triennale\\_final\\_fr.pdf](http://www.adeanet.org/sites/default/files/2018.02.06_general_synthesis_report_on_the_2017_triennale_final_fr.pdf).
- Adéquations, (2017). Fiche 2 : De l'approche "femmes dans le développement" à "genre et développement". <http://www.adequations.org/spip.php?article1219>.
- Adjamagbo, A., Antoine, P., Delaunay, V. (2004). Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural. *Cahiers québécois de démographie*, vol. 33, no. 2, 239-272.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2015). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue). <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR305/FR305.pdf>.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (1986). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (1992). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (1997). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2005). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2012). Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (DS-Continue).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2013). Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Dakar. <http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/1-population-dakar2013.pdf>.

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2017). Situation Économique et Sociale du Sénégal en 2014. [http://www.ansd.sn/ressources/publications/3-SES-2014\\_Education.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/publications/3-SES-2014_Education.pdf).
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2017). Situation Économique et Sociale de Dakar en 2014. [http://www.ansd.sn/ressources/publications/3-SES-2014\\_Santé.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/publications/3-SES-2014_Santé.pdf).
- Aikmand, S., et Unterhalter, E. (2007). *Practicing Gender Equality in Education*. Londres, Royaume-Uni : Oxfam.
- Alemayehu, L., Belachew, T., et Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, North Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (6), 1-9.
- Amaro, H. (1995). Love, Sex and Power. *American Psychologist*, vol.50, no.6, 437-447.
- Babalola, S., Tambashe, BO & Vondrasek, C. (2005). Parental factors and sexual risk-taking among young people in Cote d'Ivoire. *African Journal of Reproductive Health*, vol. 9, no. 1, 49-65.
- Bannon, I., Correia, M. (2006). *The Other Half of Gender: Men's Issues in Development*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Basset, C. (2006). *Qualitative Research in Health Care*. New Jersey: États-Unis: John Wiley & Sons.
- Biddlecom, A., Awusabo-Asare, K & Bankole, A. (2009). Role of Parents in Adolescent Sexual Activity and Contraceptive Use in Four African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, no.2, 72-81.
- Biernacki, P., Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, vol.10, (2), 141-163.
- Bhat, M. (2002). Returning a Favor: Reciprocity Between Female Education and Fertility in India. *World Development*, vol.30, no.10, 1791-1803.
- Blanc, Ann K. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: An examination of the evidence. *Studies in Family Planning*, vol. 32, no.3, 189-213.
- Blum, RW. (2007). Youth in sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health*, vol.41, 230-8.
- Brunner, R. (2017). Why do people with mental distress have poor social outcomes? Four lessons from the capabilities approach. *Social Science and Medicine*, vol.191, 160-167.

- Carey, M. A. (1994). *The group effect in focus groups: Planning, implementing, and interpreting focus group research*. dans J. Morse (Ed.) *Critical issues in qualitative methodology research*. Thousand Oaks, États-Unis: Sage.
- Carr, E Summerson. (2003). Rethinking Empowerment Theory Using a Feminist Lens: The Importance of Process. *Affilia*, vol.18, no.1, 8-20.
- Commission économique pour l'Afrique. (2015). Profil de pays : Sénégal. [http://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/com2016/Country-Profiles/senegal\\_2015\\_fre\\_final.pdf](http://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/com2016/Country-Profiles/senegal_2015_fre_final.pdf).
- Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, (2003). Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la Femme en Afrique. <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/#14>.
- Connelly, M.P., Murray Li, T., MacDonald, M. et Parpart, J. (2000). Feminism and development: Theoretical perspectives. Dans J. Parpart, M.P. Connelly & V.E. Barribeau (Edit.), *Theoretical perspectives on gender and development*. (pp. 51– 160). Ottawa, Canada: International Development Research Centre.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine. (1994). *Les Africaines : Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXe au XXe siècle*. Paris, France: Éditions Desjonqueres.
- Crissman, Halley., Adanu, R., Harlow, Sioban. (2012). Women's Sexual Empowerment and Contraceptive Use in Ghana. *Studies in Family Planning*, vol.43, no.3, 201-212.
- Daffe, Gaye & Diagne, Abdoulaye. (2009). *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté- Les oubliés de la croissance*. Paris, France: Éditions Karthala.
- Darroch, J.E & Singh, S. (2013). Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *The Lancet*, vol.381, no. 9879, 1756-1762.
- Derose, L., Kravdal, Ø. (2007). Education Reversals and First-Birth Timing in Sub-Saharan Africa: A Dynamic Multilevel Approach. *Demography*, vol.44, no.1, 59-77.
- Dia, I. (2017). The motivations of women entrepreneurs in the information sector in Dakar (Senegal). *Centre de Recherche en Économie et en Management*, no.81292, 1-31.
- Diallo, J. (2014). La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme. *Autrepart*, 70,(2), 41-55.



