

**ETUDE ANTHROPOLOGIQUE SUR LES MIGRATIONS, LA
NUPTIALITE ET LES COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ
LES SERER DU SENEGAL**

RAPPORT ANRS 1990

Charles BECKER

ORSTOM - CNRS

DAKAR - JANVIER 1991

NOTE PRELIMINAIRE

Le rapport présenté à l'ANRS et décrivant l'activité scientifique en 1990, se compose de trois parties et de quatre fascicules.

Ainsi le rapport principal suivant, détaillant les recherches menées et les résultats obtenus, représente la partie principale du rapport.

La deuxième partie fournit un ensemble de tableaux statistiques qui ont été dressés suite à notre enquête anthropologique et qui servent de base aux commentaires proposés dans le rapport.

La troisième partie est présentée sous forme de deux fascicules d'annexes au rapport. Dans le premier figurent les questionnaires de l'enquête anthropologique, et divers textes rédigés sous une forme provisoire comme contribution à deux colloques, un troisième texte discuté à Sonderberg en novembre 1990 auquel j'ai apporté ma contribution devant être publié. Le second fascicule constitue un recueil de proverbes sereer collectés en collaboration avec Wali Koli FAYE et René COLLI-GNON.

Les documents qui sont soumis à l'ANRS, aux membres associés à l'étude, et à des personnalités extérieures, sont *provisaires* pour la plupart. Nous demandons explicitement de ne pas les citer, ni de les diffuser sous leur forme actuelle.

P L A N D U R A P P O R T

I. PRESENTATION GENERALE DES TRAVAUX	p. 5
A. L'HISTOIRE SANITAIRE. LES ENDEMIES ET LES EPIDEMIES DU 20e SIECLE, AVEC REFERENCES PARTICULIERES AUM MST	p. 6
B. LES ENQUETES AUPRES DES THERAPEUTES TRADITIONNELS, SUR LES REPRESENTATIONS ET LES THERAPIES DES MST ET DES MALADIES CONTAGIEUSES	p. 7
1. Les thérapeutes	p. 8
2. Les représentations des MST et des maladies contagieuses	p. 9
3. Les thérapies traditionnelles des MST	p. 10
C. LA CONSTITUTION D'UN CORPUS DE PROVERBES SUR LE CORPS, LA SANTE, LA MALADIE	p. 12
D. LES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA PREVALENCE DES MST ET DES VIH EN MILIEU RURAL	p. 12
E. LES MIGRANTS EN SITUATION URBAINE	p. 14
II. LES ENQUETES AUPRES DES JEUNES ADULTES	p. 15
A. LA POPULATION ETUDIEE	p. 19
B. LES MIGRATIONS	p. 24
C. LA NUPTIALITE ET LES COMPORTEMENTS SEXUELS	p. 30
D. FECONDITE ET CONTRACEPTION : CONNAISSANCES ET PRATIQUES	p. 38
E. LA REPRESENTATION DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISES. LES CONNAISSANCES ET LES RECOURS THERAPEUTIQUES.	p. 44

III. ANNEXES AU RAPPORT

1. LES QUESTIONNAIRES DE L'ENQUETE ANTHROPOLOGIQUE ET DE L'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

2. LES PROVERBES

3. LES ENTRETIENS AVEC LES THERAPEUTES TRADITIONNELS

4. LES RESULTATS DE L'ENQUETE SERO-EPIDEMIOLOGIQUE : travaux de P. LEMARDELEY, A. DIALLO et M. E. EZAN

**5. LES TRAVAUX SUR L'IEC (Texte présenté au 4e Colloque de la Convention Inter-Universitaire Harvard-Tours-Limoges-Dakar).
Participation au Séminaire de Thiès sur l'IEC en milieu rural wolof et sereer.**

6. L'ETUDE SUR LES MIGRANTS EN SITUATION URBAINE : programme d'étude de M. THIOUNE.

I. PRESENTATION GENERALE DES TRAVAUX

En 1990, le programme de recherche a été mené, en collaboration avec divers organismes, autour de quatre thèmes principaux définis dans mon protocole subventionné par l'ANRS .

1°) les migrations, leur histoire et leurs implications socio-culturelles ;

2°) les comportements matrimoniaux et les attitudes sexuelles

3°) l'histoire de la santé : politiques sanitaires, recours thérapeutiques ;

4°) la représentation de la maladie et les réseaux thérapeutiques, surtout en matière de MST.

Ces thèmes ont été abordés dans l'enquête principale menée au cours de cette année et qui a été surtout quantitative, mais aussi dans des enquêtes plus qualitatives. On a ainsi concentré les efforts sur l'enquête consacrée aux jeunes adultes, dont le présent rapport rend compte en présentant les premiers résultats sous forme d'une série de tableaux accompagnés de commentaires.

Un grand nombre des opérations de recherche qui étaient prévues en 1990 dans mon protocole ont pu être réalisées, malgré les problèmes spécifiques posés par la réalisation de l'enquête anthropologique sur les jeunes adultes. En effet, la mise au point des questionnaires, la formation de l'équipe des enquêteurs et le suivi de l'enquête ont exigé des efforts suivis et une présence importante sur le terrain. Il s'agissait d'une des premières enquêtes en milieu rural où étaient abordées les questions relatives aux pratiques sexuelles et aux comportements privés en matière de nuptialité, de fécondité, de pratiques contraceptives. Malgré quelques difficultés dans la réalisation des enquêtes, il a toutefois été possible, grâce au savoir-faire des enquêteurs, des superviseurs ou des conseillers,

d'obtenir des résultats intéressants, que nous présentons ici sous une forme provisoire et encore incomplète.

Au cours de cette année, les études ont été réalisées à Niakhar même, ainsi qu'à Dakar, en liaison avec les chercheurs et les organismes cités dans mon protocole. Ce rapport rend compte de ces études, en décrivant rapidement les travaux effectués et en renvoyant éventuellement à des annexes qui fournissent des textes présentés ou préparés au cours de cette année. Il comporte deux parties inégales : la première décrit les travaux, et la seconde qui est développée dans ce rapport propose les premiers résultats des enquêtes menées auprès des jeunes adultes.

A. L'HISTOIRE SANITAIRE. LES ENDEMIES ET LES EPIDEMIES DU 20^e SIECLE, AVEC REFERENCES PARTICULIERES AUX MST

A la fin de 1989, a été publiée, en collaboration avec René COLLIGNON, une bibliographie commentée sur l'histoire de la santé et de la population en Sénégambie (Paris, INED : IX - 554 p.). Ce travail suggérait la richesse insoupçonnée de toute la documentation disponible à propos de l'histoire sanitaire sénégalaise. Pour la période précoloniale déjà, on a pu retrouver de nombreuses sources imprimées peu connues et utilisées : pour la période coloniale (premier tiers du 20^{ème} siècle en particulier), on a également trouvé beaucoup de textes imprimés et de documents de travail qui permettent d'étudier les problèmes et les politiques de santé, les chemins et les progrès des connaissances médicales.

Outre la recherche des sources imprimées qui se trouvent citées dans cet ouvrage, nous avons recherché dans les archives les sources complémentaires pour une histoire de la santé de la Sénégambie. Ainsi au cours de la dernière année, avons nous préparé la publication d'une série de documents, sur la législation sanitaire durant la période coloniale et sur les statistiques sanitaires. Nous avons surtout procédé à un dépouillement préliminaire des séries "Santé" du Sénégal nouvellement classées aux Archives Nationales du Sénégal, avec la collaboration de MM. Alioune TOURE et Mamadou THIOUNE. Ces séries viennent d'être rendues accessibles depuis

peu de temps, mais s'avèrent d'un intérêt exceptionnel. Elles concernent les crises sanitaires et donnent des renseignements d'une précision parfois étonnante sur les épidémies et les stratégies de lutte mises en oeuvre à ces occasions. Ces dépouillements complètent ceux qui avaient été réalisés précédemment sur les anciennes séries "Santé" de l'A.O.F. qui ne comportaient souvent que des informations partielles et se trouvent très heureusement complétées par les nouvelles séries du Sénégal.

Nous avons procédé à une consultation de l'ensemble des dossiers pour en examiner le contenu, et nous avons rassemblé des informations plus détaillées en particulier sur les épidémies, comme celles de peste et de fièvre jaune qui sont très documentées, et surtout sur la tuberculose et les maladies sexuellement transmises. Les épidémies, plus spectaculaires, sont évoquées avec beaucoup de détail, en particulier celles de la peste qui a constitué - aux yeux des responsables de la politique sanitaire - un problème majeur de santé publique depuis 1914 jusqu'en 1944-45. A propos de la peste et de l'épidémie de grippe espagnole de 1918, un dépouillement exhaustif des archives a été réalisé par le Professeur Myron ECHENBERG (Université McGill), avec qui j'ai effectué par ailleurs des enquêtes de terrain sur les traces de ces épidémies dans la mémoire collective de la société sereer (Interviews de personnes atteintes et ayant survécu, de parents des personnes décédées, de thérapeutes traditionnels à propos de la perception des mesures sanitaires imposées. Par contre les renseignements sur la tuberculose et les MST sont moins abondants dans les archives, mais il a été possible de trouver plusieurs dossiers intéressants, comprenant des rapports et des données statistiques sur l'importance de ces maladies en milieu urbain et rural.

B. LES ENQUETES AUPRES DES THERAPEUTES TRADITIONNELS, SUR LES REPRESENTATIONS ET LES THERAPIES DES MST ET DES MALADIES CONTAGIEUSES

Au cours de la dernière année, a été réalisé un travail d'inventaire des thérapeutes traditionnels, en particulier de ceux qui sont spécialisés dans le traitement des MST. Nous avons localisé un grand nombre de thera-

peutes, et avons obtenu des renseignements sur leur âge, leur spécialités, leur audience, leurs méthodes de soin. Nous avons tenté d'obtenir ces renseignements en interrogeant des personnalités villageoises (chefs de village et de quartiers), mais aussi en demandant au cours des enquêtes "jeunes adultes" quels étaient les spécialistes reconnus pour les différentes MST traditionnelles sereer.

Au début de notre étude, nous disposions d'une série d'entretiens réalisés par R. COLLIGNON auprès des thérapeutes sereer. La mise en forme d'une série de recueils en version française et sereer a été préparée autour de thèmes spécifiques dont certains intéressent directement mon étude :

a) les maladies sexuelles : représentations et modes de soins

b) le choléra : représentations d'une maladie épidémique dont une flambée a été observée en 1985 dans la zone.

La première série d'entretiens a été complétée par une nouvelle série, qui est plus spécifiquement consacrée aux MST. Ces entretiens ont été enregistrés, retranscrits en sereer et traduits en français, et nous disposerons bientôt d'un nouveau recueil qui s'avère très intéressant pour la compréhension des catégories descriptives et interprétatives utilisées par les Sereer, à propos des maladies sexuelles. Nous donnons en annexe un de ces entretiens qui a été retranscrit en français mais dont la version sereer est également disponible.

1. Les thérapeutes

Lors de notre recensement, on a constaté que les thérapeutes sont rarement spécialisés exclusivement dans un seul type de maladies ou dans les seules MST, et que, dans la plupart des cas, ils sont consultés pour un éventail plus large de maladies qui varie selon les personnes prodiguant des soins. La réputation des "guérisseurs" est variable, certains sont connus dans leur seule famille, dans leur quartier ou village alors que d'autres ont une réputation au niveau d'un groupe de localités voire de toute la région.

On peut également établir une typologie des thérapeutes en utilisant des critères variés :

- maladies soignées ;
- procédés de soin ;
- origine de la pratique thérapeutique.

Cependant une typologie pertinente tient compte de l'ensemble des critères et part du fait que les représentations de la maladie et les pratiques thérapeutiques sont liées. Les thérapeutes interviennent dans un contexte social où la maladie est connue de tous, où les recours possibles sont limités et où les thérapeutes conservent un pouvoir légitime et accepté.

2. Les représentations des MST et des maladies contagieuses

Dans le cadre de l'enquête auprès des jeunes adultes, un questionnaire a porté sur la connaissance des MST. Ainsi on a demandé systématiquement quelles maladies sexuelles étaient connues, quels étaient leurs symptômes et leurs modes de transmission, les moyens thérapeutiques mis en oeuvre pour les soigner. Ces questionnaires sont en cours d'exploitation leur codification a été achevée récemment, et la saisie informatique vient d'être entamée.

On a demandé systématiquement aux enquêtés s'ils avaient été atteints d'une des MST connues. Pour toutes les personnes atteintes et estimant ne pas être guéries, on a distribué un billet de consultation et orienté vers une consultation assurée par le Dr Aldiouma DIALLO dans les dispensaires de la zone. Lors de cette consultation, le médecin a posé au malade un ensemble de questions sur sa maladie et les symptômes décrits par le patient. Il a également pratiqué l'examen clinique, opéré le prélèvement sanguin, et instauré éventuellement un traitement avant même la confirmation sérologique de la maladie. Lors de la consultation, les questions posées tentaient de cerner mieux la représentation traditionnelle de la maladie, et de voir les correspondances entre les maladies sexuelles traditionnelles évoquées par les Sereer et les MST décrites selon les critères bio-médicaux.

On a constaté que les femmes se déclarent beaucoup plus souvent atteintes par une MST traditionnelle (*socet*, *mboot* et surtout *kurfeteng*), alors que les hommes avouent assez rarement une MST. A l'examen clinique et sérologique, il est manifeste que pour ces femmes venues en grand nombre aux consultations, il s'agit très rarement de MST au sens bio-médical, et qu'en fait elles considèrent ces maladies comme responsables d'un problème de fécondité (stérilité, avortements). Par contre pour les hommes, la déclaration d'une telle maladie suivie par une consultation correspond très souvent à une MST classique.

Grâce aux questionnaires sur la connaissance des MST (de l'enquête anthropologique et de la consultation médicale), nous disposons de renseignements intéressants sur les représentations des maladies, les modes de leur transmission, et sur les possibilités de prévention. On remarque que l'interprétation de ces maladies, comme celles d'autres maladies contagieuses, se fait dans des catégories *sereer*, où les agents et les causes sont souvent d'ordre mystique. On a déjà bien noté la grande variété des symptômes et des manifestations somatiques ou psycho-somatiques décrits pour des maladies sexuelles traditionnelles. On a également constaté que ces maladies sont souvent considérées comme transmises par voie héréditaire, et qu'elles sont mises en relation avec des problèmes de fécondité (stérilité, avortements, grossesses ou accouchements difficiles).

Les enquêtes effectuées auprès des thérapeutes ont apporté des informations très détaillées sur la connaissance des MST. Comme on l'a signalé, nous joignons en annexe un des entretiens que nous avons réalisé avec un thérapeute spécialisé dans le traitement de ces maladies. On y constate que la description des symptômes, des causes et des agents de ces maladies est spécifique et fait appel aux logiques interprétatives traditionnelles. C'est pourquoi, les recours thérapeutiques qui découlent de ces connaissances, acceptées par les malades et les thérapeutes, sont en premier lieu les modes de soins traditionnels. Cela est compréhensible dans la mesure où il n'y a guère de possibilité alternative permettant de faire appel à d'autres recours.

3. Les thérapies traditionnelles des MST

Comme on vient de le souligner, le premier recours est très souvent traditionnel, dans la mesure où l'interprétation de la maladie et de ses causes est souvent mystique. On a donc remarqué lors de notre enquête que les premiers soins sont prodigués par un guérisseur ou sur les conseils d'un spécialiste traditionnel. L'appel à d'autres formes de soins intervient dans la plupart des cas dans un second temps, après l'instauration et éventuellement l'échec avéré d'une thérapie traditionnelle.

Dans les questionnaires, on a cependant enregistré des cas où les malades ont eu recours à des soins dans un dispensaire ou un centre de soins. Néanmoins, le plus souvent les malades cherchent les soins auprès des spécialistes traditionnels qui peuvent déceler les causes ou les agents de la maladie, et donc proposer les traitements les plus efficaces.

Après des thérapeutes traditionnels, nous avons également recueilli une information riche sur les recours et sur les modes de soins. Malgré certaines réticences à communiquer leur savoir sur les méthodes et les médications utilisées, les thérapeutes ont parfois fourni des indications très riches sur les plantes, racines, feuilles utilisées dans le cadre des cures traditionnelles.

Les renseignements recueillis permettent également de suggérer une typologie en distinguant surtout des thérapies "naturelles" (à l'aide des plantes, racines ou poudres) et des thérapies "rituelles" ou "religieuses" dans lesquelles se manifeste l'interprétation de la maladie et de ses causes. Cependant, il apparaît que de telles distinctions ne sont pas toujours pertinentes : en effet certaines maladies sont soignées à l'aide de plantes qui peuvent avoir une efficacité mystique et protéger contre les agents surnaturels ou humains intervenant dans la transmission de la maladie.

C. LA CONSTITUTION D'UN CORPUS DE PROVERBES SUR LE CORPS, LA SANTE, LA MALADIE

En collaboration avec René COLLIGNON et Wali Koli FAYE, nous avons poursuivi la collecte et la mise en forme d'un corpus de proverbes sereer relatifs à la santé, aux maladies, au corps. Nous avons utilisé le recueil des proverbes sereer de Léonce CRETOIS que j'ai publié précédemment, en l'augmentant et en opérant un premier classement thématique.

Nous donnons en annexe un recueil provisoire sur lequel un important travail complémentaire a déjà été effectué et se trouve poursuivi. Pour certains proverbes seulement, on fournit des éléments sur leur signification et leur contexte d'utilisation. Cependant, avec la collaboration de plusieurs informateurs (Tekheye DIOUF, Guedj FAYE et Bassirou FALL, ainsi que des enquêteurs de l'enquête anthropologique, nous avons enrichi ce corpus et obtenu des renseignements sur le sens de ces proverbes.

On sait que les proverbes sont un mode d'expression et d'éducation qui est privilégié dans les sociétés de tradition orale. Leur étude est très instructive, car ils traduisent les représentations traditionnelles à propos de la santé et de la maladie, et ils reflètent des conceptions éthiques qui méritent d'être connues avant des interventions en matière de santé. Ils sont utilisés dans diverses circonstances, en particulier dans des moments importants de l'éducation et de la vie sociale (initiation, mariage par exemple). Notre travail sur ces proverbes a pour objet de dégager ces représentations et ces conceptions, pour suggérer éventuellement une utilisation dans le cadre de l'éducation sanitaire et permettre ainsi une meilleure transmission des messages permettant d'améliorer la santé.

D. LES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA PREVALENCE DES MST ET DES VIH EN MILIEU RURAL

Les études épidémiologiques ont eu pour objectif de décrire la situation en milieu rural, où les observations sont encore très rares. Elles ont été réalisées sous la direction du Dr Pierre LEMARDELEY qui a suivi trois groupes :

- les femmes enceintes qui se rendent à la visite prénatale (environ 80 % des femmes enceintes de la zone se sont présentées à ces consultations) ;
- les tousseurs chroniques et les malades suspects de tuberculose ;
- les personnes atteintes de MST, envoyées par les enquêteurs de l'étude anthropologique ou venues consulter spontanément.

Dans le cadre de mon programme, ont été engagés deux collaborateurs, le Dr Aldiouma DIALLO qui a eu la charge des consultations MST et a participé aux analyses de laboratoire, ainsi que Mlle Marie Emmanuelle EZAN, sage-femme, qui a effectué les visites prénatales de la zone. L'un et l'autre ont assuré une consultation hebdomadaire dans les trois dispensaires de la zone (mardi à Ngayokhème, mercredi à Toukar, jeudi et vendredi à Dlohine).