- Dias, S., Gama, A. & Rocha, C. (2010). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 255–263.
- Diop, N., Mbacke Faye, M., Moreau, A., Cabral, J., Benga, H., Cissé, F., Mané, B., Baumgarten, I., Melching, M. (2004). *The Tostan Program: Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal*. New York: Population Council, 45p.
- Dixon-Mueller, R. (1998). Gender inequalities and reproductive health: changing priorities in an era of social transformation and globalization. *Policy and Research Paper*, No. 16, 250-290.
- Do, M., Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 38, no. 1, 23-33.
- Dramani, L., Laye, O. (2017). Prenatal Care and Infant Health in Senegal. *Journal of African Development*, 19:31-37.
- Duflo, E. (2012). Women Empowerment and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, vol. 50, no. 4, 1051-1079.
- Duffy, L. (2005). Culture and context of HIV prevention in rural Zimbabwe: The influence of gender inequality. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 16(1), 23-31.
- Eederwijk, A. (2009). Silence, pleasure and agency: sexuality of unmarried girls in Dakar, Senegal. *Cont Islam*, 3, 7-24.
- Fonds des Nations Unies pour la population, (1994). Programme of Action. <http://www.unfpa.org/fr/node/9038>.
- FNUAP. (2012). *Rapport sur le Statut des Adolescents et des Jeunes en Afrique Subsaharienne : Possibilités et Enjeux*. PRB, Washington, 74p.
- FNUAP. (2017). *Planification familiale : le Sénégal vise un taux de prévalence de 45% en 2020*. <http://senegal.unfpa.org/fr/news/planification-familiale-le-s%C3%A9n%C3%A9gal-vise-un-taux-de-pr%C3%A9valence-de-45-en-2020>.

- FNUAP. (2018). The State of African Women Report. Key Findings. [https://www.ippfar.org/sites/ippfar/files/2018-07/The%20State%20of%20the%20African%20Woman%20Report%20-%20Key%20Findings\\_0.pdf](https://www.ippfar.org/sites/ippfar/files/2018-07/The%20State%20of%20the%20African%20Woman%20Report%20-%20Key%20Findings_0.pdf).
- FNUAP. (2015). SENEGAL : Étude sur les grossesses précoces en milieu scolaire. <https://senegal.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ETUDESURGROSSESSESENMIILIEUSCOLAIREAUSENEGALjuin2015.pdf>.
- Garenne, M. (2014). Indicateurs de richesse des ménages : Implications pour l'étude des relations avec les paramètres démographiques et la mesure des inégalités. *Fondation pour les Études et Recherches sur le Développement International*, vol.115, 1-39.
- Gassama, O., Dieme, M., Niang, M., Diallo, M., Diouf, A., Ndiaye, A., Gueye, M., Moreira, P., Diouf, A., Moreau J. (2016). Assessment of the quality of the management of childbirth by vaginal delivery in 5 reference maternity clinics in Dakar, Senegal. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, oct.5, 10, 3378-3383.
- Groupe de la Banque Mondiale de Développement. (2015). Autonomiser les femmes africaines : Plan d'action. Indice de l'égalité du genre en Afrique 2015. [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/African\\_Gender\\_Equality\\_Index\\_2015-FR.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/African_Gender_Equality_Index_2015-FR.pdf).
- Guèye, B., Mbodj, N. & Sembène, M. (2009). Cadre conceptuel pour l'intégration de la santé de la reproduction en milieu scolaire : expérience au Sénégal. *Elsevier Masson*, 10, 1-7.
- Guttmacher Institute. (2018). *Santé sexuelle et reproductive des jeunes Sénégalaises* <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/sante-sexuelle-et-reproductive-des-jeunes-senegalaises>.
- Gyimah, S. O., Baffour, K. T., & Addai, I. (2006). Challenges to the reproductive-health needs of African women: on religion and maternal health utilization in Ghana. *Social Science & Medicine*, 62, 2930-2944.
- Hallward-Driemeier, M. (2013). *Enterprising Women: Expanding Economic Opportunities in Africa*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Harvey, M, et coll. (2002). Relationship power, sexual decision making and condom use among women at risk for HIV/ STDs. *Women & Health*, vol.36, no.4, 69-84.