Le nombre de premières visites de femmes enceintes s'est élevé à 636 (570 résidentes de la zone) en 1989, 769 (644 résidentes) en 1990. C'est au cours de ces premières visites qu'on a rempli pour chaque femme un questionnaire de visite prénatale (voir la fiche dans l'annexe 1), qui a été complété à l'occasion des visites suivantes. On a fait un prélèvement sanguin (deux microtainers) pour les femmes consentantes. Les femmes enceintes ont généralement bien accepté ces prélèvements. Ainsi la majorité des 1 910 serums qui ont été analysés dans le cadre de la surveillance épidémiologique proviennent de cette partie de la population, soit des femmes de 15 à 45 ans.

La plupart des 493 consultants pour MST ont été vus suite à l'enquête anthropologique au cours de laquelle un billet de consultation a été remis aux personnes déclarant une maladie sexuelle ; ainsi 333 ont eu recours aux consultations gratuites après l'enquête. Seize personnes ont consulté pour des préoccupations de stérilité, 109 se sont présentées spontanément pour des symptômes de maladie sexuelle, et 35 sont des contacts de malades venus en traitement. Cependant on note la forte disproportion entre les hommes, qui n'ont recours au médecin qu'en cas grave où les symptômes sont visibles, et les femmes qui ont été beaucoup

plus nombreuses à avoir recours à ces consultations : 412 femmes pour 81 hommes.

Pour tous les consultants souffrant de maladie sexuelle, le médecin a rempli un questionnaire médical, qui est reproduit dans l'annexe 1. A l'occasion de ces consultations a été fait un prélèvement sanguin, pour recherche des VIH et des tréponèmes. Les malades ont été soignés et leurs partenaires ont été convoqués pour consultation et soins.

Les tousseurs chroniques représentent la troisième catégorie de la population étudiée. Ils font l'objet d'une étude menée sous la responsabilité du Dr Pierre LEMARDELEY depuis avril 1989. A a obtenu un effectif total de 143 personnes pour lesquelles a pu être effectuée une sérologie VIH. Notons que pour cette catégorie de la population, la proportion des femmes est également plus importante que celle des hommes.

E. LES MIGRANTS EN SITUATION URBAINE

Les enquêtes menées en milieu rural sur les comportements sexuels, les régimes matrimoniaux, les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques, la connaissance et l'utilisation des divers moyens de contraception, ont apporté des résultats intéressants.

L'enquête anthropologique, a tenté de cerner les comportements des jeunes adultes en milieu urbain et leurs éventuelles modifications en ville. Cependant les résultats obtenus ne paraissent pas toujours faciles à interpréter. Il semble important de valider certains de ces résultats et de procéder à une enquête complémentaire auprès des jeunes adultes installés en ville lors de migrations temporaires ou de séjours de plus longue durée, pour demander dans un contexte différent de celui du village quelles sont les pratiques et les normes acceptées lors des séjours en ville. Il semble, au vu de notre enquête dans les villages, que les comportements et les représentations changent assez peu durant les migrations, et que les innovations sociales induites par les séjours urbains sont assez limitées dans le domaine des attitudes en matière de sexualité et de fécondité, le

seul changement important étant sans doute un recul de l'âge au mariage des femmes.

C'est pourquoi, nous avons décidé de réaliser une étude plus approfondie en ville et avons associé à notre étude, outre M. Abdoulaye Bara DIOP, Directeur de l'IFAN, qui collabore à mes travaux depuis leur début, un de ses étudiants de DEA de sociologie, M. Mamadou THIOUNE dont le projet d'étude est joint en annexe à ce rapport. En 1990, les enquêtes ont été préparées et les questionnaires mis au point, pour entamer les travaux de terrain au cours des premiers mois de 1991. Ces enquêtes doivent donner lieu à la rédaction d'un DEA et aboutir par la suite à une thèse de 3ème cycle.

II. LES ENQUETES AUPRES DES JEUNES ADULTES

En 1990, le travail principal a été la réalisation d'une enquête anthropologique auprès des jeunes adultes sereer de la zone. Cette enquête a été centrée sur quatre thèmes principaux :

- les migrations ;
- la nuptialité et les comportements sexuels ;
- la fécondité, la connaissance et la pratique de la contraception ;
- la connaissance des MST : les représentations et les recours thérapeutiques.

Ce rapport présente les premiers résultats de ces enquêtes sous la forme des tableaux statistiques que l'on commente et qui figurent ci-dessous, dans un des fascicules de ce rapport. Il convient donc de lire les commentaires suivant en se référant aux tableaux qui sont encore sous une forme provisoire.

PRESENTATION GENERALE DE LA ZONE ET DE L'ENQUETE

Notre enquête a été réalisée auprès d'un échantillon important de la population de la zone d'étude de l'ORSTOM à Niakhar (carte 1, situation de la zone ; carte 2, les villages de l'enquête anthropologique et les villages de la zone ; carte 3, les villages et les équipements sanitaires de la zone). Au début de cette enquête, la population totale de la zone était estimée à environ 25 000 personnes, réparties en 30 villages de taille variable (de 57 à 2 697 habitants respectivement pour le plus petit et le plus grand village). La densité de la zone avoisine 120 habitants au km².

L'objectif initial de l'enquête était de toucher l'ensemble de la population des jeunes adultes de la zone et de combiner durant deux ans une enquête anthropologique et une enquête séro-épidémiologique sur la prévalence des VIH et des MST dans cette zone rurale du Sénégal, qui était peu touchée par l'épidémie du SIDA au début des travaux de l'ORSTOM sur cette question.

Pour des raisons diverses, l'enquête anthropologique a été menée de novembre 1989 à septembre 1990, et a été interrompue, après avoir touché environ un tiers des jeunes adultes de la zone. L'enquête épidémiologique se poursuit en 1991 mais est concentrée surtout sur les femmes enceintes qui continuent à être suivies médicalement par le Dr Aldiouma DIALLO et à faire l'objet de prélèvements sanguins.

Pour l'enquête socio-anthropologique, nous avons envisagé dans un premier temps de procéder à un tirage aléatoire mensuel des concessions de la zone où l'on devait réaliser l'enquête. Cette méthode a été testée en novembre 1989 et posait de nombreux problèmes, surtout logistiques (visites de concessions très éloignées les unes des autres, nécessité de retourner une ou plusieurs fois dans les concessions pour rencontrer les personnes à interroger). Nous avons donc opté pour un enquête par villages, en choisissant les localités de manière raisonnée : répartition géographique des localités, taille et ancienneté des villages, situations des villages par rapport aux migrations telles que l'ancienneté des migrations dans les villages (enquêtes antérieures de Charles BECKER et Victor MARTIN), l'importance respective des immigrations masculine et féminine

entre 1984 et 1988, la proportion de la population absente du village au recensement de 1983.

Nous avons utilisé les divers fichiers démographiques de la zone, en particulier le fichier des résidents. Nous avons pu établir ainsi, à la date du démarrage de l'enquête, la liste des jeunes adultes de 15 à 39 ans pour les villages retenus. Les quatre enquêteurs recrutés pour cette étude (Mme Néné SARR-BADJI, Mlle Ndeye Aissatou POUYE, MM. Mahékor DIOUF et Modou NDAO) ont visité les concessions des villages, en utilisant leur liste pour enquêter les jeunes adultes. Ils sont revenus dans les concessions en cas d'absence de courte durée, pour questionner les personnes absentes lors du premier passage.

Les questionnaires utilisés sont donnés en annexe. Pour chaque personne présente on a rempli :

- une fiche générale sur les migrations et les résidences ;
- une fiche descriptive des séjours et migrations récents ;
- une fiche sur la nuptialité, les comportements sexuels et les attitudes et connaissances à propos du contrôle des naissances ;
- une fiche sur la connaissance des MST ;
- un billet de consultation au cas où la personne se déclarait atteinte et non guérie d'une MST.

Pour les absents, on a rempli un questionnaire décrivant le type d'absence et, dans la mesure du possible, les migrations antérieures de la personne absente. Les réponses ont été obtenues auprès d'un résident de la concession à même d'informer sur la situation de l'absent.

Durant l'enquête, les contrôles ont été effectués par Ernest FAYE, Bassirou FALL, Marie-Emmanuelle EZAN et Aldiouma DIALLO, et des vérifi-

cations ont été sollicitées en vue de la mise à jour du fichier des résidents de la zone. Les enquêtes ont été arrêtées à la fin de septembre 1990.

Depuis le mois de juin, les opérations de codification et de saisie de l'enquête ont été menées à Dakar par Pape COULIBALY et Marie SANE, sous la supervision d'Emile Timague NDIAYE, et également en partie à Niakhar. L'exploitation statistique a été réalisée avec la collaboration d'Ousmane NDIAYE et de Pierre LEMARDELEY. Nous avons tiré une série de tableaux, dont nous utilisons les données et ne présentons ici qu'un certain nombre.

A. LA POPULATION ETUDIEE

Généralités. Description de l'échantillon.

1. LES VILLAGES ENQUETES

Dix villages ont été étudiés, mais on n'a pas pris en considération, pour les statistiques suivantes, le premier qui a été visité en fin 1989, soit le village de Même, avec une population totale de 176 personnes, et 55 personnes enquêtées à l'aide d'un questionnaire incomplet. La taille des villages de l'enquête varie de 176 (Même) à 1 926 (Ngayokhème). Ces localités sont réparties entre les trois parties de la zone et comptaient, comme on le constate dans le tableau suivant, respectivement les populations totales de :

T A B L E A U A 1	
Village	Population
Ndokh	609
Ngalagne Kop	628
Sass Ndlafadj	711
Godel	917
Kotiokh	939
Poultok	966
Logdir	967
Ngangarlam	1 155
Ngayokhème	1 926
	=====
Total	8 818

Sur une population totale de 24 937 personnes résidant dans la zone, les enquêtes ont donc concerné tous les jeunes adultes vivant dans des villages dont la population globale représente environ 35 % des habitants de la zone.

2. LA REPARTITION DES ENQUETES PRESENTS PAR VILLAGE ET PAR SEXE

Le tableau A 2 donne la répartition des enquêtés présents par village et par sexe, soit 1 136 femmes et 886 hommes pour un total de 2 022. On constate la proportion nettement plus forte des femmes, qui résulte d'une présence au village après le mariage. Cependant, dans les villages de Sass et de Kotiokh les proportions sont presque égales, ce qui traduit une émigration masculine assez faible.

3. LA REPARTITION DES ENQUETES ABSENTS PAR VILLAGE ET PAR SEXE

Le tableau A 3 propose la répartition par sexe des absents au sujet desquels on a interrogé des parents vivant dans la concession et rempli une fiche d'absence. Au total les 1 082 absents se répartissent entre 509 femmes et 573 hommes, soit des proportions à peu près inverses de celles des présents. A Sass surtout, mais aussi à Godel et Ngalagne, les femmes absentes ont été plus nombreuses que les hommes.

4. LA REPARTITION DES ENQUETES PRESENTS ET ABSENTS SELON LE SEXE

Pour l'ensemble des enquêtés on aboutit aux chiffres fournis par le tableau ci-dessous :

TABLEAU A 4

	Présents	Absents	Total	Population totale	%
Ngalagne	152	79	231	628	36,8
Ngayokhème	447	255	702	1 926	36,4
Sass	122	38	160	711	22,5
Ndokh	137	76	213	609	35,0
Ngangarlam	268	146	414	1 155	35,8
Godel	203	121	324	917	35,3
Kotiokh	237	121	358	939	38,1
Logdir	221	124	345	967	35,7
Poultok	235	122	357	966	37,0
Total	2 022	1 082	3 104	8 818	35,2

Les présents

5. LA REPARTITION PAR ETHNIE

Comme le montre le tableau A 5, la zone est homogène d'un point de vue ethnique. Elle est au coeur du pays sereer. Ainsi la proportion des Sereer est de 98,1 %, soit 1 983 personnes dans notre échantillon. Quelques Laobé ont été rencontrés (29 au total), ainsi que des Toucouleur (8) et des Wolof (2). Dans ces groupes allogènes, les femmes présentes sont nettement plus nombreuses que les hommes.

6. LA REPARTITION PAR AGE

Par tranches d'âge de 5 ans, on remarque le maximum pour les 15-19 ans (23,9 % des présents), puis une décroissance sauf pour les 30-34 ans. Cependant des différences se constatent selon le sexe. Ainsi la forte proportion des hommes de 15-19 ans (31,6 %) contraste avec celle très faible des femmes de ces âges (18 %). Pour toutes les tranches entre 20 et 34 ans, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes. Ces chiffres traduisent le décalage pour les départs en migration. Les tableaux A 6 a et b montrent clairement ces différences.

7. LA REPARTITION PAR RELIGION

Pour les 1 895 enquêtés dont on connaît la religion, les répartitions sont assez similaires chez les hommes et les femmes. On constate que les adeptes déclarés de la religion sereer sont rares (0,5 %). Parmi les musulmans, les *Mourid* avec les *Bay Fall* sont majoritaires (48,8 et 1,3 % du total), les *Tidjan* atteignant 18,8 %. Les autres musulmans - musulmans sans autre indication, *qadryia* et *layèn* - sont respectivement 4 %, 0,4 % et 0,2 %. Les catholiques (22,9 %) sont davantage représentés parmi les 15-19 ans, chez les hommes et dans les villages de Sass, Logdir, Kotiokh, Ndokh et Godel. Les protestants (3 %) obtiennent un taux supérieur à Logdir seulement (8 % des enquêtés). Les tableaux A 7 a et b fournissent les répartitions des enquêtés selon la religion, par village et par âges.

8. LA REPARTITION PAR CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

La stratification sociale est moins accusée dans la zone de Niakhar que dans le reste du Sine. Ainsi le tableau A 8 montre que, dans les villages choisis pour cette enquête, les paysans libres représentent la très grande majorité (83,8 %) ; il faut leur adjoindre les *diaraf* (chefs paysans) avec 0,7 %. Les autres groupes correspondent à des "castes" ou groupes socio-professionnels comme les griots (4,1 %), des forgerons (1,6 %) et des laobé sereer (1,2 %), aux nobles *domibour* ("fils de roi") et *tiédo* (0,4 et 2,9 %). Les *sagnit* et *bidji* (palefreniers) sont assez représentés dans certains villages et obtiennent 3,6 et 0,5 %. Il n'y a qu'à Poultok et à Godel où la proportion des paysans est inférieure à la moyenne de l'échantillon.

9. LA REPARTITION PAR SITUATION MATRIMONIALE

Comme le montrent les tableaux A 9 a et b, les célibataires représentent environ 32 % des présents, mais pour les hommes ils sont 55,5 % et 13 % seulement chez les femmes. Les mariés forment le reste (67 %), les veufs et les divorcés n'atteignant qu'un peu plus de 1 %. Le tableau A 9 b met en relief des situations différentes pour les hommes et les femmes, mais aussi pour les divers villages. Les femmes célibataires sont peu nombreuses (13 %) ; les mariées avec rang de première épouse sont au nombre de 66 %, avec rang de deuxième épouse 16,4 %, avec rang de 3e, 4e et 5e épouse 2,4 %. Parmi les hommes, 39 % sont en mariage monogame, 4,5 % ont deux épouses, et 0,2 % trois épouses.

La proportion des célibataires tant hommes que femmes est supérieure à la moyenne à Ngayokhème, Ngangarlam et Sass. Si l'on considère les hommes célibataires seuls, cette proportion pour les hommes est également supérieure dans ces villages, ainsi qu'à Ndokh, et surtout à Sass (70 %). On note le fort pourcentage de femmes mariées à Ngalagne (94,3 %), Godel (93 %), Poultok et Logdir ; pour les hommes, ce sont à peu près les mêmes villages où le pourcentage des hommes mariés est plus fort, soit Kotiokh (54,4 %), Ngalagne (52 %), Logdir (50 %) et Poultok (45,6).

10. LA REPARTITION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Les tableaux 10 a, b et c permettent de constater que la scolarisation est très faible. Si l'on excepte la catégorie 6 (non réponse ou NSP), ce sont 76,5 % des résidents enquêtés qui n'ont jamais fréquenté l'école, soit 67 % des hommes et 84 % des femmes. La scolarisation dans le primaire atteint à peine 15 % (19,7 % des H et 11,3 % des F), 2,9 % dans le secondaire (4,7 % des H et 1,4 % des F). Introduite depuis une quinzaine d'années seulement, l'école arabe commence à être fréquentée (4,3 % au total soit 6,4 des H et 2,6 % des F) dans les tranches d'âge de 15 à 24 ans. Les situations sont assez variées selon les villages et suivant les groupes d'âge. En exceptant le village de Logdir où les renseignements sont insuffisants, on note la forte scolarisation à Ngayokhème et à Ndokh, la fréquentation de l'école arabe à Ngalagne, Ngayokhèm et Ngangarlàm. On peut également suivre une lente progression de la scolarisation dans les différentes tranches d'âge.

Les absents

11. LA REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE

Comme on le note avec les tableaux A 11 a et b, les 1 082 absents lors de notre enquête se situent dans toutes les tranches d'âge, les proportions variant de 28 % pour les 15-19 ans à 11 % pour les 35-39 ans. Par village, on remarque les forts pourcentages d'absents chez les plus jeunes de 15 à 19 ans (35 % à Poultok, 33 % à Ngalagne et Godel). Cependant une différence notable existe entre les hommes où le plus grand nombre d'absents a entre 20 et 29 ans, alors que pour les femmes, le plus grand nombre se situe dans la tranche des 15-19 ans (40 %). Des situations assez différentes apparaissent aussi par village. Par ailleurs il convient de mettre les chiffres de ces tableaux en relation avec ceux des enquêtés présents pour remarquer que la proportion des absents est assez égale selon les villages, oscillant dans huit localités entre 33,8 % (Kotiokh) et 37,3 % (Godel), alors que Sass se singularise avec seulement 22,7 % des résidents absents.

12. LES SITUATIONS MATRIMONIALES

Pour les absents, la diversité des situations matrimoniales par âge et par sexe apparaît dans les tableaux A 12 a et b. Les célibataires (52 %) ne sont que légèrement plus nombreux que les personnes mariées (45 %). On observe que les 573 absents hommes sont surtout célibataires (62 %), contrairement aux femmes parmi lesquelles les mariées constituent plus de 54 % des absentes. Les veuves (1,6 %) et les divorcées (4,1 %) sont également représentées parmi les absentes. Par villages on observe des différences significatives dans les absences suivant le sexe et selon la situation matrimoniale.

B. LES MIGRATIONS DES JEUNES ADULTES

Divers critères peuvent être utilisés pour juger de l'importance des migrations et pour proposer une typologie des mouvements saisonniers ou de plus longue durée. Les tableaux suivants proposent une approche qui prend en compte plusieurs facteurs qui permettent d'apprécier la nature et la durée des déplacements des jeunes adultes sereer.

1. LE LIEU DE NAISSANCE

En regroupant les lieux de naissance, on constate, à partir du tableau B 1 a, que 91 % des hommes et seulement 66 % des femmes sont nés dans un des 30 villages de la zone. Beaucoup de femmes sont nées dans des villages voisins du Sine, surtout dans l'arrondissement de Niakhar et de Tataguine (16 %) mais aussi dans le Saloum (5,5 %), dans le sud du Baol (4 %) et le Diégèm (7 %) où se trouvent des villages ou des quartiers fondés par les Sereer du Sine au cours des 80 dernières années. Les aires matrimoniales s'étendent donc aux villages proches de la zone et à d'anciennes zones de migrations rurales. Pour les hommes le lieu de naissance est parfois situé dans les arrondissements du Sine et rarement dans les zones de migrations anciennes (moins de 2 % pour le Baol, le Saloum et le Diégèm).

Les tableaux B 1 b et c portent sur tous les enquêtés et comportent même les chiffres des personnes dont le lieu de naissance n'est pas connu. On remarque peu de différences par tranche d'âge, sauf pour les femmes de 15-19 ans dont la proportion de natives du village est la plus forte et celles de 20-24 ans pour lesquelles c'est le contraire.

2. LA DUREE DE LA RESIDENCE AU VILLAGE

La durée de la résidence est évidemment très variable selon le sexe, la situation matrimoniale et l'âge. De grandes différences existent entre les hommes et les femmes, car celles-ci changent obligatoirement de résidence lors de leur mariage, alors que les hommes mariés à un âge plus tardif demeurent le plus souvent dans leur concession lors du mariage. Cependant il existe une certaine mobilité des jeunes qui peuvent changer de concession ou de village pendant leur enfance (enfants confiés, neveux résidant chez leur oncle maternel). Par ailleurs, les séjours hors du village commencent beaucoup plus tôt chez les femmes que chez les hommes.

La durée de résidence dans la concession est donc très inégale selon le sexe et la situation matrimoniale.

3. LE NOMBRE DE RESIDENCES

La durée de la résidence au village est à mettre en relation avec le nombre total de résidences qui est aussi très différent pour les hommes et les femmes. Les tableaux B 3 a et b manifestent bien les disparités énormes selon le sexe. Les pourcentages qui tiennent compte des cas de non-réponse montrent que trois quarts des hommes n'ont jamais quitté leur concession pour une migration supérieure à un hivernage ou une saison sèche. Par contre, pour les femmes environ 10 % seulement sont dans ce cas. Il s'agit en général de femmes célibataires.

Néanmoins le nombre de résidences bien plus élevé des femmes mériterait des explications détaillées, car la proportion des femmes ayant effectué deux, trois et quatre séjours de longue durée dans une concession d'un village ou de la ville, est importante (entre 20 et 25 %

pour chacune des catégories). Les femmes ayant eu 5 ou 6 résidences sont encore près de 10 et 5 %. Par village on constate des différences assez légères : ainsi quand les résidences sont moins nombreuses pour les femmes, on peut penser à des "séjours" de plus longue durée en milieu urbain. Par ailleurs chez les hommes comme chez les femmes, ces séjours plus longs interviennent sans doute plus tôt dans la vie, car les catégories d'âge les plus jeunes atteignent des pourcentages égaux voir supérieurs à ceux de leurs aînés.

4. L'AGE AUX PREMIERES MIGRATIONS DE SAISON SECHE, D'HIVERNAGE OU DE LONGUE DUREE

Nous parlons ici de migrations pour désigner des migrations saisonnières qui durent en général un peu plus de six mois : il s'agit de migrations durant la saison sèche (dirigées presque exclusivement vers la ville dans le cas des femmes, vers la ville ou en milieu rural pour les hommes), ou de migrations pendant l'hivernage ; dans ce cas ce sont surtout des migrations vers des zones rurales. Nous employons le terme séjour pour qualifier des mouvements de plus longue durée, englobant au moins une année complète sans retour au village autre qu'une visite brève.

L'interprétation des tableaux (non présentés ici) sur l'âge à la première migration de saison sèche ou d'hivernage, et l'âge au premier séjour hors du village de naissance, est assez délicate, car les causes de ces mouvements sont multiples, de types assez différents.

Pour les femmes, les âges les plus fréquents pour une première saison sèche hors village se situent entre 9 et 15 ans, le chiffre le plus fort étant à 10 ans (114 sur 947). Pour les hommes, ces âges se répartissent entre 15 et 27 ans, avec un maximum à 22 ans (46 sur 886). Il est à noter que la proportion des hommes n'ayant jamais migré est très élevée. Si l'on considère l'âge aux premières migrations suivant les tranches d'âge des personnes interrogées, on observe une tendance particulièrement nette chez les hommes à un rajeunissement de l'âge à la première expérience migratoire, au cours de ces dernières années.

Pour l'âge au premier hivernage hors village, on doit noter que les migrations masculines interviennent surtout entre 17 et 27 ans, avec un maximum à 19-20 ans, alors que pour les femmes des nombres assez importants sont atteints dès les premières années de la vie (fréquence de la pratique du fostéage) mais surtout entre 10 et 18 ans (maximum à 15 ans).

Pour l'âge au premier séjour hors village, l'interprétation des données est délicate et nous réservons les commentaires pour plus tard, après une analyse plus complète des données consignées dans les fiches séjours-migrations qui ne sont pas encore dépouillées et saisies.

5. LE NOMBRE ET LES DESTINATIONS DES MIGRATIONS

Le nombre et la fréquence des séjours, mais aussi leur destination est variable suivant le sexe et l'âge.

6. LA CONNAISSANCE DE DAKAR, DES VILLES ET DES PAYS ETRANGERS

Parmi les femmes interrogées, 86 % connaissent Dakar pour y avoir effectué des migrations ou des séjours, alors que 62 % des hommes seulement sont dans ce cas.

Les hommes connaissent davantage de villes que les femmes, celles-ci ne citant que la capitale. Celles-ci ne mentionnent que Dakar ou aucune ville dans 169 cas, une autre ville (273), deux autres (277), trois autres (200), quatre autres (76). La situation des hommes est plus diversifiée : 101, 103, 88, 79, 77, 67, 67, 33, 34 personnes ont fréquenté de 1 à 9 autres villes que Dakar.

La connaissance d'autres pays est extrêmement rare chez les femmes (36 femmes seulement sur 1 039). Par contre les hommes se sont rendus davantage dans l'un des pays voisins, 79 sur 829 connaissant un, deux ou trois pays autres que le Sénégal.

7. LA FREQUENTATION DES MARCHES

La fréquentation des marchés hebdomadaires est assez générale : la plupart des hommes et les femmes se rendent à l'un de ces marchés au moins de temps en temps, mais moins d'une fois par semaine. Les femmes qui vont régulièrement au marché, chaque semaine, sont un peu plus nombreuses que les hommes. Par contre les hommes fréquentant plus d'un marché par semaine sont plus nombreux que les femmes : il s'agit dans ce cas de personnes exerçant une activité en rapport avec le marché (commerce, transport).

8. LES DEPLACEMENTS DE COURTE DUREE VERS LA VILLE OU VERS DES ZONES RURALES

Les déplacements de courte durée en direction de la ville, durant la dernière année, sont assez rares aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Par contre les déplacements en milieu rural, dans les villages de la zone ou ceux des environs, voire dans les zones de migrations sereer anciennes, sont bien plus fréquents. Les motifs de ces déplacements sont souvent familiaux (participation à des cérémonies familiales, visites à des parents pour des raisons diverses).

9. LES ABSENTS

A l'aide des tableaux B 9 a, b et c, on note que la proportion des absents est différente suivant le sexe et les villages. La proportion des femmes absentes est beaucoup plus importante que la moyenne à Sass et à Godel. Partout ailleurs les taux sont assez proches de la moyenne (47 % pour les femmes et 53 % pour les hommes).

Par âge, les femmes ne sont plus nombreuses qu'entre 15 et 19 ans, ce qui se comprend car il s'agit de l'âge où se réalisent la plupart des migrations saisonnières féminines : ces proportions indiqueraient aussi que la durée de ces migrations féminines s'allonge chez les jeunes migrantes.

L'importance des migrations est à mettre en relation avec le statut matrimonial de la personne. Néanmoins, le tableau B 9 c est difficile à in-

interpréter sans une connaissance plus approfondie des motifs d'absence et aussi de la résidence des conjoints pour les mariés.

10. LES ABSENTS ET LEURS CONJOINTS

La question sur la résidence du conjoint d'une personne absente permet cependant de conclure que les femmes mariées absentes sont en général parties avec leur mari qui est également absent ; par contre pour les hommes absents, l'épouse est le plus souvent au village.

11. LES TYPES D'ABSENCE

Comme on le voit sur le tableau B 11, il y a peu de différences entre les hommes et les femmes. La part des absences de courte durée est à peu près égale dans les deux sexes (environ 18 %). Les migrations sont plus fréquentes chez les hommes (60 % contre 53 %), et les séjours plus longs chez les femmes (28 % contre 21 %). Les décès constatés représentent environ 1 % chez les hommes et les femmes.

12. LES MOTIFS DE DEPART DES ABSENTS

Les motifs de départ des absents sont variés. Pour les femmes il s'agit le plus souvent de la recherche d'un travail domestique en ville (35 %), d'un mariage avec déplacement lors du mariage ou après (16 % et 10 %), parfois de motifs familiaux (visites, aide à des parents). Pour les hommes, les motifs évoqués le plus souvent sont : le travail (14 %), les activités maraichères (8 %), l'emploi de manoeuvre (7 %), les études (10 %), la conduite des troupeaux (9 %), les activités d'hivernage ou de *sourga* (9,4 %), le transport en calèche (5 %).

13. LES DATES DE DEPART DES ABSENTS

Bien que les données soient difficiles à utiliser, le tableau B 13 manifeste que les dates de départ sont choisies autrement pour les

hommes et les femmes. Comme l'enquête a été réalisée à des moments différents de l'année, on ne peut guère tirer de conclusions. Néanmoins les absences de plus d'un an et de 7 à 12 mois sont bien plus fréquentes chez les femmes (57 % et 58 % chez elles, et 43 et 42 chez les hommes). 33 % et 24 % des femmes absentes au moins sont dans une situation de migration ou de séjour, alors que le pourcentage n'est que de 22 et 15 pour les hommes.

14. LES DESTINATIONS ET LES LIEUX DE RESIDENCE DES ABSENTS

Les destinations des absents sont très différentes : 19 % des absentes restent dans la zone et seulement 6 % des hommes. La destination Dakar est choisie par 41 % de femmes et 38 % des hommes. Les migrations rurales à plus longue distance sont davantage privilégiées par les hommes; elles se dirigent vers les zones de migrations sereer anciennes, mais aussi vers des lieux où les migrants trouvent un travail temporaire lors des opérations de collecte des arachides.

15. LES MIGRATIONS DES ABSENTS

Les migrations des absents et leurs séjours sont décrits dans des tableaux assez longs qui manifestent les orientations assez différentes selon qu'il s'agit de migrantes ou de migrants. Les destinations rurales sont davantage, mais non exclusivement, choisies par les hommes, alors que les femmes préfèrent les directions urbaines, Dakar en particulier.

C. LA NUPTIALITE ET LES COMPORTEMENTS SEXUELS

Nous avons déjà évoqué les situations matrimoniales des jeunes adultes enquêtés. Nous pouvons toutefois donner quelques précisions complémentaires sur la nuptialité et son évolution, ainsi que sur les histoires matrimoniales. On sait que les taux de polygamie et de divortialité dans la population générale des Sereer de la zone sont très élevés (Michel GARENNE

et Etienne VAN DE WALLE, 1988). Il est utile de voir comment la situation peut changer, en particulier dans les groupes d'âge plus jeunes.

La nuptialité

1. LES SITUATIONS MATRIMONIALES

Les situations matrimoniales décrites ci-dessus (tableaux A 9) sont à considérer en tenant compte des groupes d'âge et du sexe. Ainsi le tableau C 1 est intéressant, car il montre que 52 % des femmes de 15 à 19 ans sont encore célibataires, alors qu'il n'en reste plus que 11 % chez les 20-24 ans. Ces chiffres pourraient traduire un recul de l'âge d'entrée en union pour les jeunes filles sereer. La plupart des mariages des hommes par contre sont plus tardifs, intervenant après l'âge de 25 ans, souvent encore après 30 ans. Les taux de polygamie sont relativement faibles chez les hommes avant l'âge de 40 ans.

Pour les femmes, l'interprétation du tableau est délicate, car les situations matrimoniales ne sont pas et ne peuvent pas toujours être connues avec précision. On parle ici du rang de la femme dans une union. La situation M1 peut donc désigner une femme épouse unique d'un mariage monogame ou première épouse d'une union polygame. Les chiffres reflètent donc de manière insuffisante l'importance de la polygamie chez les Sereer. Cependant on peut noter qu'on trouve déjà des personnes qui sont en union polygamique parmi les 15-19 ans, mais les proportions atteignent au moins 20 % pour les trois dernières tranches d'âge (25-29, 30-34, 35-39 ans). Dans les mêmes tranches d'âge, le nombre des femmes en situation de troisième épouse est assez faible.

2. LES CONJOINTS

Plusieurs tableaux non présentés décrivent les origines des conjoints et la connaissance éventuelle du premier conjoint avant le mariage (voir ci-dessous les données sur le premier partenaire). On peut retenir de ces tableaux que les premiers conjoints aussi bien que les deuxièmes sont originaires de la zone pour 85 % : les autres origines sont très limitées et

il s'agit de localités habitées par des migrants sereer dans le sud du Bawol, dans le Diégèm et dans différentes parties du Saloum.

Pour les personnes mariées, le conjoint est présent dans le village dans 75 % des cas, alors qu'un quart des personnes vivent au village sans leur conjoint. Il s'agit presque exclusivement de femmes dont le mari se trouve en migration saisonnière ou en séjour de longue durée.

3. LES MARIAGES CONTRACTES

Le tableau C 3 fournit une approche des situations matrimoniales, en précisant par groupe d'âge et par sexe le nombre de mariages contractés. On constate ici aussi le décalage important entre les femmes et les hommes quant à la date de première entrée en union. On note aussi que la moitié des femmes de 15-19 ans n'ont pas encore contracté de mariage. Si les femmes contractent plus tôt, en âge absolu, que les hommes un deuxième mariage, on observe par contre un passage plus rapide à la seconde union chez ces derniers.

4. LES COEPOUSES DES FEMMES

Le tableau C 4 nous présente un autre éclairage sur la situation matrimoniale des femmes. Pour 980 femmes qui ont répondu à la question, 57 % n'ont pas de coépouse connue ou reconnue. Un peu plus d'un quart ont une coépouse ; celles qui en déclarent deux, trois voire quatre sont respectivement 4,4 %, 0,8 % et 0,1 %. Cependant ces pourcentages sont à modifier en tenant compte des célibataires (12 %) qui doivent être écartées, ce qui donne pour les cinq premières catégories (0, 1, 2, 3, 4 coépouses) des pourcentages plus forts : 65 %, 29 %, 5 %, 0,9 % et 0,1 % respectivement.

5. LES HISTOIRES MATRIMONIALES

Les tableaux C 5 a, b, c et d demanderaient des commentaires détaillés. Pour leur lecture signalons que les unions successives sont mentionnées, dans l'ordre des mariages ; les abréviations désignent les célibataires jamais mariés (C), les mariages en cours (M), les mariages dissous

par divorce (D) ou par décès (V). Ainsi par exemple l'histoire décrite par les abréviations DVM correspond à celle d'une personne dont le premier mariage s'est terminé par un divorce, le deuxième par un décès du conjoint, la troisième union étant en cours.

Ces tableaux décrivent également les situations matrimoniales en manifestant des particularités pour les hommes et les femmes, mais aussi par groupes d'âge. On peut retenir que la situation la plus fréquente est de loin le mariage unique aussi bien pour les hommes que les femmes, si l'on excepte les célibataires (beaucoup plus nombreux chez les hommes).

Les comportements sexuels

Le principal résultat de notre enquête est que les comportements sexuels restent fortement régulés par des normes traditionnelles. Il semble que les relations sexuelles avant le mariage sont assez fréquentes, mais en ce cas elles précèdent souvent un mariage formel et les partenaires sont à peu près toujours des originaires du village ou d'un village voisin, que ces relations aient lieu en ville ou au village.

6. LES RAPPORTS SEXUELS

Les tableaux C 6 a et b sont expressifs et confirment la conclusion énoncée ci dessus à propos des rapports pré-conjugaux.

Sur 1 839 personnes qui ont répondu, 87 % déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Parmi les hommes, 22 % et parmi les femmes 5 % seulement disent ne pas en avoir eu. Ces chiffres sont à mettre en relation avec la proportion des célibataires (55 % des hommes et 13 % des femmes sont célibataires).

Si 78 % des 15-19 ans sont encore célibataires (il s'agit surtout des hommes), 41,3 % déclarent ne pas avoir eu de rapport sexuel. On peut donc conclure que les relations prémaritales sont assez communes.

7. L'AGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL

Des tableaux complexes qui ont été tirés il ressort toutefois que les premières relations sexuelles peuvent intervenir dès l'âge de 10 ans (4 F et 4 H) et 11 ans (5 F et 4 H). Pour 72 personnes, c'est à 12 ans, pour 92 à 13 ans, pour 158 à 14 ans. Le maximum des premiers rapports a lieu à 15 ans et 16 ans, pour 281 et 230 personnes (197 et 173 F). Le nombre des sujets dont le premier rapport a eu lieu après 15 ans décroît ensuite (169, 129, 83, 125, 32, 26, 39, 26, 35 personnes entre 16 et 25 ans. Le fort chiffre provient surtout de femmes chez qui il s'agit sans doute d'entrée en union. Pour 11 et 12 personnes, le premier rapport a lieu à 26 et 27 ans, puis, pour les âges plus tardifs, le chiffre devient très faible (1 à 3).

Le premier rapport sexuel a eu lieu dans la concession pour 672 cas. Il s'est déroulé souvent dans une autre concession (624 cas), en brousse (225 cas), ou ailleurs (37 cas). A cette époque le lieu de résidence était la concession familiale (849 cas), une autre concession du village (197), la concession familiale à Dakar (1), chez une autre famille à Dakar (43), une chambre louée en groupe à Dakar (50), une chambre louée personnellement à Dakar (43), à Dakar sans autre précision (17), en ville ailleurs qu'à Dakar (68), en milieu rural hors du village d'origine dans la concession familiale (49) ou chez une autre famille (129), ou ailleurs lors de travaux saisonniers (100).

8. LE PREMIER PARTENAIRE

Les tableaux C 8 a et b permettent de noter que pour les hommes et les femmes, les premiers partenaires sont différents. Pour les femmes, le premier partenaire est le mari dans 47,5 % des cas, un fiancé (23,3 %), ou un ami d'enfance (50,8 %). Pour les hommes, la première partenaire n'est qu'assez rarement une future épouse (19 % des cas) ; c'est bien plus souvent une amie (51 %) ou une fiancée (23 %). Le premier partenaire est très rarement un parent (cousin ou cousine) : 3 % chez les femmes, 1,5 % chez

les hommes. Seuls les hommes déclarent des premiers partenaires inconnus avant le premier rapport (3,6 %), des personnes déjà mariés (1 %) ou des autres (0,8 %).