- Hirschman, C., Young, Y. (2000). Social context and fertility decline in Southeast Asia: 1968-70 to 1988-90. *Population and Development Review*, vol.26, 11-39.
- Hogan, Margaret. (2012). *Improving the Evidence Base for Maternal Health Outcomes Worldwide*. Washington, DC: University of Washington.
- Hubacher, D., Mavranouzouli, I & McGinn, E. (2008). Unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: magnitude of the problem and potential role of contraceptive implants to alleviate it. *Contraception*, vol. 78, 73–8.
- Izugbara, C. O., Ochako, R. & Izugbara, C. (2011). Gender scripts and unwanted pregnancy among urban Kenyan women. *Culture, Health and Sexuality*, 13(9), 1031-1045.
- Jejeebhoy, S. (1995). *Women's Education, Autonomy, and Reproduction Behaviour : Experience from Developing Countries*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford Univeristy Press.
- Jourdan, D., Diagne, F., Diouf, A., McNamara, P & Berger, D. (2010). Santé de la reproduction des adolescents : les déterminants de l'implication des professionnels dans la prévention des maladies non transmissibles. *Global Health Promotion*, Supp, 2, 76–82.
- Kabeer, N. (2012). *Women's economic empowerment and inclusive growth: labour markets and enterprise development*. Londres, Royaume-Uni : International Development Research Center.
- Kane, S. (2011). *Women and Development in Senegal: Microcredit and Household Well Being*. Miami, États-Unis: Florida International University.
- Katz, K. & Naré, C. (2002). Reproductive Health Knowledge and Use of Services Among Young Adults in Dakar, Senegal. *Cambridge University Press*, 34, 215-231.
- Kaufman, A. (2006), Capabilities and Freedom. *Journal of Political Philosophy*, vol.14, 289-300.
- Khan, S., Mishra, V., Arnold, F & Abderrahim, N. (2007). *Contraceptive trends in developing countries: DHS Comparative Reports 16*. Calverton, MD: ICF Macro.
- Koster, W., Ondo, P., Sarr, A., Sow, A., Schultsz, C., Sakande, J., Diallo, S., Pool, R. (2016). Barriers to uptake of antenatal maternal screening tests in Senegal. *Population Health*, 2, 784-792.
- Kravdal, Ø. (2012). Further evidence of community education effects on fertility in sub-Saharan Africa. *Demographic Research*, vol.27, 645-680.
- Kumi-Kyereme, A., Awusabo-Asare, K., Biddlecom, A & Tanle, A. (2007). Influence of social connectedness, communication and monitoring on adolescent sexual activity in Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, vol 11, no.3, 133-147.