Pour la connaissance du premier partenaire, la situation est un peu moins contrastée suivant le sexe. Ainsi 8 % des femmes, et seulement 3 % des hommes n'ont connu leur premier partenaire que le jour même de leur premier rapport sexuel : il s'agit surtout dans ce cas de mariages pour des femmes plus âgées, mais pas exclusivement ; il peut également s'agir d'une relation sexuelle durant un séjour en ville. Vingt pour cent des femmes et dix pour cent des hommes ont connu leur premier partenaire lors des fiançailles, mais avant le premier rapport. Les femmes et les hommes connaissant leur partenaire depuis plus d'une année avant le premier rapport sont environ 9 % pour les unes (F) et les autres (H). La grande majorité des personnes l'ont connu depuis l'enfance (63 % des F et 78 % des H).

On remarque donc à quel point le choix du premier partenaire s'opère dans le cercle ethnique et villageois.

9. LES PARTENAIRES DURANT LA VIE SEXUELLE

Les données sur le nombre de partenaires durant l'ensemble de la vie sexuelle indiquent que les femmes ont très peu de partenaires durant leur vie sexuelle. Environ 5 % n'ont eu aucun partenaire, 43 % en ont eu un seul, 39 % en ont eu deux, 15 % trois, 5 % quatre, 1,4 % cinq. Une femme a déclaré 6 partenaires, et deux seulement des partenaires multiples. Pour les hommes par contre, les proportions sont différentes :

	Femmes	Hommes
0 partenaire	5,2 %	22,9 %
1 partenaire	43,0 %	17,0 %
2 partenaires	29,9 %	15,3 %
3 partenaires	15,2 %	11,4 %
4 partenaires	5,1 %	8,7 %
5 partenaires	1,4 %	8,6 %
6 partenaires	0,1 %	4,8 %
Plus de 6 partenaires	0,2 %	11,3 %

Le tableau C 9 permet de noter que les partenaires réguliers de la vie sexuelle ne dépassent guère deux pour les hommes, et trois pour les femmes.

10. LA DATE DU DERNIER RAPPORT SEXUEL

Le tableau C 10 distingue suivant le sexe et la situation matrimoniale, la date du dernier rapport. Les personnes qui ont eu des relations sexuelles le jour même (catégorie 0), ou durant la dernière semaine (catégories 1 et 2) dépassent 50 % chez les femmes et 35 % chez les hommes. On constate qu'un nombre beaucoup plus grand d'hommes déclare des périodes d'abstinence assez longues (1-2 semaines, plusieurs mois, voire plus d'un an).

11. LES RAPPORTS LORS DU DERNIER MOIS

Le tableau C 11 donne la fréquence des rapports durant le dernier mois, suivant le sexe et la situation matrimoniale. Pour la compréhension du tableau, signalons que la fréquence est groupée de la manière suivante : 0 = aucun rapport, 1 = rare, une fois durant le mois, 2, 3, 4, 5, 6 = deux, trois, quatre, cinq, six fois, 7 = sept ou plus, 8 = quotidien. On note que l'espacement des rapports paraît relativement grand et que les relations quotidiennes ou pluri-hebdomadaires sont plus nombreuses chez les femmes.

12. LES PARTENAIRES DU DERNIER MOIS

Dans le tableau C 12, on observe que l'énorme majorité des femmes n'a eu aucun partenaire (24 %) ou un seul partenaire (75 %). Pour les hommes, on obtient 50 % qui n'ont eu aucune partenaire, 41 % une seule, 7,1 % deux, 1,4 % trois, 0,6 % quatre et 0,1 % cinq. Précisons qu'il s'agit presque exclusivement de partenaires réguliers. La prise en compte de la date de l'enquête est indispensable pour l'interprétation du tableau et pour l'appréciation de l'effet de saisonnalité qui peut influencer sur le nombre des rapports et des partenaires.

13. LES RAPPORTS DE LA DERNIERE ANNEE

Pour la compréhension du tableau C 13, on doit signaler qu'on a regroupé les fréquences indiquées en chiffres. Cependant, il y a eu un certain nombre de non réponses, ce qui explique des chiffres inférieurs à ceux obtenus pour les rapports lors du dernier mois. Les catégories correspondent à aucun rapport (0), 1-5 rapports(1), 6-10 (2), 11-30 (3), 31-60 (4), 61-100 (5), 101-150 (6), 151 et plus (7).

On remarque dans le tableau que les fréquences sont très différentes pour les hommes et les femmes. 17 % des femmes entrent dans la catégorie 4, et 48 % dans la catégorie 5, et les femmes ayant plus de 100 rapports pendant la dernière année sont environ 12 %. Par contre chez les hommes, 61,4 % déclarant avoir eu aucun rapport, 36,7 % des rapports très épisodiques (moins de 30), et très peu des rapports fréquents. Il est probable que pour les hommes plus âgés et installés au village, la situation change considérablement et que les rapports sont beaucoup moins espacés.

On a insuffisamment exploité les renseignements recueillis à propos de la saisonnalité des rapports, mais il est apparu évident, à la seule consultation des questionnaires, que la période des travaux agricoles intensifs coïncide avec une diminution de la fréquence des relations sexuelles.

14. LES PARTENAIRES DE LA DERNIERE ANNEE

Les tableaux C 14 a, b et c, qui concernent le nombre des partenaires et des partenaires réguliers par sexe, au cours de la dernière année, sont à mettre en relation avec ceux qui traitent des partenaires de l'ensemble de la vie sexuelle (qui ne sont pas donnés ici sauf le tableau C 9 sur les partenaires réguliers de la vie sexuelle).

On observe des proportions similaires bien qu'inférieures pour la dernière année. Pour les partenaires réguliers, 87,5 % des femmes n'en ont eu qu'un seul au cours de la dernière année, et 75 % deux durant leur vie sexuelle. Pour les hommes, 39 % ont eu un seul partenaire régulier et 6 % deux.

Le nombre total des partenaires de la dernière année varie beaucoup selon le sexe. La très grande majorité des femmes déclare n'avoir qu'un seul partenaire durant la dernière année (84 %) ou aucun (7,6 %), 8 % en citant deux, 4 femmes seulement en évoquant 3 ou plus. Pour les hommes la proportion de ceux qui n'ont pas eu de partenaires est forte (28,7 %) ; le nombre total annuel reste limité : 40,7 % avec une partenaire, 14,5 % avec deux, 6,6 % avec trois, 3,8 % avec quatre, 2,8 % avec cinq, 1,5 % avec six partenaires, et 11 personnes parlant de plus de six. On peut conclure, en comparant les tableaux 14, que les partenaires occasionnels semblent très rares chez les femmes, mais sont bien plus nombreux chez les hommes.

D. FECONDITE ET CONTRACEPTION : CONNAISSANCES ET PRATIQUES

Les tableaux suivants manifestent que la préoccupation majeure des Sereer est de s'assurer une grande descendance. Les pratiques contraceptives sont très peu connues, en dépit des séjours dans la ville, où existent pourtant des canaux d'information. Leur utilisation est encore très peu répandue, dans un contexte où le souhait assez unanime est d'avoir une nombreuse postérité. Cela est fortement confirmé par le fait que les problèmes de stérilité entraînent des recours à toutes les méthodes de soins, et que l'infécondité est vécue comme un profond malheur.

Fécondité

Les trois tableaux suivants (D 1, D 2 a et D 2 b), ainsi qu'un tableau sur les enfants désirés (non reproduit ici) manifestent assez clairement les idéaux en oeuvre chez les jeunes sereer : aussi bien le nombre d'enfants déjà nés que le nombre d'enfants souhaités est assez élevé. Les résultats des trois premiers tableaux sont discutables car les chiffres ne concordent pas absolument avec ceux des observations démographiques exhaustives et continues effectuées dans la zone. Néanmoins ils indiquent l'importance de l'idéal de fécondité qui reste dominant. Mais un contraste notable se dégage entre les hommes pour qui l'idéal de fécondité reste très

généralisé, et les femmes qui désirent sans doute souvent un nombre assez élevé d'enfants, mais souhaitent limiter leurs enfants à 6 au maximum, dans 30 % des cas.

1. LE NOMBRE TOTAL DES ENFANTS

Le tableau D 1 donne le nombre total d'enfants selon le sexe. Les nombres obtenus pour les femmes sont supérieurs à ceux des hommes à cause de l'entrée en union bien plus précoce, mais on note qu'ils sont forts et que parmi les femmes qui ont déjà eu des enfants, les chiffres sont à peu près constants de un jusque six enfants ; ils diminuent ensuite mais assez lentement.

2. LE NOMBRE DES ENFANTS VIVANTS

Le tableau D 2 a ne retient que les enfants vivants selon le sexe. Il mérite d'être confronté au tableau précédent, mais pour une interprétation pertinente divers facteurs doivent être pris en compte pour apprécier les pourcentages des enfants décédés. Il conviendrait d'effectuer une analyse plus détaillée qui mettrait en relation les données des deux tableaux.

Le tableau D 2 b fournit une répartition du nombre d'enfants vivants selon le sexe et la situation matrimoniale. Des commentaires détaillés peuvent être faits à son propos, mais nous ne retenons ici que le faible nombre des hommes et des femmes célibataires ayant des enfants vivants. Le phénomène des grossesses et des naissances avant le mariage est occulté ici parce que la naissance a, dans ce cas, été suivie le plus souvent par un mariage. Pour les hommes surtout, les effectifs sont insuffisants pour évoquer les relations entre la fécondité et le statut matrimonial.

3. LES ENFANTS DESIRES

La réponse la plus courante qui a été donnée est classique dans les sociétés africaines : 62 % des hommes, mais 38 % des femmes seulement désirent le nombre d'enfants que Dieu leur accordera. Ainsi les femmes

sont plus sensibles à un choix du nombre d'enfants. Comme on l'a noté en introduction à ces derniers tableaux, un pourcentage non négligeable de femmes limitent ce choix à 6 enfants ou moins. Pour les hommes, 14 % seulement souhaitent moins de 10 enfants, le chiffre de 10 étant cité dans 13,4 % des cas. Avant leur mariage, les célibataires désirent moins d'enfants que ceux qui sont déjà mariés.

Contrôle des naissances

La connaissance et l'utilisation des méthodes de contraception ou de limitation des naissances sont très peu répandues, comme on peut le constater à la lecture des tableaux qui sont présentés ci-dessous. Si l'utilisation passée est assez rare, par contre il semble exister une certaine demande de la part des femmes qui se disent prêtes à employer, dans des cas précis, des méthodes contraceptives.

4. LA CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION TRADITIONNELLE

Plusieurs tableaux (D 4 a, b, c et d) évoquent la connaissance des méthodes de contraception traditionnelle.

Le tableau D 4 a souligne des différences nettes entre les hommes et les femmes. Il indique que 44 % des femmes et 69 % des hommes déclarent ne connaître aucun moyen pour éviter les naissances. L'usage des racines est cité par les femmes (15 %) et les hommes (16 %) qui évoquent aussi les arbres ou les plantes (11,5 %). Les autres moyens sont peu connus des hommes. Par contre les femmes parlent surtout des amulettes (36,5 %) et très peu d'autres moyens.

Les tableaux D 4 b et d sont difficiles à interpréter, mais ils peuvent laisser supposer que les différences selon les religions ne sont guère significatives. Néanmoins les catholiques (catégorie 8) seraient un peu moins informés que les *mourid* à propos des méthodes traditionnelles.

Le tableau D 4 c donne une répartition des hommes et des femmes selon l'âge et la connaissance de la contraception traditionnelle. On cons-

tate que, pour les deux sexes, la proportion de ceux qui ne connaissent aucun moyen diminue avec l'âge, mais que les pourcentages des hommes sont nettement plus forts. Pour les méthodes citées, elles sont mieux connues quand on avance en âge.

5. LA CONNAISSANCE DES METHODES DE CONTRACEPTION MODERNES

Les tableaux D 5 a, b, c et d ont trait à la connaissance des moyens de contraception modernes. 75 % des enquêtés n'en connaissent aucun, soit 64 % des femmes et 89 % des hommes. Les moyens cités par les femmes sont surtout la pilule seule (27,8 %), la pilule et le préservatif (1,3 %), le stérilet et la pilule (1,8 %), le préservatif, stérilet et pilule (0,5 %), les injections ou le planing évoqué de manière vague (3,5 %). Les hommes connaissent le préservatif (6,2 %), la pilule (1,6 %), le préservatif et la pilule (2,7 %). Ces résultats témoignent d'une connaissance assez faible des méthodes modernes.

Les tableaux D 5 b et d évoquent la connaissance des moyens modernes selon le sexe et la religion. Il n'est pas possible d'en tirer des conclusions assurées. Il semblerait qu'il n'y ait presque aucune différence chez les hommes, alors que chez les femmes les *mourid* (catégorie 3) seraient un peu mieux informées.

Le tableau D 5 c évoque la connaissance de la contraception moderne selon le sexe et l'âge. Il nécessiterait des commentaires détaillés, mais il apparaît qu'avant 20 ans (donc pour beaucoup de filles qui ont déjà fait des séjours en ville, à Dakar) les connaissances sont très faibles. On note que pour les hommes comme pour les femmes, la proportion des ignorants en la matière diminue mais pas toujours de manière régulière.

6. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Les tableaux D 6 a et b parlent des canaux de l'information sur la contraception traditionnelle. Pour les hommes, ce sont presque uniquement les vieux qui les ont informés (29,3 %). Pour les femmes par contre, elles ont appris l'existence des méthodes traditionnelles par des voies plus di-

verses : parents proches (2,3 %) ou parents (6,1 %), vieilles (19,2 %), amies de même âge (5,9 %), par des femmes (6,1 %), lors de causeries publiques (16 %).

Les différences selon le sexe et l'âge semblent assez peu significatives.

7. L'UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION

Les tableaux D 7 concernent l'utilisation passée de la contraception. Ainsi par sexe, on note que très peu de personnes ont eu recours à une quelconque méthode traditionnelle ou moderne (91,6 % des femmes et 97,1 % des hommes). Pour les premières, les seuls moyens traditionnels (codes 11 = racines, 12 = amulettes, 15 = autre) ont été utilisés par 1,5 % d'entre elles, un ou deux moyens modernes par 7 % des femmes (21= préservatif, 22=stérilet, 23=pilule, 25=préservatif+pilule, 26=stérilet+pilule, 27=stérilet+pilule+ préservatif, 28= autre).

Selon la situation matrimoniale, on note grâce aux tableaux D 7 b et c, des fréquences à peu près égales, avec une très légère indication qui laisserait supposer que les très rares utilisatrices d'un quelconque moyen de contraception se trouvent peut-être davantage parmi les secondes épouses que chez les premières. Chez les hommes, les utilisateurs sont surtout célibataires : sur 23 utilisateurs, 17 sont célibataires, 16 ayant utilisé le préservatif) ; 6 autres utilisateurs sont mariés à une seule épouse et 5 d'entre eux connaissent le préservatif.

Suivant le tableau D 7 d, on n'observe pas de différences très significatives selon l'appartenance religieuse, le nombre des utilisatrices étant proche de la moyenne pour les trois principales confessions (7 % chez les *mourid*, 4 % chez les *tidjan*, 5 % chez les catholiques).

Les tableaux D 7 e et f complètent le tableau sur l'utilisation selon la situation matrimoniale. On voit ici que les utilisateurs se situent surtout dans les tranches d'âge de 20-24 et 25-29 ans. Les différences pour le choix des moyens utilisés selon l'âge sont à mettre en relation avec le

sexe des utilisateurs. Mais il reste impossible de tirer des conclusions très assurées, car les utilisateurs ou utilisatrices sont trop peu nombreux.

8. L'UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

Parmi les femmes, 45 % excluent la possibilité d'une utilisation future de la contraception sous quelque forme que ce soit, alors que presque tous les hommes (96,4 %) déclarent l'exclure totalement. Notons que ce chiffre est à peine inférieur à celui des hommes qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives par le passé.

Les cas où l'on accepterait le recours à un moyen contraceptif sont les problèmes de grossesse (0,9 % de femmes pour 0,7 % d'hommes), les accouchements difficiles (7,1 % F et 0,2 % H), le souhait d'espacer les naissances (7,5 % F et 0,2 % H), les maladies ou la fatigue (11,3 % F, 0,2 % H), l'âge (10,1 % F, 0,1 % H), un ensemble de raisons citées ci-dessus (1,6 % F et 0,4 % H), sans raison précise (15,9 % F et 1,1 % H), la volonté d'éviter une grossesse hors mariage (0,5 % F et H).

A la lecture du tableau D 8 b, l'acceptation future d'un moyen de contraception est un tout petit peu plus importante chez les hommes célibataires que chez les mariés, alors que chez les femmes, la proportion des consentantes serait un peu moindre chez les célibataires que chez les premières épouses et surtout chez les deuxièmes épouses.

A propos de la religion, les tableaux D 8 c et d suggèrent que les femmes catholiques seraient moins disposées à recourir à la contraception (57 % de refus) que les *mourid* (43 %) et les *tidjan* (44 %). Mais chez les hommes, les acceptations sont trop rares pour établir une relation significative entre la religion et l'utilisation future de la contraception.

Le tableau D 8 e complète le tableau D 8 b dont il récapitule les données pour l'ensemble des enquêtés. Il ne nécessite pas de commentaires particuliers.

Les tableaux D 8 f et g, qui traitent de l'utilisation éventuelle de la contraception selon le sexe et l'âge des enquêtés, sont également complé-

mentaires des tableaux précédents. On y observe la disponibilité très grande des femmes par rapport à une utilisation des méthodes de contraception, dans les conditions notées ci-dessus. Les conditions citées pour un emploi éventuel varient légèrement suivant les âges, les femmes plus jeunes craignant davantage des grossesses et des accouchements difficiles ou des naissances trop rapprochées, alors que les plus âgées l'emploieraient plus à cause des maladies, de la fatigue et de l'âge. Par contre pour les hommes on note surtout le rejet encore extrêmement fort de toute forme de contraception. Il est possible de conclure en remarquant que les demandes sont assez explicites chez les femmes, mais semblent à peu près inexistantes chez les hommes sereer.

Les données recueillies lors de notre enquête ne sont pas encore dépouillées dans leur totalité, et divers autres tableaux mériteraient d'être établis, commentés et pris en considération. Néanmoins, les résultats obtenus permettent une meilleure connaissance de la population des jeunes adultes sereer : la mobilité, les régimes matrimoniaux, les comportements sexuels, les connaissances et les pratiques en matière de fécondité et de contraception ont été décrits avec détail. La connaissance de la situation actuelle que nous avons ainsi acquise peut servir pour élaborer des politiques d'éducation et d'information nouvelles, dont l'objectif est d'éviter la diffusion des maladies sexuelles - du SIDA en particulier- vers un milieu rural qui reste encore relativement épargné aujourd'hui. Avec les autres connaissances, relatives à la culture sereer et aux attitudes en matière de santé, il est également possible de favoriser l'émergence de pratiques neuves et acceptées par les hommes et les femmes confrontés à la maladie, en faisant participer à leur niveau les divers acteurs sociaux.

E. REPRESENTATION DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISES. LES CONNAISSANCES ET LES RECOURS THERAPEUTIQUES

Comme nous l'avons dit ci-dessus, un questionnaire spécifique a été utilisé auprès des jeunes adultes pour mieux connaître les représentations

traditionnelles autour des maladies sexuelles, ainsi que les recours thérapeutiques choisis par les malades.

Nous ne pouvons pas encore donner les résultats de cette enquête qui est en cours d'exploitation, mais on peut d'ores et déjà souligner que les informations obtenues sont éclairantes.