- La Banque Mondiale. (2018). *Population active, Femmes*. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.TOTL.FE.ZS?locations=Z>.
- Larsson, C & Stanfors, M. (2014). Women's Education, Empowerment, and Contraceptive Use in sub-Saharan Africa : Findings from Recent Demographic and Health Surveys. *African Population Studies*, vol.28, no.2, 1022-1034.
- Magadi, M. A., Agwanda, A. O., & Obare, F. O. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: evidence from demographic and health surveys (DMH). *Social Science & Medicine*, 64, 1311-1325.
- Magadi, M. A., Zulu, E. M., & Brockenhoff. (2003). The inequalities of maternal health care in urban sub-Saharan African in the 1990s. *Population Studies*, 57, 3, 347-366.
- Makhtar Mbacké Leye, M., Faye, A., Diongue, M., Wone, I., Seck, I., Ndiaye, P., Dia, A. (2015). Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). *Santé Publique*, vol.27, 107-116.
- Malhotra, A., Schuler, S., et Boender, C. (2002). Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development. 1-57.
- Manion, C. (2011). Girls' Education as a means or end of development? A Case Study of Gender and Education Policy Knowledge and Action in the Gambia. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Manu, A., Kotoh, A., Asante, R., & Ankomah, A. (2016). Factors associated with parental communication with young people about sexual and reproductive health: A cross-sectional study from the Brong Ahafo Region, Ghana. *Health Education*, vol.116, no.6, 595-610.
- Martine, S. (2016). Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne. Ottawa : Canada, Université d'Ottawa.
- McTravish, S., Moore, S., Harper, S & Lynch, J. (2010). National female literacy, individual socio-economic status and maternal health care use in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, no.71, 1958-1963.
- Médecins du Monde. (2017). *Santé Sexuelle & Reproductive : Une approche de santé publique fondée sur les droits humains*. <http://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/03/Sante-Sexuelle-et-Reproductive-une-approche-de-sante-publique.pdf>.
- Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. (1997). *Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (1998-2007)*. <http://www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/pnds.pdf>.

Ministère de l'Éducation nationale. (2017). *Les Axes du PAQUET*.  
[http://www.education.gouv.sn/root-fr/files/article.php?section=article&rubrique=politiques%20et%20programmes&article\\_sid=304](http://www.education.gouv.sn/root-fr/files/article.php?section=article&rubrique=politiques%20et%20programmes&article_sid=304).

Ministère de l'Éducation nationale. (2017). *Politiques et programmes*.  
[http://www.education.gouv.sn/root-fr/files/article.php?section=article&rubrique=politiques%20et%20programmes&article\\_sid=304](http://www.education.gouv.sn/root-fr/files/article.php?section=article&rubrique=politiques%20et%20programmes&article_sid=304).

Moghadam, V. (2007). *From Patriarchy to Empowerment: Women's Participation, Movements, and Rights in the Middle East, North Africa and South Asia*. Syracuse: New York, Syracuse University Press.

Momsen, J. (2004). *Gender and Development*. Londres : Royaume-Uni, Routledge.

Naré C., Katz K & Tolley E. (1997). Adolescents' access to reproductive health and family planning services in Dakar (Senegal). *African Journal of Reproductive Health*, vol. 1, no 2, 15-25.

Nations Unies. (2017). Objectifs de Développement Durable.  
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>.

N'Diaye, C., Delaunay, V., Adjamagbo, A. (2003). Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal. *Cahiers Santé*, 13, 31-37.

N'Diaye, P., Dia, A., Diedou, A., Dieye, E.H.L., Dione, D.A. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1<sup>re</sup> consultation prénatale dans un district sanitaire su Sénégal. *Santé Publique*, vol.17, 531-538.

Niang, C. (1994). The Dimba of Senegal: A Support Group for Women. *Reproductive Health Matters*, vol.2, no.4, 39-45.

Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

OCDE. (2016). *Les femmes en Afrique*.  
<http://www.oecd.org/fr/dev/pauvrete/lesfemmesenafrique.htm>.

Oikawa, M., Sonko, A., Faye, E., Ndiaye, P., Diadhiou, M., Kondo, M. (2014). Assessment of Maternal Satisfaction with Facility-based Childbirth Care in the Rural Region of Tambacouda, Senegal. *African Journal of Reproductive Health*, vol. 18, no.4, 95-104.

- Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B & AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 75, 137–47.
- OMS. (2012). Addressing the Challenge of Women's Health in Africa. [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/report-of-the-commission-on-womens-health-in-the-african-region-who\\_acsummary-comp.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/report-of-the-commission-on-womens-health-in-the-african-region-who_acsummary-comp.pdf).
- OMS. (2017). *Santé Maternelle*. [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/).
- OMS. (2018). *Éducation en Afrique*. <http://uis.unesco.org/fr/topic/education-en-afrique>
- OMS. (2018). *Mutilations sexuelles féminines*. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- OMS. (2018). *Pregnant Women must be able to access the right care at the right time* <http://www.who.int/fr/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- O'Neil, S. (2015). *Defying the law, negotiating change: The Futanke's opposition to the national ban on FGM in Senegal*. Goldsmiths: University of London. 318p.
- ONUDESC, (1995). Women, Education and Empowerment: Pathways towards Autonomy. [http://www.unesco.org/education/pdf/283\\_102.pdf](http://www.unesco.org/education/pdf/283_102.pdf).
- ONUDESC. (2005). *Senegal. Country Profile*. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/events/2008/mdg5/countries/final\\_cp\\_senegal\\_18\\_09\\_08.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/countries/final_cp_senegal_18_09_08.pdf)
- ONUDESC. (2006). Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous. L'alphabétisation au cœur de l'éducation pour tous. [http://www.lire-et-ecrire.be/IMG/pdf/rapport\\_mondial\\_de\\_suivi\\_sur\\_l\\_education\\_pour\\_tous\\_2006\\_.pdf](http://www.lire-et-ecrire.be/IMG/pdf/rapport_mondial_de_suivi_sur_l_education_pour_tous_2006_.pdf).
- ONUDESC. (2015). Afrique sub-saharienne. Examen régional 2015 de l'Éducation pour Tous. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232658f.pdf>.
- ONUDESC. (2015). Éducation pour tous 2000-2015 : progrès et enjeux. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002325/232565f.pdf>.
- ONUDESC. (2017). *Conférence mondiale sur l'Éducation pour tous, Jomtien, 1990*. <http://www.unesco.org/new/fr/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/the-efa-movement/jomtien-1990/>.
- ONUDESC. (2018). *Senegal, Country Sheet*. <http://uis.unesco.org/fr/country/sn>.
- Perspective Sherbrooke. (2018). *Degré d'alphabétisation des femmes adultes (% des femmes âgées de 15 ans et plus)*.

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=SEN&codeTheme=4&codeStat=SE.ADT.1524.LT.FE.ZS>.

Petchesky, R.P. (2000). Rights and needs. Rethinking the connections in debates over reproductive and sexual rights. *Health and Human Rights*, vol. 4, no 2, 17-29.

PNUD. (2017). *Sexual and Reproductive Health*. <http://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.

Prata, N., Weidert, K & Sreenivas, A. (2013). Meeting the need: Youth and family planning in sub-Saharan Africa. *Contraception*, no.88, 83-90.

PSI. (2018). Développer les marchés de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone. [https://www.psi.org/wp-content/uploads/2017/01/FrancophoneWestAfricaFP\\_PSI\\_2017\\_French.pdf](https://www.psi.org/wp-content/uploads/2017/01/FrancophoneWestAfricaFP_PSI_2017_French.pdf).

Pulerwitz, J., Gortmaker, S., DeJong, W. (2000). Measuring Sexual Relationship Power in HIV/STD Research. *Sex Roles*, 42 (7/8), 637-660.

Rapatsa, M., Makgato, G & Mashile, T. (2016). Legal Norms and the Capabilities Approach (CA): Reinterpreting Children's Right to Access to Basic Education. *Acta Universitatis Danubius*, vol.12, no.2, 40-53.

République du Sénégal. (1999). Code pénal. <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/sn/sn010fr.pdf>.

République du Sénégal. (2014). Plan Sénégal émergent. <http://www.gouv.sn/IMG/pdf/PSE.pdf>.