Nous avons établi une codification des symptômes évoqués pour les principales maladies sexuelles connues chez les Sereer. On est loin de trouver toujours des signes qui correspondent aux signes cliniques des MST de la nosographie bio-médicale. De plus, les personnes enquêtées soulignent souvent, à propos du mode de transmission des maladies, leur caractère héréditaire et parfois leur origine mystique.

D'autre part, les données sur les recours thérapeutiques et les méthodes de soins semblent également présenter un intérêt : elles seront recoupées avec les renseignements qui ont été fournis par les guérisseurs traditionnels.

PERSPECTIVES

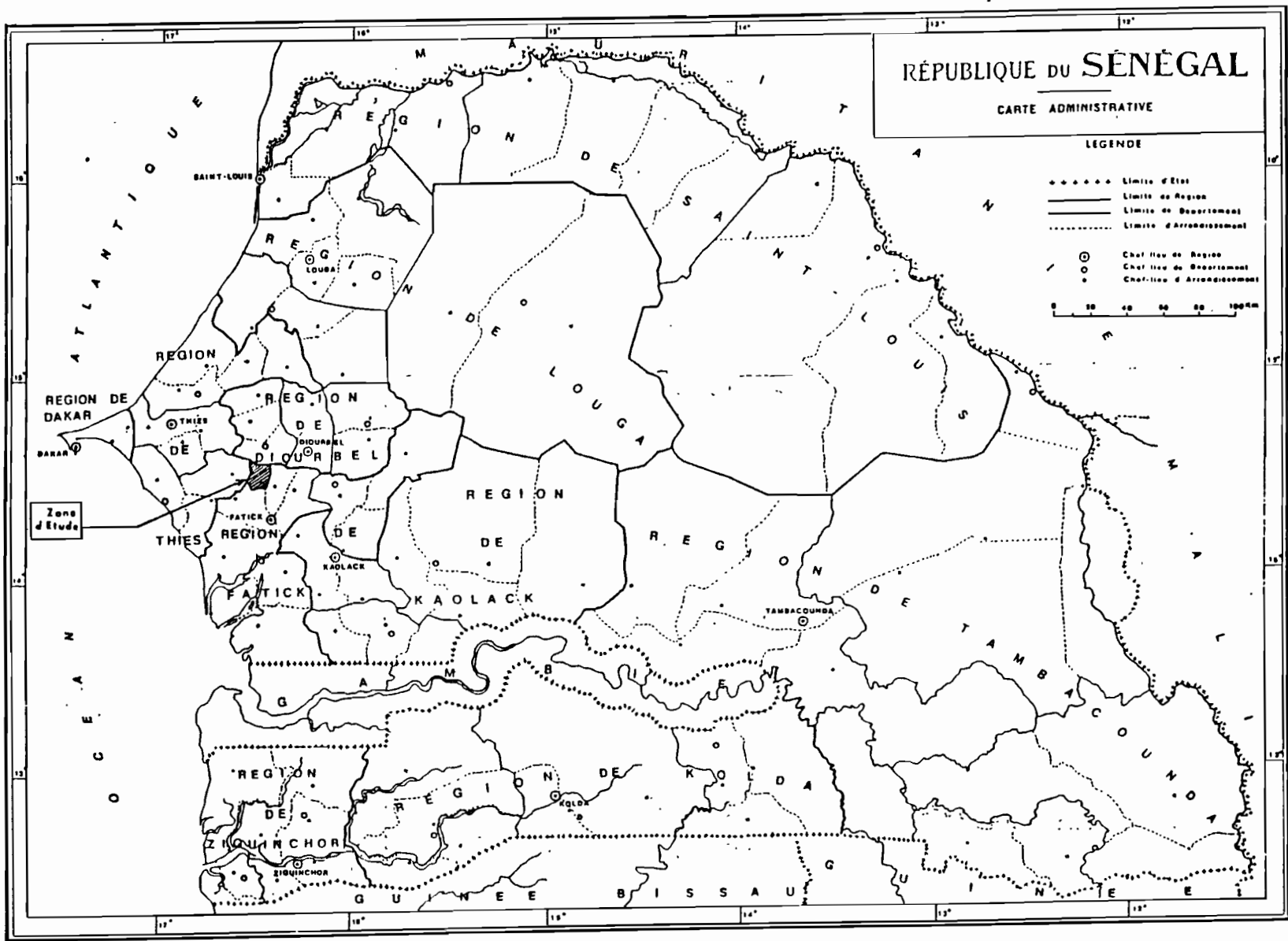
Le rapport présenté ici a fourni un état d'avancement des travaux au cours de l'année 1990. Il décrit les opérations de recherche menées et les rédactions en cours. On constate, à la lecture du rapport même, des tableaux statistiques donnés dans un fascicule séparé, des annexes jointes, que les études et les travaux de l'année 1991 seront multiples. Les renseignements chiffrés, relativement abondants ici, ont déjà été complétés voire corrigés par des enquêtes plus qualitatives qui seront privilégiées au cours des prochains mois. J'espère ainsi aboutir dès la fin de 1991 à une série d'études dont les premières ébauches ont été proposées et se trouvent soumises aux critiques et observations du lecteur.

REMERCIEMENTS

Il m'est agréable de remercier tous ceux qui ont pris part à notre étude, par une participation effective lors des phases de collecte ou d'exploitation, ou par les suggestions, les conseils et le soutien qu'ils ont fournis.

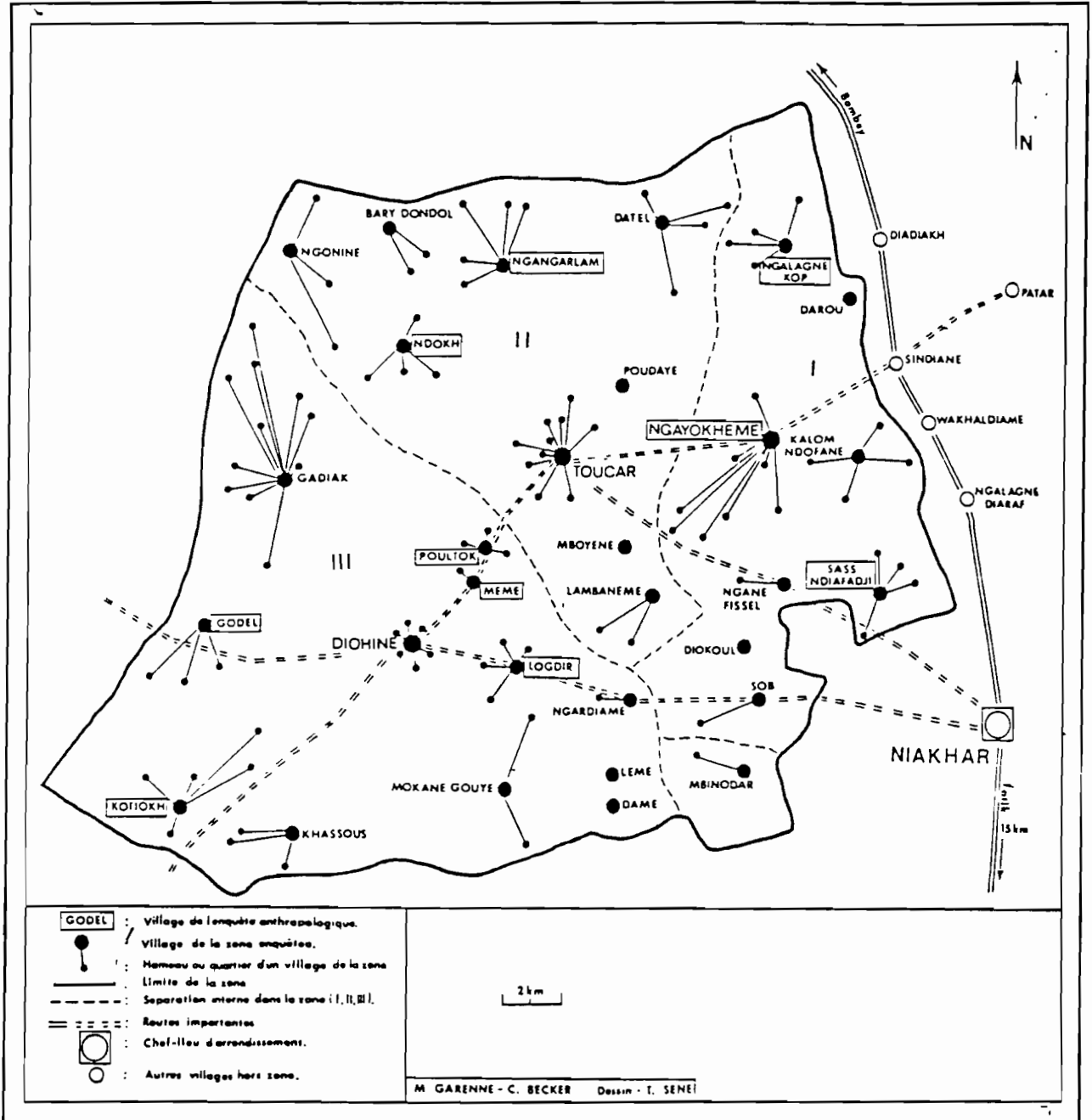
Outre l'ensemble de l'équipe médicale et technique de l'ORSTOM travaillant dans la zone de Niakhar, ainsi que les collaborateurs cités dans mon protocole de recherche, je dois mentionner tout particulièrement :

- * les enquêteurs, Néné SARR-BADJI, Ndeye POUYE, Mahékor DIOUF, Modou NDAO et Marie KAMA, les superviseurs, Ernest FAYE, Bassirou FALL et Joseph DIATTE, les informateurs Tekheye DIOUF et Guedj FAYE, et le chauffeur Etienne NDONG**
- * Marie-Emmanuelle EZAN, Aldiouma DIALLO et Pierre LEMARDELEY, qui ont pris part à l'enquête aux différentes étapes**
- * Marie SANE et Pape COULIBALY, qui ont assuré la codification et la saisie des questionnaires**
- * Emile Timague NDIAYE, qui a supervisé les opérations de codage**
- * Emille NDIAYE, qui a réalisé la dactylographie de diverses annexes de ce rapport**
- * Tidiane SENE qui a revu les diverses cartes de la zone**
- * Ousmane NDIAYE qui a pris une part déterminante dans l'exploitation informatique de l'enquête anthropologique.**



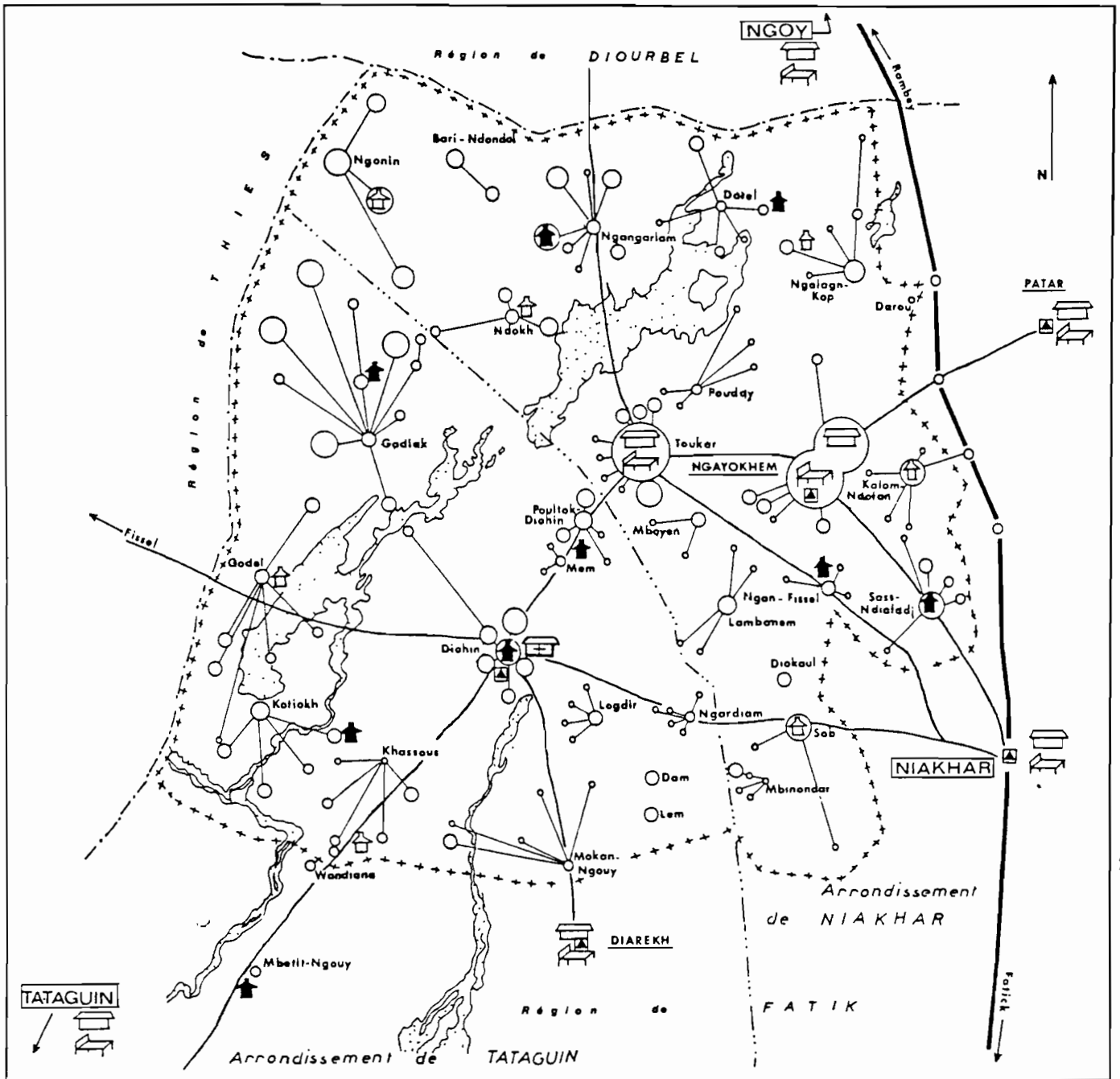
CARTE 2

LES VILLAGES DE L'ENQUETE ANTHROPOLOGIQUE
ET LA ZONE DE NIAKHAR



CARTE 3 :

EQUIPEMENT SANITAIRE DE LA ZONE DETUDE



LEGENDE

PEUPEMENT ET EQUIPEMENTS SANITAIRES

- : Limite region
- - - - : Limite arrondissement
- + + + + + : Limite zone de enquête
- : Forage
- : Bas-fonds inondables
- : Piste en latérite
- : Piste principale en sable
- NIAKHARI** : Sous-préfecture
- NGAYOKHEM** : Chef-lieu de communauté rurale
- Toukar : Village avec hameaux et quartiers

- : Nombre de concessions par hameau et quartier
- : Poste de santé (public)
- : Poste de santé (privé)
- : Maternité
- : Case de santé
- : Case détruite ou en très mauvais état

O R S T O M JUIN 1988

Dressée par A. STRAGIOTTI Dessin : I. SENE

0 1 2 km

**ETUDE ANTHROPOLOGIQUE SUR LES MIGRATIONS, LA
NUPTIALITE ET LES COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ
LES SEREER DU SENEGAL**

ANNEXES

RAPPORT ANRS 1990

Charles BECKER

ORSTOM - CNRS

DAKAR - JANVIER 1991

I N T R O D U C T I O N

Ce fascicule d'annexes ne comporte que les annexes 1, 3, 4, 5 et 6.

L'annexe 2, qui est plus longue, est présentée sous forme d'un fascicule séparé.

TABLE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Les questionnaires de l'enquête anthropologique et de l'enquête épidémiologique	14 p.
Annexe 3 : Les entretiens avec les thérapeutes sereer	1-25 p.
Annexe 4 : Les résultats de l'enquête séro-épidémiologique	1-3 p.
Annexe 5 : L'IEC : Perspectives historiques et anthropologiques	1-8 p.
Annexe 6 : L'étude sur les migrants en situation urbaine	12 p.

ANNEXE 1

LES QUESTIONNAIRES DE L'ENQUETE ANTHROPOLOGIQUE

ET DE L'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

25. Connaissez-vous Dakar ? OUI NON |__|

26. Quelle autre ville connaissez-vous ?

FATIK BAMBEY KAOLAK KAFRINE THIES MBOUR DIOURBEL TOUBA TIVAOUANE

ZIGUINCHOR SLOUIS JOAL RUFISQUE AUTRES: |__|

Décrivez :

27. Quel(s) pays étranger(s) connaissez vous : _____ |__|

DERNIERS DEPLACEMENTS

Au cours de la dernière année et depuis le retour au village, êtes-vous parti en ville ? OUI NON

Où et combien de fois pour un seul jour ? : _____

28. Où et combien de fois pour plusieurs jours ? : |__|

Lieu	Durée	Motif

Au cours de la dernière année ou depuis le retour au village êtes-vous parti en zone rurale ? OUI NON

Où et combien de fois pour un seul jour ? _____

29. Où et combien de fois pour plusieurs jours ? : |__|

Lieu	Durée	Motif

30. Fréquentez-vous les marchés hebdomadaires de la région? :

JAMAIS MOINS D'1/SEM UNE FOIS PAR SEMAINE PLUS D'1/SEM |__|

si oui, lesquels chaque semaine : _____

lesquels parfois : _____

31. Pourquoi ? |__| |__| |__|

32. Allez-vous quitter le village prochainement ? OUI NON |__|

33. Quand : _____ |__| 34. Destination : _____ |__| |__| |__|

Durée prévue du séjour : _____ Motif : _____

FICHE MIGRATIONS ET SEJOURS RECENTS

Enquêteur ! _ ! _ !

Date ! _ ! _ ! _ ! _ ! _ !

Nom _____

Identité ! _ ! _ ! _ ! _ ! _ !

Saisons Années	Lieu précis	Chez qui	Dates approxi- matives	Motifs	Lieu	V	I	S	I	T	E	S
								Durée-dates		Motifs		
Saison sèche 90/91												
Hivernage 90												
Saison sèche 89/90												
Hivernage 89												
Saison sèche 88/89												
Hivernage 88												
Saison sèche 87/88												
Hivernage 87												
Saison sèche 86/87												
Hivernage 86												

ORSTOM - UR POPULATION ET SANTE

PROGRAMME SIDA

JEUNES ADULTES ET SEXUALITE

1. Enquêteur !__!__!

2. Date !__!__! !__!__! !__!__!

6. Ident !__!__! !__!__! !__!__! 7. Sexe !__!
8. Age !__!__! ou Date naissance !__!__! !__!__! !__!__!
10. Situation matrimoniale !__!__!
13. Conjoint PRES ABS !__!

HISTOIRE MATRIMONIALE

14. Nombre de mariages contractés !__!__! 15. Si Femme, nbre de coépouses !__!
16. Histoire matrimoniale précise : !__!__! !__!__! !__!__! !__!__! !__!__!
17. Origine du premier conjoint : !__!__! !__!__!
18. du deuxième conjoint : !__!__! !__!__!
19. du troisième conjoint : !__!__! !__!__!
20. du quatrième conjoint : !__!__! !__!__!
Décrivez :

VIE SEXUELLE ACTUELLE ET PASSEE

21. Avez-vous eu déjà des relations sexuelles ? OUI NON !__!
22. Quand avez-vous eu votre dernier rapport ? __ Jour __ Sem. __ Mois __ An !__!