République du Sénégal. (2016). Sénégal : Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé. <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/ECPSS%202016.pdf>.

République du Sénégal. (2017). Enquête nationale sur l'Emploi au Sénégal Troisième trimestre, [http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport\\_ENES\\_TRIM3\\_2017.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport_ENES_TRIM3_2017.pdf).

Sall, A. (2012). *Les strategies et initiatives des femmes dans le secteur de la microfinance. Le cas du Sénégal*. Paris : Université Paris Descartes. 359p.

Sedgh, G., Sylla, A., Philbin, J., Keogh, S. & Ndiaye, S. (2015). Estimates of the Incidence of Induced Abortion and Consequences of Unsafe Abortion in Senegal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol.41, no.1, 11-19.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York, New York, Alfred Knopf Inc.

- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique: Développement, Justice, Liberté*. Paris, France: Éditions Odile Jacob.
- Sène, M., N'Diaye, C., Diouf, I., Kebe, A., Diaw, M., Ba, A., Ba, F., Sow, AK., Toure, M., Samb, A., Diallo, A., Kane, MO. (2013). Contraception d'urgence : Niveaux de connaissances, attitudes et risques liés à son utilisation chez une population de femmes dans la région de Dakar. *Journal des Sciences et Technologies*, vol.11, no.1, 35-44.
- Sidze, E., Lardoux, S., Speizer, I., Faye, C., Mutua, M., Badji, F. (2015). Accès et recours des jeunes femmes à la contraception : rôle des restrictions imposées par les prestataires en milieu urbain au Sénégal. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, 20-28.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., Moreau, A. (2011). Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia: Testing. Predictions of Social Convention Theory, *Social Science and Medicine*, 73, 1275-1283.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., Moreau, A. (2013). Legislating Change? Responses to Criminalizing Female Genital Cutting in Senegal. *Law & Society*, vol.47, n.4, 803-835.
- Shimamoto, K., Gipson, J. (2015). The relationship of women's status and empowerment with skilled birth attendant use in Senegal and Tanania. *BMC Prenancy and Childbirth*, 15, 154, 1-11.
- Stebbins, R. (2001). *Exploratory Research in Social Sciences*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Stewart, D., Shamdasani, P., Rook, D. (2007). *Focus Groups: Theory and Practice*. Thousand Oaks, États-Unis : Sage.
- Sow, F. & Bop, C. (2004). *Notre corps, notre santé : la santé et la sexualité des femmes en Afrique Subsaharienne*. Paris, France : l'Harmattan.
- Tausch, A., Menold, N. (2015). Methodological Aspects of Focus Groups in Health Research: Rrsults in Qualitative Interviews With Focus Group Moderators. *Global Qualitative Nursing Research*, 3: 1-12.
- USAIDS. (2018). *Senegal-Overview, Gender*. <https://idea.usaid.gov/cd/senegal/gender>.
- United Nations Development Programme. (2016). Senegal: Human Development Indicators. <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/SEN>.
- Van den Broeck, G & Maertens, M. (2015). Female Employment Reduces Fertility in Rural Senegal. *PLOS ONE*, 10, 3: e0122086. doi: 10.1371/journal.pone.0122086.
- Vavrus, F. (2007). *Desire and decline. Schooling amid crisis in Tanzania*. New York, États-Unis: Peter Lang Publishing.



Williamson, L., Parkes, A., Wight, D., Petticrew, M & Hart, G. (2009). Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health*, vol.6, no.3. 1-12.

World Economic Forum, (2016). The Global Gender Gap Report. [http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF\\_Global\\_Gender\\_Gap\\_Report\\_2016.pdf](http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF_Global_Gender_Gap_Report_2016.pdf).

Wright, H.R. (2012). Childcare, children and capability. *Cambridge Journal of Education*, vol. 42, no.3, 409-424.

Zuilkowski, S & Jukes, M. (2011). The Impact of Education on Sexual Behavior in sub-Saharan Africa: A review of the evidence. *Florida State University*.