AU COURS DU DERNIER MOIS

23. Fréquence des rapports 0 1 2 3 4 5 6 7 + Quotidien !__!
24. Nombre total de partenaires : _____ !__!__!
25. Type de partenaire REGULIER !__!__! OCCASIONNEL !__!__! !__!

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

26. Nombre des rapports pour l'an : !__!__! !__!__!
Fréquence habituelle de vos rapports sexuels :
27. Au village 0 RARE 1/MOIS 2/MOIS 3/MOIS 4/MOIS 5 6 + quotidien !__!
28. En ville 0 RARE 1/MOIS 2/MOIS 3/MOIS 4/MOIS 5 6 + quotidien !__!
29. En zone rur. 0 RARE 1/MOIS 2/MOIS 3/MOIS 4/MOIS 5 6 + quotidien !__!
30. Nombre total de partenaires : !__!__! !__!__!
31. Types de partenaire REGULIER !__!__! OCCASIONNEL !__!__! !__!

Y a-t-il des périodes où les rapports ont été plus ou moins nombreux ? Lesquelles ?

Y a-t-il eu des périodes d'abstinence ? Lesquelles ?

PREMIERS RAPPORTS

- 32. A quel âge avez-vous eu les premiers rapports ? !__!__! !__!__!
- 33. Où était-ce ? DANS LA CONCESSION AUTRE MAISON BROUSSE HOTEL !__!
- 34. Où viviez-vous alors ? VILLAGE DAKAR AUTRE VILLE RURAL
- Chez qui ? MAISON AUTRE FAMILLE GROUPE VILLAGE LOCAT. RELIG. AUTRE !__!__!
- 35. Avec qui ? (Détaillez) !__!
- 36. Depuis combien de temps connaissiez vous votre partenaire ? !__!

ENSEMBLE VIE SEXUELLE

- 37. Nombre total de partenaires : !__!__! !__!__!
- Décrivez :
- 38. Types de partenaire REGULIER !__!__! OCCASIONNEL !__!__! !__!
- 39. Où avez-vous rencontré les partenaires occasionnels ? (fêtes, voyages, bar, hôtel, autre _____) !__!

CONTROLE DES NAISSANCES

- 12. Combien avez vous eu d'enfants ? !__!__! 13. Combien sont vivants ? !__!__!
- 14. Combien d'enfants désirez-vous ? !__!__! _____ !__!__!
- 15. Il existe des moyens traditionnels pour éviter d'avoir des enfants. En connaissez-vous ?
- Lesquels ? _____ !__!
- 16. Comment ou par qui en avez-vous entendu parler ? _____ !__!
- 17. Avez-vous entendu parler d'autres moyens pour éviter d'avoir des enfants ? (preserv., stér., etc.)
- Lesquels ? _____ !__!__!
- 18. Pensez-vous que dans certaines circonstances vous pourriez utiliser ces moyens ? !__!
- 19. Avez-vous déjà utilisé un de ces moyens ?
- Lequel ? _____ !__!__!

FICHE CONNAISSANCE DES MST ET ANTECEDENTS

Enquêteur : ! _ ! _ !

Date : ! _ ! _ ! _ ! _ ! _ !

Age : ! _ ! _ !

Identité : ! _ ! _ ! _ ! _ ! _ !

	Mboot	Kurfeting	Socet	Syphilis	Sida	Autres
Avez-vous entendu parler de cette maladie ? Quels signes connus ?						
Comment attrape-t-on cette maladie ?						
Avez-vous déjà eu cette maladie ? Quand ?						
Etes-vous guéri ?						
Où êtes-vous allé consulter ? (village ou ville)						
Qui avez-vous consulté ? (guérisseur, infirmier, autre)						
Peut-on éviter cette maladie ? Comment						

BILLET DE CONSULTATION

OUI

NON

ORSTOM - UR - POPULATION ET SANTE
PROGRAMME SIDA

DAKAR
JANVIER 90

BILLET CONSULTATION MST

Enquêteur : !__!__!
Date de la demande : !__!__!__!__!__!__! _____
Village : !__!__! _____
Concession : !__!__!__! _____
Patient : !__!__!__!__!__!__! _____
Sexe : !__! Date naissance : !__!__!__!__!__!__!
Situation Matrimoniale : !__!__!
Objet : _____

Date de la visite : !__!__!__!__!__!__! Médecin : _____
N° Dossier : !__!__!__!

ORSTOM
UR POPULATION ET SANTE

PROGRAMME SIDA

Enquêteur : !__!__!
Date visite : !__!__!__!__!__!__!

CONTROLE ANOMALIE DU FICHER DES RESIDENTS

Nom, prénom : _____ Sexe : !__! Naissance : !__!__!__!__!__!__!
Village : !__!__! Concession : !__!__!__! Identité : !__!__!__!__!__!
Nature de l'anomalie constatée : _____

Observations contrôleur : _____

ORSTOM
UR POPULATION ET SANTE

PROGRAMME SIDA

F I C H E A B S E N C E

- 1. Enquêteur : !__!__!
- 2. Répondant : _____ Parenté avec absent : _____ !__!__!
- 3. Date enquête : !__!__!__!__!__!__!
- 7. Identité : !__!__!__!__!__! 8. Prénom, nom : _____
- 9. Sexe : !__! 10. Naissance : !__!__!__!__!__!__! 11. Ethnie : !__!__!
- 12. Village : !__!__! 13. Concession : !__!__!__!
- 14. Situation matrimoniale : !__!__! 15. Conjoint : PRESENT ABSENT : !__!
- 16. Date de départ : _____ !__!
- 17. Destination précise : _____ (Si HZ : village+arrondt.ou ville+quartier ; si Z : village + concession) !__!__!__!
- 18. Motif :
Expliquez :
- 19. Type d'absence : visite migration séjour autre :

ABSENCE DE LONGUE DUREE (Migrations ou séjours annuels).

- 20. Lieu de résidence : Parent Ami Location Autre _____ (Précisez) !__!__!
- 21. Combien de visites depuis départ ? 0 .../sem .../mois .../an !__!
- 22. Retour au village prévu le _____ !__!
- 23. Pour : visite définitif autre _____ !__!

ABSENCE DE COURTE DUREE

- Absent depuis quand ? : !__!__! mois !__!__! semaines !__!__! jours
- Destination : _____ Motif : _____
- Si absence régulière, combien de fois : .../sem. .../mois .../an

- 24. Combien de saisons sèches hors village ? : 0 1 2 3 4 5 +
dont : !__!__! en ville !__!__! à Dakar !__!__! en zone rurale !__!__!__!
Décrivez :

- 25. Combien d'hivernages hors village ? : 0 1 2 3 4 5 +
dont : !__!__! en ville !__!__! à Dakar !__!__! en zone rurale !__!__!__!
Décrivez :

- Combien de séjours hors village ? : 0 1 2 3 4 5 +
dont : !__!__! en ville !__!__! à Dakar !__!__! en zone rurale !__!__!__!
Décrivez :

LIQUIDE AMNIOTIQUE					
CONTRACTIONS (FREQUENCE)					
PRESENTATION					
MOUVEMENTS ACTIFS FOET					
BRUITS DU COEUR					
TV					
BASSIN					
PERTES					
VACCIN ANTI TETANIQUE					

Prélèvements sanguins :

Prélevements génitaux :

Observations / Diagnostic / Traitement / Evolution

ORSTOM-UR POPULATION ET SANTE

DAKAR FEV 1990
PROJET SIDA

FICHE MST

N° Dossier !__!__!__!

IDENTITE :

- 1 - Médecin : !__!__!_____
- 2 - Dispensaire : !__! 1 NGAYO 2 TOUCAR 3 DIOHINE 4 NIAKHAR 5 AUTRE:
- 3 - Date de consultation : !__!__!__!__!__!__!
- 4 - Village : !__!__!_____
- 5 - Concession : !__!__!__!_____
- 6 - Identité : !__!__!__!__!__!_____
- 7 - Sexe : !__! Lien de parenté : _____
- 8 - Date de Naissance : !__!__!__!__!__!__! OU Age : !__!__!
- 9 - Mariage !__!__!
- 10 - Cas Index OUI NON !__!
- Si non, numéro de dossier index !__!__!__!
- parenté avec index !__!__!
- 1x Epouse x / 20 Mari / 30 Hors union
- 11 - Motif de consultation : !__!
- 1 Spécifique / 2 Non spécifique / 3 Visite prénatale / 4 Contact /
5 Examen systématique / 6 Suite enquête sur comportements sexuels /
7 Stérilité /
8 Autres, précisez : _____
- 12 - Diagnostic traditionnel porté par le malade sur sa maladie. Plaintes exprimées spontanément

13 - Symptomatologie présentée :

Brulure à la miction	OUI	NON	!_!
Dysurie	OUI	NON	!_!
Pollakiurie	OUI	NON	!_!
Prurit local	OUI	NON	!_!
Écoulement urétral	OUI	NON	!_!
Pertes vaginales	OUI	NON	!_!
Cervicovaginite	OUI	NON	!_!
Douleurs abdominales	OUI	NON	!_!
Ulcération génitale	OUI	NON	!_!
Adénopathie	OUI	NON	!_!
Lésions cutanées	OUI	NON	!_!
Lésions de grattage	OUI	NON	!_!
Lésions traumatiques	OUI	NON	!_!
Lésions caustiques	OUI	NON	!_!
Surinfections des lésions	OUI	NON	!_!
Aménorrhée	OUI	NON	!_!
Végétations vénériennes	OUI	NON	!_!

Ancienneté des troubles actuels : !_!_!_!

Description plus complète des signes identifiés : !_!_!_!

Bilan lésionnel (génital et général) et autres signes : !_!_!

14 - Diagnostic(s) évoqué(s) cliniquement: !_!_!_! !_!

15 - Antécédents MST
(maladie, quand, durée, thérapeute, médicament, résultats, examen complémentaire.)

16 - Consultation pour stérilité:

Antécédents obstétricaux (Nombre de grossesses antérieures, déroulement des grossesses, avortements, accouchements, dates de la dernière grossesse.)

Antécédents gynécologiques (Age des premières règles, douleurs pelviennes, régularité des cycles, infections gynécologiques, recours aux soins pour ces pathologies.)

Histoire des unions et fertilité du partenaire:

Retentissement psycho-social et sur les relations à l'intérieur de la famille:

INFORMATION DES PARTENAIRES

(autre partenaire, type de partenaire, possibilité d'information, par qui)

INTERVENTIONS

Examens complémentaires demandés

Traitements et évolution

ANNEXE 3

LES ENTRETIENS AVEC LES THERAPEUTES SEREER

Cette annexe propose un des entretiens réalisés avec un thérapeute sereer, Diab NDOUR, que nous avons rencontré à Niakhar, en mars 1990.

Nous ne donnons ici que la version intégrale française de cet entretien, dont on a réalisé la traduction des parties sereer. C'est pourquoi on remarque des répétitions qui correspondent à la traduction parfois libre ou commentée d'un des participants sereer qui ont assuré la traduction pendant l'entretien.

Une version bilingue est également disponible, qui donne une transcription en sereer et en français de tout ce qui a été dit dans l'une ou l'autre langue.

ENTRMST.1
ENTRETIEN AVEC Diab NDOUR

PRESENTS :

Tekheye DIOUF (T.D.)
René COLLIGNON (R.C.)
Guedji FAYE (G.F.)
Charles BECKER (C.B.)
Diab NDOUR (D.Nd.)

/1/. T.D. Nous devons parler de o mboot aujourd'hui. Nous sommes le 3 Mars 1990. On s'entretient de la maladie dite o mboot. On se présente ; il s'agit de René COLLIGNON, Charles BECKER, Guedji FAYE, Tekheye DIOUF et de vous, Diab NDOUR. Nous devons discuter avec vous de la maladie dite o mboot.

Mr. COLLIGNON, vous pouvez commencer à demander ce que vous désirez connaître.

/2/. R.C. Vous lui dites qu'il peut commencer par où il veut commencer.

/3/. T.D. O mboot est la première maladie que vous soignez, comment se manifeste-t-elle sur la personne ?

/4/. D.Nd. Quand on fait des relations sexuelles avec une personne atteinte de o mboot, votre sexe sort un liquide blanc qui ressemble à du sperme. C'est dire que vous êtes contaminé. Quand une personne atteinte de o mboot urine en un endroit, si une autre non atteinte vient pisser au même endroit, les jets d'urine qui sautent et lui touchent le sexe transmettent la maladie.

/5/. T.D. Il déclare : quand une personne atteinte de o mboot a des rapports sexuels avec une autre non atteinte ; elle la contamine aussitôt. Le sexe du malade atteint de mboot sort alors un liquide blanc qui ressemble à du sperme. C'est comme si c'est son sac à sperme qui se vide.

Quand une personne valide remplace un malade de mboot à l'urinoir, si des gouttes d'urine qui sautent et lui touchent le sexe, une contagion est possible.

/6/. G.F. Est-ce qu'il n'y a que ces deux modes de contagion c'est à dire les rapports sexuels avec le malade ou à l'urinoir ?

/7/. D.Nd. Quand un anthropophage vous cherche ; il peut vous injecter la maladie lors de vos rapports sexuels. C'est d'ailleurs la forme de o mboot la plus difficile à soigner. Quand on est pas capable d'éloigner le naq (anthropophage) du malade, ce dernier gâche tous les médicaments (mystiquement) remis au malade - ainsi on ne pourra jamais le guérir.

/8/. G.F. Je viens de lui demander : à part la contagion sexuelle et l'autre qui vient du fait d'uriner au même endroit où une personne atteinte de o mboot avait uriné ; est-ce qu'il y avait une autre source de contagion ?

Il me répond qu'on peut avoir o mboot par anthropophagie. C'est d'ailleurs la forme de o mboot qui est très, très difficile à soigner.

/9/. R.C. Vous lui dites qu'il a décrit les symptômes chez un homme qui a été contaminé par des rapports avec une femme malade, est-ce qu'il pourrait nous décrire les symptômes chez la femme ?

/10/. G.F. Vous venez d'expliquer comment la femme contamine l'homme, et comment est la femme quand elle est contaminée par un homme ?

/11/. T.D. Quand un homme est atteint de o mboot vous dites que son sexe sort du sperme, et quand la femme est atteinte, comment se présente-t-elle ?

/12/. D.Nd. Quand o mboot atteint une femme ?

/13/. T.D. Oui.

/14/. D.Nd. Elle refoule aussi du liquide blanc ; de jour, comme de nuit. C'est permanent et ceci jusqu'à sa guérison.

/15/. G.F. (R.C.) Quand la femme est atteinte de o mboot ; c'est presque les mêmes symptômes. De son sexe coule une espèce de sperme, et en permanence, tant qu'elle n'est pas guérie.

/16/. T.D. (R.C.) Nuit et jour ; elle fera ces pertes de liquide blanc. Quand on est atteint de o mboot, et qu'on se soigne tard, qu'est-ce que cela peut faire ?

/17/. D.Nd. Quand on est atteint de o mboot et qu'on tarde à se soigner, la maladie vous ferme et vous tue. Quand le liquide blanc que le malade sort se caille dans son sexe, il n'est plus capable d'uriner, il est constipé, n'est plus capable d'aller au W.C. Avec cet état, il meurt deux jours après.

/18/. T.D. Je lui ai posé la question suivante. Quand on a o mboot et qu'on ne se soigne pas rapidement, qu'est-ce qui vous arrive ?

Il répond. Le liquide blanc que sort le malade lui ferme finalement la vessie. Après deux jours de constipation, il meurt. - Et quand il se soigne jusqu'à guérir, quelles autres conséquences peut-il encourir ?

/19/. D.Nd. Une fois guéri, rien d'autre ne lui arrive. C'est fini. Si c'est une femme qui peut encore faire des enfants, dès qu'elle est guérie, elle pourra à nouveau féconder. Mais tant que le malade n'est pas totalement guéri, il n'aura plus d'enfant. C'est valable pour l'homme ou la femme.

/20/. T.D. Il dit : quand on est atteint de o mboot ; il suffit de se soigner convenablement ; il n'y aura aucune suite après guérison. Dans le cas contraire (valable pour l'homme et la femme) on ne fait plus d'enfant. Pensez-vous donc que o mboot rend stérile ?

/21/. D.Nd. Mais oui.

/22/. R.C. Maintenant, comme il a évoqué les soins. Est-ce qu'il pourrait parler un peu de la manière de soigner cette maladie et la manière dont lui, il la soigne.

/23/. T.D. Quand le malade atteint de o mboot vous arrive, comment le soignez-vous ; avec quelles plantés ou feuilles d'arbres, ou incantations traitez-vous ? Lui donnez-vous un vomitif ou un breuvage ?

/24/. D.Nd. Je lui donne des jar de tisanes à boire.

/25/. T.D. C'est-à-dire des racines que vous mettez dans un récipient.

/26/. D.Nd. Des racines ou des écorces, je ne me sépare jamais du médicament.

/27/. T.D. Il déclare soigner o mboot avec des racines ou des écorces d'arbres. Qu'il détient ce médicament en permanence avec lui car il reçoit souvent des consultants atteints de o mboot.

/28/. G.F. Les écorces qui constituent votre médicament, les transformez-vous en poudre ou bien ?

/29/. D.Nd. En tout ; c'est des écorces, je les garde toujours chez moi.

/30/. G.F. Vous utilisez des racines et des écorces ou des écorces seulement ?

/31/. D.Nd. Des écorces seulement.

/32/. G.F. Je viens de lui poser la question suivante : est-ce que les écorces que vous utilisez sont transformées en poudre. Il me répond qu'il traite avec des écorces.
- Des écorces ou des feuilles d'arbres ?

/33/. D.Nd. Des écorces.

/34/. G.F. Je traite o mboot uniquement avec des écorces.

/35/. D.Nd. Je cherche des écorces d'arbre que je mets dans un sac et que je conserve. Quand un consultant arrive, je lui en donne. Il mettra ces écorces dans de l'eau à boire.

- /36/. G.F. Au lieu de feuilles, il utilise des écorces qu'il tire d'un certain arbre.
- /37/. R.C. Pas de feuilles ?
- /38/. T.D. Non, c'est des écorces qu'il utilise.
- /39/. R.C. Qu'il prépare comment. Qu'il met dans de l'eau ou comment. Enfumigation ?
- /40/. T.D. Mettez-vous les écorces dans de l'eau ?
- /41/. D.Nd. On les met dans de l'eau.
- /42/. T.D. Il met les écorces dans de l'eau. Vous savez, il y a des demi-canaris fabriqués par les potiers qui portent le nom de mbaar. Le malade met les racines dans ce récipient et ajoute de l'eau.
- /43/. D.Nd. C'est de petits tas d'écorces ficelés. On les met dans un mbaar où le malade ira boire jusqu'à sa guérison.
- /44/. T.D. Oui. Et mbaar est un récipient d'argile confectionné pour mettre certains breuvages pour traitement.
- /45/. R.C. Donc, c'est des bains ?
- /46/. T.D. Non, on boit.
- /47/. G.F. Pour lui le mbaar est un breuvage renouvelable jusqu'à la guérison du malade. Il est constitué par de petits fagots d'écorces qu'on met dans de l'eau contenue dans un vase d'argile.
- /48/. R.C. Est-ce qu'il fait chauffer l'eau ?
- /49/. G.F. Non, car il vient de dire qu'il ne chauffe pas l'eau.
- /50/. R.C. C'est des canaris spéciaux qu'on utilise pour ça ou ...
- /51/. T.D. Maintenant on utilise des canaris ; mais naguère on utilisait des mbokin, sortes de vases en argile.
- /52/. R.C. Est-ce qu'on peut lui demander le nom de ses plantes ?
- /53/. T.D. On peut essayer.
- /54/. R.C. Tu lui dis qu'on en connaît certaines.
- /55/. G.F. Avec quel arbre soignez-vous o mboot. Eux aussi connaissent certains arbres qui le soignent ?
- /56/. D.Nd. Je ne peux pas. Ce serait divulguer un héritage.

/57/. G.F. Il ne peut pas nous dire son médicament. C'est un héritage qu'il ne doit pas communiquer à n'importe qui.

- S'agissant de o mboot provoqué par o naq ; vous dites que c'est la forme la plus difficile à soigner ; est-ce vous soignez toute forme de o mboot avec le même arbre ?

/58/. D.Nd. Je traite toute forme de o mboot avec le même arbre. Mais pour o mboot o naq, je mets un gris-gris protecteur au lieu où le malade garde son mbaar ; afin d'éloigner le naq ou de l'éliminer s'il vient rôder à cet endroit.

/59/. G.F. Je viens de lui demander s'il soigne avec le même arbre o mboot qui est provoqué par o naq ou est-ce qu'il y avait un autre traitement. Réponse : il soigne avec les mêmes écorces ; mais qu'il ajoute un gris-gris préventif enterré à côté du mbaar du malade, cela pour protéger le traitement et éloigner le naq de sa victime.

/60/. R.C. Est-ce qu'il connaît autre chose de o mboot et qu'on ne lui a pas demandé.

/61/. T.D. Savez-vous autre chose sur o mboot et qu'on ne vous a pas demandé ?

/62/. D.Nd. Quand o mboot est provoqué par o naq, c'est comme une flèche qui vous pique. En urinant le gland sort un liquide blanc après deux jours, ça coule en permanence. Le malade porte au moins deux pantalons. Si c'est une femme, elle porte au moins trois pagnes car là, le liquide qui coule est plus important.

/63/. G.F. Il déclare que o mboot est une maladie très virulente. Quand elle fait une semaine avec un homme, il est contraint de porter deux slips avant de mettre son pantalon pour être à l'aise. Si c'est une femme elle doit au moins mettre trois pagnes.

/64/. R.C. A partir de quel âge peut-on avoir cette maladie ?

/65/. G.F. A quel âge un homme ou une femme peut être atteint(e) de o mboot ?

/66/. D.Nd. Quiconque connaît les relations sexuelles et qui fait des rapports sexuels avec un malade de o mboot est aussitôt contaminé.

/67/. G.F. Il déclare : quiconque connaît et pratique les relations sexuelles peut être atteint de o mboot.

/68/. T.D. Est-ce qu'un adolescent qui ne fait pas encore de rapports sexuels peut avoir o mboot ?

/69/. D.Nd. L'adolescent qui n'a pas encore fait de rapports sexuels peut être contaminé de o mboot par les urines. Ayant remplacé le malade à l'urinoir si des gouttes lui touchent le sexe, il peut être atteint de o mboot. C'est pourquoi d'ailleurs

on doit éviter d'aller dans les urinoirs publics où beaucoup de maladies sont urinées.

/70/. T.D. Je viens de lui poser des questions au sujet des enfants. Est-ce qu'un enfant qui ne pratique pas encore les relations sexuelles peut être atteint de o mboot.

- Dans le cas des adolescents qui font de rapports sexuels mais n'éjaculent pas encore, est-ce qu'ils peuvent être contaminés ? Il me répond que ces adolescents peuvent être contaminés à l'urinoir public. C'est par les gouttes qui sautent quand on urine en ces endroits qu'on risque la contagion. Il suffit de quelques gouttes qui vous touchent sur le sexe et on est atteint. Donc, le manque de sperme ou la puberté ne sont pas des causes d'exception, pour ne pas être atteint de o mboot.

/71/. R.C. Est-ce que s'il n'était pas soigné, o mboot provoquer la stérilité ?

/72/. G.F. Oui.

/73/. R.C. Je demande d'abord confirmation parce qu'il faut que la maladie soit déjà avancée pour provoquer la stérilité. Et c'est au début de maladie, auquel cas une femme qui aurait cette maladie peut malgré tout être enceinte et quelles seraient éventuellement les conséquences si elle a des enfants.

/74/. T.D. Est-ce qu'une femme atteinte de o mboot peut être enceinte ?

/75/. D.Nd. Si elle a o mboot et tombe enceinte, elle avortera.

/76/. T.D. Une femme atteinte de o mboot, même si elle est enceinte, avorterait.

/77/. R.C. Est-ce qu'on peut lui demander si le fait d'avoir cette maladie peut être une cause de divorce ?

/78/. T.D. Est-ce que o mboot peut occasionner le divorce du couple ?

/79/. D.Nd. Quand le mari contamine sa femme ou l'oblige à la soigner. Souvent d'ailleurs la femme divorce.

/80/. T.D. Quand une femme est sûre que c'est son mari qui lui a donné o mboot, elle l'obligera à se soigner. Si c'est une épouse difficile, elle réclamera le divorce après guérison ou pas. La conception traditionnelle dit qu'une maladie capable de tuer ne doit pas être transmise volontairement à une autre personne. - Et si c'est l'épouse qui l'a transmise à son mari ?

/81/. D.Nd. Quand c'est la femme qui est à l'origine de la maladie, l'homme l'accusera directement. Si la femme accepte le fait, il ira après se soigner tout en gardant sa femme ; le couple ira du moins se soigner.

/82/. T.D. Au cas où une femme donne o mboot à son mari et accepte le fait accompli, ce dernier peut par volontaire consentement soigner sa femme tout en se soignant.

- Est-ce que là, le mari ne prendrait pas son épouse pour une infidèle ?

/83/. D.Nd. S'il est conscient qu'on peut attrapper o mboot sans être infidèle, le mari peut déduire que sa femme s'est couchée avec un autre homme malade, qui l'a contaminée.

/84/. T.D. Je viens de lui dire qu'une femme qui transmet o mboot à sa mère peut être prise pour une infidèle. Dans ce cas le mari peut penser qu'elle est allée avec un autre. Il me répond qu'il y a deux alternatives : ou la femme est contaminée à l'urinoir public ou elle a couché avec un homme malade de o mboot.

- Ils vous remercient pour vos informations sur o mboot. Maintenant. Ils désirent pousser la causerie avec d'autres maladies contagieuses. Nous procéderons comme nous avons fait avec o mboot.

/85/. G.F. Comment la syphilis atteint-elle la personne ?

/86/. D.Nd. Toute personne dont l'ancêtre avait "siti" recèle le kurfete=n (syphilis). C'est une maladie qui attaque les articulations et se manifeste sur la peau du malade par une dépigmentation.

/87/. G.F. Il vient de dire que kurfete=n est une maladie héréditaire qui provient d'une autre maladie dénommée siti.

- D'où vient kurfete=n ?

/88/. D.Nd. Quand une personne est atteinte de siti. Siti est différent de siti faa`b (siti de la grenouille) ; ses petits-fils auront le kurfete=n. Tout être humain recèle le kurfete=n, même celui qui est de race blanche.

/89/. G.F. Quand j'ai le kurfete=n et ma femme ne l'a pas, est-ce qu'à la longue je ne la contaminerai pas ?

/90/. D.Nd. Non.

/91/. T.D. Je viens de lui demander : est-ce qu'un homme qui a le kurfete=n ne contaminera pas sa femme non atteinte par le biais de leurs rapports sexuels ? Il me répond que non.

/92/. D.Nd. Mais un enfant issu du couple peut être atteint de kurfete=n.

/93/. T.D. Le mari ne contaminera pas sa femme, mais peut transmettre le kurfete=n aux enfants nés de leur union.

/94/. R.C. Est-ce qu'il peut décrire à peu près les symptômes ?

/95/. T.D. Oui, et il les a d'ailleurs décrits.

/96/. G.F. Comme je viens de vous le dire, il nous déclare que kurfete=n vient d'une maladie qui s'appelle siti. Si votre ancêtre avait le siti, sa descendance a forcément le kurfete=n.

/97/. R.C. Et le siti, c'est quoi ?

/98/. G.F. Le siti est une maladie liquide qui circule dans les veines et les articulations. Elle se manifeste quand elle devient importante par de petits boutons sur la peau. A la longue la peau se dépigmente. Des taches rougeâtres et blanchâtres y apparaissent. En résumé toute personne dont l'ancêtre avait le siti recèle forcément le kurfete=n.

/99/. R.C. Il a parlé de deux siti ?

/100/. G.F. Oui, c'est le simple siti ou siti ordinaire.

/101/. T.D. L'autre, c'est le siti-faa^b ou siti de la grenouille.

/102/. C.B. Quelle est la différence entre les deux ?

/103/. T.D. Quelle différence y a-t-il entre siti et siti-faa^b ?

/104/. D.Nd. Concernant siti-faa^b, est-ce que vous vous souvenez d'une épidémie de gâle qui avait sévi dans le pays ?

/105/. T.D. Oui.

/106/. D.Nd. Siti-faa^b se manifeste de la même façon. Il apparaît sur la peau par des boutons qui regorgent d'eau. L'eau qui sort des boutons qui éclatent coule sur la peau et y forme d'autres boutons. Quand on soigne le malade atteint de siti-faa^b, on ne doit pas le laver avec de l'eau, sinon il ne guérit jamais. On le lave plutôt avec du lait de chèvre et on lui enduit ensuite une certaine poudre sur la peau.

/107/. T.D. Il vient de décrire la varicelle. On la soigne avec du lait de chèvre et une certaine poudre.

/108/. R.C. A propos, on revient au kurfete=n. D'après les enquêtes qu'on a déjà faites avant, il existe une variété de kurfete=n. Kurfete=n qui est une maladie sexuelle et kurfete=n.

/109/. T.D. On lui a dit qu'il y a plusieurs formes de kurfete=n. Il y a le kurfete=n qu'homme et femme peuvent se transmettre. Il y a aussi un autre kurfete=n qu'on peut dénommer kurfete=n courant.

/110/. D.Nd. En tout cas toute personne atteinte de siti, aura une descendance prédisposée au kurfete=n. Quand on est allergique au kurfete=n, le corps se décolore et on ressemble à un brûlé. Cela commence par les bras où se dessinent des tâches blanchâtres.

/111/. T.D. Il vient de dire que le kuli qu'il connaît ...

/112/. D.Nd. Quand vous êtes vraiment un prédisposé au kurfete=n, il agit comme je vous ai décrit.

/113/. T.D. Dans ce cas le kurfete=n provoque des tâches blancheâtres au niveau des bras d'abord... C'est comme le vieux de Lakhar que vous connaissez.

/114/. D.Nd. Voilà, c'est ça, celui là ; c'est une décharge de kurfete=n qui l'a mis dans cet état.

/115/. T.D. Je vous parle de Mbagnick NDOUR ; le guérisseur de Lakhar.

/116/. R.C. Si je comprends bien, pour lui le kurfete=n est une maladie héréditaire. Cela se transmet de parents à enfants, mais ne se transmet pas entre mari et épouse. Tu lui demandes si on ne peut pas l'avoir par les rapports sexuels ?

/117/. T.D. Est-ce qu'un homme atteint de kuli peut transmettre le kuli à sa femme qui n'est pas du tout atteinte ?

/118/. D.Nd. Je ne l'ai jamais vu. Mais on peut faire des enfants qui ont le kurfete=n. Ce mode de transmission vient uniquement du père.

/119/. T.D. Il nous affirme que le kurfete=n n'est pas contagieux par les rapports sexuels, mais quand le père est atteint une contagion est possible chez les enfants issus de son mariage. _ Maintenant... Parce que j'ai vu des expériences et je dois lui poser une question.

/120/. T.D. Il y a des femmes atteintes de kuli qui accouchent après deux mois de grossesse. Leur nouveau-né est tout blanc et ressemble à un européen.

/121/. D.Nd. Les femmes atteintes de kurfete=n cherchent des mbaar à boire après deux mois de grossesse si elles veulent avoir un accouchement normal.

/122/. T.D. Je viens de lui dire : il y a des femmes qui font des fausses couches après deux mois de grossesse. Ce qu'elles accouchent a la peau blanche comme celle d'un européen. Elles accouchent toujours de mort-nés. Dans ces cas, est-ce que c'est la femme qui est atteinte de kuli ou c'est le mari. Est-ce le père ou la mère qui a le kurfete=n dans ce cas ?

/123/. D.Nd. C'est la mère qui a le kurfete=n. Dès qu'il lui reste un mois avant d'arriver à son terme, elle accouche. C'est la chaleur que dégage le kurfete=n qui tue l'enfant.

/124/. T.D. Il déclare qu'une femme atteinte de kurfete=n accouche souvent avant terme, et c'est la chaleur du kurfete=n qui tue l'enfant dans l'organisme de la mère. Même quand l'enfant est né vivant il meurt peu après.

/125/. R.C. Jusqu'à présent, on a pas encore abordé le traitement je crois.

/126/. T.D. Non.

/127/. R.C. Tu peux lui demander comment il soigne le kurfete•n.

/128/. T.D. Comment soignez-vous le kurfete•n ?

/129/. D.Nd. Je lui prépare des paar à boire (vase de breuvage). Quand je remets les paar aux malades, je leur fais la recommandation suivante : introduire un os de poisson dans le breuvage. C'est pour éviter la cassure du médicament. Sans cela, dès que le malade mange du poisson, le médicament deviendrait inefficace.

/130/. T.D. Pour le traitement du kurfete•n, il donne au malade des écorces à boire ; avec la recommandation d'introduire un os de poisson dans le breuvage plus une graine d'arachide. Sans cela, dès que le malade mange du poisson ou de l'arachide grillée, le médicament se casse et devient inutile.

/131/. R.C. C'est un poisson particulier ou n'importe quel poisson ?

/132/. T.D. Il s'agit de l'os d'une poisson particulier ou de n'importe quel poisson ?

/133/. D.Nd. Tout os de poisson trouvé est bon.

/134/. T.D. On utilise l'os de n'importe quel poisson.

/135/. R.C. Et kuli et kurfete•n ?

/136/. G.F. C'est le wolof qui dit kuli, en sereer on dit kurfete•n

- Nous arrivons à la maladie dite socet. Est-ce que le socet est contagieux ou non ?

/137/. D.Nd. Chez certaines femmes, le socet sort sur leur sexe. Elles vont souvent le faire couper chez des spécialistes. Un autre moyen de traitement : leur donner un mbaar à boire.

/138/. T.D. Est-ce que c'est contagieux ?

/139/. D.Nd. Oui, quand il retrécit le sexe d'une femme. En tentant des rapports sexuels avec cette dernière, c'est plus douloureux que la défloration d'une jeune fille. Votre sexe en sort tout écorché. Le sexe de la femme est presque obstnié par le socet.

/140/. T.D. Est-ce qu'une femme peut le transmettre à l'homme ?

/141/. D.Nd. Non.

/142/. T.D. Il déclare que le socet est une maladie qui s'extériorise sur le sexe de la femme. Certaines femmes vont se le faire couper (excision) chez des spécialistes. Certains guérisseurs le soignent en donnant des paar à boire. Lui demandant si le socet est contagieux, il me répond que non. Mais quand un homme couche avec une femme atteinte de socet, son sexe en sort blessé car le socet est une maladie vaginale qui obstrue le sexe de la femme.

/143/. R.C. Tu peux lui demander quel genre de plaies, de préciser.

/144/. T.D. Après rapports avec la femme atteinte de socet, est-ce que l'homme en sort avec des plaies, des écorchures ou des boutons ?

/145/. D.Nd. C'est plutôt des écorchures sur le sexe. Des vertiges le secouent aussi.

/146/. T.D. Est-ce une maladie qui n'attrape que les femmes ou est-ce une maladie qui peut atteindre homme et femme ?

/147/. D.Nd. C'est une maladie qu'homme et femme peuvent avoir.

/148/. T.D. Est-ce que homme et femme peuvent se la transmettre ?

/149/. D.Nd. Je ne l'ai jamais vu.

/150/. T.D. J'ai posé la question suivante. Est-ce que le socet est une maladie que l'homme et la femme pouvaient se transmettre. Il me répond que non. Il ne l'a jamais vu.

/151/. R.C. Je vais demander une précision là. Si j'ai bien compris. De la femme, après contact sexuel pourrait donner des plaies sur le sexe, ces plaies pourraient être en rapport avec ce qu'on appelle le chancre (sankaar). Ou c'est quelque chose de tout à fait différent ?

/152/. T.D. Est-ce que les écorchures que vous venez d'évoquer ne sont pas les symptômes du chancre ?

/153/. D.Nd. Non.

/154/. T.D. C'est non, ce n'est pas la même chose.

/155/. R.C. Et à propos des plaies, il a dit qu'elles peuvent être au niveau du sexe de la femme, mais il y a d'autres localisations aussi, que l'homme pouvait avoir le socet aussi.

/156/. T.D. Est-ce que le socet peut se manifester ailleurs que sur le sexe ? Est-ce qu'un homme peut avoir le socet ?

/157/. D.Nd. Le socet apparaît dans la bouche. Quand le malade se cure les dents après deux jours de relâche, il a toute sa bouche en sang.

/158/. T.D. Il déclare que c'est une maladie qui peut sortir dans la bouche ou dans les yeux.

- Est-ce qu'il ne se manifeste par sur l'anus ?

/159/. D.Nd. Si, on dirait qu'on vous a collé un ver sur l'anus ?

/160/. T.D. Mais comment s'appelle fee^d en français ?

/161/. G.F Il déclare que le socet se manifeste sur l'anus sous la forme d'une crotte un peu longue et qu'il compare à un insecte parasite qui se colle souvent sur l'anus de la vache ou du cheval.

/162/. R.C. Et ça saigne ?

/163/. T.D. Est-ce que l'anus saigne ?

/164/. D.Nd. Quand il va au WC l'anus du malade saigne.

/165/. T.D. Après le WC l'anus du malade saigne.

/166/. R.C. Et pour ça, il le soigne comment ?

/167/. T.D. Et comment soignez-vous les consultants atteints de socet ?

/168/. D.Nd. Je leur donne des paar à boire.

/169/. T.D. Des racines ?

/170/. D.Nd. Oui des racines.

/171/. T.D. Il soigne ses malades avec des breuvages à boire de racines.

/172/. R.C. Toujours à boire.

/173/. T.D. Oui, c'est à boire.

/174/. R.C. Un breuvage qu'on met dans un canari ?

/175/. T.D. Oui.

/176/. R.C. C'est les mêmes racines que pour le kurfete#n ?

/177/. T.D. Pour le kurfete#n c'est des écorces, ici c'est des racines.

- Est-ce que vous utilisez un seul arbre, deux ou plusieurs ?

/178/. D.Nd. Pour le traitement du socet ?

/179/. T.D. Oui ?

/180/. D.Nd. C'est deux arbres différents mais dès qu'on dispose de l'un on peut soigner.

/181/. T.D. Il déclare que les racines de deux arbres différents soignent le socet, mais il signale qu'il ne les associe pas quand il traite.

- Et le chancre, comment se manifeste-t-il ?

/182/. D.Nd. Chez la femme, elle ronge son sexe ; chez l'homme, il provoque des trous autour du gland du pénis. Dès que ces trous font le tour complet du gland, ce dernier est coupé et tombe.

/183/. G.F. D'après lui le chancre est une maladie qui se manifeste chez l'homme par des petites plaies autour du gland du pénis.

- Est-ce que c'est contagieux ?

/184/. D.Nd. Oui c'est très contagieux ?

/185/. G.F. Il ajoute que le chancre est une maladie très contagieuse.

- Comment agit-il chez la femme ?

/186/. D.Nd. Il lui enlève la chair du sexe.

/187/. G.F. Il provoque d'importantes lésions sur son vagin.

/188/. T.D. Est-ce que le chancre et ngal (gangrène) sont la même chose ?

/189/. D.Nd. Non, ce n'est pas pareil.

/190/. T.D. Quand on a le chancre et qu'on ne se soigne pas, qu'est-ce qui peut vous arriver ?

/191/. D.Nd. Si c'est un homme, son gland du pénis se coupe.

/192/. T.D. S'agissant de l'homme, il a le gland du pénis sectionné.

/193/. D.Nd. Quand à la femme, il lui débite graduellement le sexe.

/194/. G.F. Chez la femme, le chancre transforme son utérus en une seule plaie au fur et à mesure que la maladie se développe.

/195/. R.C. Est-ce que comme o mboot, le chancre peut provoquer la stérilité ?

/196/. T.D. Est-ce que le chancre peut empêcher de faire des enfants ?

/197/. D.Nd. Oui quand l'homme a le gland coupé, il ne lui reste que le bâton de pénis qui à lui seul est incapable de féconder. Concernant la femme ; elle n'ose plus faire des rapports sexuels pour faire des enfants.

/198/. G.F. Il vous signale qu'un homme qui a le gland du pénis coupé n'est plus fécond. Il ne lui reste plus que son bâton de pénis qui est improductif. Chez la femme, c'est la même chose car elle a peur des relations sexuelles.

/199/. R.C. Quand tu parles du bâton de pénis, cela veut dire qu'on a déjà perdu le gland ?

/200/. G.F. Oui, c'est ça.

/201/. R.C. Est-ce qu'il soigne aussi le chancre.

/202/ G.F. Soignez-vous le chancre aussi ?

/203/. D.Nd. Je donne au malade une certaine poudre à mettre sur les plaies.

/204/. G.F. Il soigne le chancre avec de la poudre que le malade doit mettre sur ses plaies.

/205/. R.C. Une poudre de plantes ?

/206/. G.F. Oui, c'est une poudre qui provient d'une plante.

- Le médicament que vous donnez au malade est à base de racines ou de feuilles ?

/207/. D.Nd. C'est des feuilles que je transforme en poudre.

/208/. G.F. Il soigne le chancre avec des feuilles séchées et transformées en poudre.

- Soignez-vous aussi ngal (gangrène)?

/209/. D.Nd. Non, je ne peux pas guérir la gangrène.

/210/. G.F. Je lui demande s'il soignait la maladie dénommée ngal (infection ou gangrène), mais il me répond que non.

- Où contacte-t-on le chancre ?

/211/. D.Nd. C'est l'homme qui le transmet à la femme ou vice-versa.

/212/. G.F. Le chancre est une maladie que les deux sexes peuvent se transmettre.

/213/. R.C. Mais pas comme o mboot avec le problème de naq ?

/214/. T.D. Mais o naq ne fait pas le chancre ?

/215/. D.Nd. Non.

/216/. R.C. Est-ce qu'il y a des conséquences pour les enfants ; si le père ou la mère avait le chancre ?

/217/. T.D. Est-ce qu'on peut transmettre le chancre à ses enfants ?

/218/. D.Nd. Non, quand on a le chancre on ne produit plus.

/219/. T.D. Non, les enfants ne risquent rien. Avant le chancre les enfants sont sains. Lorsqu'on a le chancre, tant qu'on n'en est pas guéri on n'est plus productif.

Est-ce que le chancre a un nom en sereer ?

/220/. D.Nd. Le sereer ne l'appelle que sangkar (chancre).

/221/. T.D. En sereer on dit sangkar. Il signale en passant qu'il ne soigne pas ngal.

- Et sopiis (chaude-pisse) qu'est-ce que c'est ?

/222/. D.Nd. Le sexe fait couler du sang.

/223/. T.D. Le chancre est différent du sopiis. Quand on a le chancre le sexe sort un liquide blanc. Quand on a le sopiis le sexe fait couler du sang et l'on dirait qu'on a une hémorragie interne.

- Est-ce que le sopiis est contagieux ?

/224/. D.Nd. Lui aussi, il est contagieux comme o mboot.

/225/. T.D. Oui, sopiis est contagieux.

/226/. R.C. Quand la femme a le sopiis, comment se manifeste-t-il ?

/227/. T.D. Comment agit le sopiis chez la femme ?

/228/. D.Nd. Son sexe laisse aussi couler du sang.

/229/. G.F. Quand une femme est atteinte de sopiis son sexe sort du sang aussi.

/230/. R.C. Il faut bien préciser. Quand on a le sopiis, on urine du sang ou c'est plutôt des lésions internes qui suppurent ce sang ?

/231/. G.F. Le malade de sopiis n'urine que du sang ou c'est plutôt des blessures qui font couler ce sang ?

/232/. D.Nd. C'est le sopiis lui même qui provoque ces pertes de sang. En buvant mon médicament, dès que les pertes de sang s'arrêtent, le malade est guéri.

/233/. G.F. Mais le sang qu'on urine est différent du sang que l'on déverse quand on est atteint de sopiis ?

/234/. D.Nd. Oui, car c'est après les urines que le malade sort du sang. Après le breuvage que je donne, je remets aussi de la poudre au malade pour le traitement des plaies qui se manifestent sur son sexe.

/235/. T.D. Il nous dit qu'on n'urine pas du sang. Ce sont les lésions provoquées par le sopiis qui suppurent le sang que perd le malade. Pour combattre ces lésions, il vous donne, après le breuvage, une poudre à utiliser. Dès que le malade ne voit plus du sang, il est guéri.

/236/. G.F. Il a été précis. Les pertes sanguines du malade proviennent d'une lésion qu'il a sur le gland de pénis. C'est à la fin des urines du malade que se manifestent les pertes de sang.

/237/. R.C. Est-ce que vous pouvez lui demander de décrire le genre de douleurs ressenties dans le sopiis et les autres ?

/238/. G.F. Est-ce que les maladies que nous venons d'évoquer émettent le même genre de douleur ou chacune d'elles dégage une douleur particulière ? Si oui, veuillez décrire ce que sent le malade pour chacune de ces maladies.

/239/. D.Nd. Chacune de ces maladies est très douloureuse.

/240/. T.D. Oui, mais des douleurs peuvent être différentes : il y a une douleur piquante, une douleur chaude, une douleur permanente et une douleur intermittente.

/241/. D.Nd. Cette douleur est celle du sopiis.

/242/. T.D. De quelle douleur il s'agit ? De celle qui est intermittente ou bien ?

/243/. D.Nd. La douleur du sopiis est permanente. C'est pourquoi en soignant le malade, on le traite comme on traite un nouveau circoncis. Quand on lui met la poudre sur la lésion on lui enveloppe le pénis avec une bande d'étoffe.

/244/. T.D. Mais la douleur que dégage le sopiis est continuelle ?

/245/. D.Nd. C'est une douleur qui est toujours là.

/246/. T.D. C'est une douleur qui brûle ou qui pique ?

/247/. D.Nd. Ca brûle.

/248/. T.D. Pour le sopiis on sent une douleur brûlante.

/249/. G.F. Le sopiis dégage une douleur brûlante et permanente. Pour soigner le malade, en plus du breuvage qu'on lui donne, on lui verse une poudre spéciale autour du gland pour traiter la lésion qu'il a à cet endroit et on couvre avec une bande de tissu. On procède comme on traite le nouveau circoncis dans le but de lui faciliter tout déplacement et retenir le plus longtemps possible cette poudre qui, si elle s'enlève rapidement, peut faire l'objet d'un long traitement.

/250/. R.C. Et pour les autres ?

/251/. G.F. Et o mboot, comment est sa douleur ?

/252/. D.Nd. Elle est piquante, on dirait des vers qui tentent de vous sortir.

/253/. G.F. Il signale que la douleur de o mboot est piquante, on dirait dit-il que c'est des vers parasites qui cherchent une sortie dans votre sexe. Le malade a des difficultés urinaires qui le poussent à appuyer son gland avec sa main pour faciliter la sortie des urines.

/254/. R.C. Qu'entend-t-il par douleur piquante, c'est des douleurs intermittentes ?

/255/. G.F. Oui, c'est des douleurs qui rongent.

/256/. R.C. Je voudrais lui poser une question un peu générale à propos des traitements. On nous a dit dans plusieurs entretiens qu'il y avait différentes sortes de médicaments, différentes sortes de plantes. Que certaines plantes sont des médicaments dits "doux" par rapports à des plantes qui donnent un médicament dit "amer" ou "chaud". Est-ce que ici par exemple, comme il nous a décrit que les douleurs étaient pour la chaude-pisse, que ça brûlait, une brûlure constante. Est-ce que le type de médicament recommandé pour ces douleurs là, serait des médicaments doux ?

/257/. G.F. En général, les guérisseurs disent qu'il y a des malades ou maladies que des médicaments amers ou chauds doivent traiter, et pour d'autres par contre où on recommande d'utiliser des médicaments doux. Est-ce que pour le sopiis, et puisque sa douleur brûle est-ce qu'il faut certains types de médicaments ?

/258/. D.Nd. Son médicament n'est pas amer.

/259/. G.F. Il n'est pas amer ?

/260/. D.Nd. Non.

/261/. G.F. Pour le traitement du sopiis, c'est un médicament doux qu'il faut.

- Et pour le chancre ?

/262/. D.Nd. Son médicament est amer.

/263/. G.F. Pour la chaude-pisse on traite avec des plantes douces. Pour le chancre avec des plantes amères.

/264/. R.C. Tu peux lui demander pourquoi il utilise un médicament chaud et amer pour le chancre ?

/265/. G.F. Pourquoi prenez-vous un médicament amer pour le traitement du chancre ?

/266/. D.Nd. C'est le médicament capable de tuer les microbes qui habitent les plaies chancreuses.

/267/. G.F. Il faut un médicament amer pour tuer les microbes. Donc, toutes les maladies que vous venez d'évoquer peuvent rendre stérile ?

/268/. D.Nd. Tant que le malade n'est pas complètement guéri !

/269/. G.F. Connaissez-vous d'autres maladies qui rendent stérile ?

/270/. D.Nd. Un socet chronique empêche d'avoir des enfants.

/271/. T.D. Nous avons déjà discuté de toutes ces maladies, il vous demande si nous n'avons pas oublié une autre maladie que vous connaissez et qui empêche d'avoir des enfants ?

/272/. D.Nd. Quand l'espacement des naissances d'une femme devient important, je lui donne deux gris-gris : l'un pour elle et l'autre pour son mari.

/273/. T.D. Est-ce une cause de maladie ?

/274/. D.Nd. Non, un arrêt provisoire de faire des enfants ne découle pas forcément d'une maladie.

/275/. G.F. Il nous signale qu'il y a des gris-gris pour la fécondité.

/276/. D.Nd. Ces arrêts peuvent être causés par un jin, un amant jin.

/277/. G.F. Qu'il donne à certaines femmes dites menacées de stérilité. Cette situation ne découle pas d'une maladie, mais d'un arrêt souvent provoqué par un amant-jin ou un amant fangool. Pour conjurer la menace de stérilité il donne deux gris-gris à la consultante à porter sur le corps. Il lui prépare aussi un plat médicamenteux, genre sangle.

/278/. C.B. Il y a des femmes qui viennent le voir en lui disant qu'elles sont stériles, dans le cadre d'une consultation pour stérilité ?

/279/. G.F. Oui.

/280/. R.C. Elles se plaignent de quoi dans ces cas là ?

/281/. G.F. Quand une femme qui arrête de faire des enfants vient vous consulter, de quoi dit-elle qu'elle souffre ?

/282/. D.Nd. La femme qui arrête de produire sans être malade ?

/283/. G.F. Oui ?

/284/. D.Nd. Elle me dit : je ne vois plus mes règles. Ou je suis longtemps restée sans avoir d'enfant. Ou je ne fais plus d'enfant et normalement je dois en faire. Après cela, je lui donne deux gris-gris. Elle attache l'un sur son corps et donne l'autre à son mari, qu'il doit porter lui aussi. Avec la racine d'un certain arbre, je lui prépare un repas médicamenteux.

/285/. G.F. Les femmes qui le consultent se plaignent souvent d'absence de règles.

/286/. R.C. Ca arrive souvent que des femmes dans les amenorrhées se plaignent d'absence de règles ?

/287/. G.F. Est-ce que beaucoup de femmes victimes d'un arrêt de fécondation se plaignent d'absence de règle quand elles viennent vous voir ?

/288/. D.Nd. Certaines se plaignent de règles, tandis que pour d'autres, c'est pour autre chose.

/289/. D.Nd. Elles me disent qu'elles ont arrêté de faire des enfants depuis quelques années et ce n'est pas normal. Dans ce cas, je leur donne des gris-gris et elles retournent chez elles. Heureusement que toutes celles que j'ai aidées refont des enfants.

/290/. G.F. Les unes se plaignent d'absence de règles, mais d'autres lui disent simplement qu'elles ne font plus d'enfant depuis quelques années. Il leur donne des gris-gris dans ces cas mais sans poser de question.

/291/. T.D. Je désire vous demander ceci : dans la tradition sereer, est-ce qu'il n'y a pas des jours où l'homme ne doit pas avoir des rapports sexuels avec sa femme et que la décommandation doit être faite à tout jeune marié ?

/292/. D.Nd. Oui, et j'en sais quelque chose.

/293/. T.D. Dites-la.

/294/. D.Nd. D'après ce qu'on me disait...

/295/. T.D. Oui !

/296/. D.Nd. Quand une femme est fâchée contre son mari, ce dernier doit éviter d'avoir des rapports sexuels avec elle cette nuit. S'il le faisait malgré elle, un enfant issu de ces rapports risque d'être un vaurien.

/297/. T.D. Il répond en donnant un exemple : quand on se querelle avec sa femme, on doit éviter d'avoir des rapports sexuels avec elle cette nuit, car si un enfant est conçu dans ces circonstances, il risque d'être un vaurien.

/298/. R.C. Parce qu'il aurait été conçu après qu'on s'est chamaillé ?

/299/. T.D. Oui.

Est-ce qu'il y a des méthodes bannies ou des positions interdites, qu'un homme ne doit pas faire prendre sa femme lors de leurs rapports sexuels ?

/300/. D.Nd. Pour ça, je ne sais pas.

/301/. T.D. A ma question pour savoir s'il y a des méthodes interdites d'avoir des rapports sexuels avec sa femme, il me répond qu'il ne sait pas.

Pour ma part j'ai entendu dire et c'est une chose qui rejoint ce que nous appelons "calel-yaay (le travail de la maman) un proverbe sereer dit ceci. calel yaay no ^peem a andditeel : le travail d'une épouse se reconnaît en ses enfants. C'est pourquoi l'exemple qu'il vient d'évoquer à savoir qu'il faut éviter d'avoir des rapports sexuels avec sa femme quand elle est fâchée abonde dans le même sens que le proverbe. Si un enfant est conçu dans ces circonstances, il risque d'être épileptique ou un vaurien.

Le second acte qu'il faut éviter est de poursuivre votre femme qui vous refuse et vous fuit sur le lit. Quand vous l'attrapez et que vous l'obligez à céder, et juste sur les rebords du lit. Tout cela est interdit dans la morale sexuelle du sereer.

/302/. R.C. Tu lui demandes ce qu'il en pense.

/303/. T.D. Quand un homme désire sa femme, qui refuse, il la traque et l'oblige à céder sur les rebords de leur lit, est-ce que c'est une bonne chose ?

/304/. D.Nd. Ce n'est pas bon. Dans ces conditions, on ne doit pas coucher avec sa femme.

/305/. T.D. C'est des attitudes qui engendrent de mauvais enfants.

/306/. D.Nd. C'est ce que je vous disais, mais pour l'histoire de l'enfant épileptique, je ne savais pas. En tout cas certaines mésententes conjugales peuvent aboutir à la conception de mauvais enfants.

/307/. T.D. Il déclare qu'il ne savait pas qu'une mésentente pour des rapports sexuels pouvait faire un enfant épileptique. Généralement, il sait que le fait d'obliger sa femme à faire des relations sexuelles engendre des enfants vauriens. C'est d'ailleurs pourquoi une femme disponible ne doit jamais se refuser à son mari quand celui-ci en éprouve le désir.

/308/. G.F. Est-ce qu'il est bon d'avoir des rapports sexuels avec une femme qui a ses règles ?

/309/. D.Nd. Non, c'est une mauvaise chose à cause du sang.

/310/. G.F. Il m'a dit que ce n'est pas bon, car durant cette période la femme ne sort que du sang.

/311/. D.Nd. Mais ces règles sont variées. Il y a des règles normales et ses règles permanentes.

/312/. R.C. Est-ce qu'en d'autres moments, on recommande des jours à ne pas coucher avec sa femme ?

/313/. G.F. Connaissez-vous Alarba Kare (mercredi banni) les anciens disaient que tout marié pouvant identifier ce jour devait éviter d'avoir des rapports sexuels avec sa femme cette nuit.

/314/. D.Nd. A chacun ses convenances. S'agissant de notre famille, celle de Sitor Ndour de Ngor Kamoy, notre jour Totem c'est le Mardi. Si on le pouvait on aurait des rapports sexuels avec nos épouses que le jour de mardi.

/315/. G.F. Je lui ai demandé s'il avait entendu parler de Alarba Kare, c'est une nuit bannie durant laquelle le marié doit éviter d'avoir des rapports sexuels avec sa femme. Il me répond que non. Que chacun avait ses convenances. Pour son kurcala, la famille de Sitor Ndour de Ngor Kamoy, leur jour propice pour faire des rapports sexuels est le mardi.

/316/. T.D. Ca dépend des familles. Il y a des interdits dans chaque kurcala.

/317/. R.C. Et maternelle non ?

/318/. T.D. Dans la famille maternelle c'est non. Par exemple, les FAY ne mangent pas une plante qu'on appelle xa paa-fay.

/319/. G.F. Xa paa-fay. C'est des plantes rampantes dont les feuilles sont comestibles.

/320/. T.D. Chez nous, la famille Ngaraaf, on ne mange pas xa gaasuu[^]p (plante rampante aussi) et ainsi de suite.

/321/. R.C. Ce que je veux demander, c'est pendant la grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement, est-ce qu'il y a des recommandations sexuelles ?

/322/. G.F. De la grossesse à l'allaitement, est-ce qu'il n'y a pas des choses à faire ou à ne pas faire en matière de rapports sexuels ?

/323/. D.Nd. Quand la femme accouche ?

/324/. G.F. Et pendant la grossesse aussi ?

/325/. T.D. Durant toute cette période, est-ce qu'il y a des jours choisis pour les rapports sexuels et d'autres où l'on recommande de s'abstenir ?

/326/. D.Nd. Chaque marié a sa méthode particulière de faire des rapports sexuels avec sa femme.

/327/. G.F. Pour ce qui concerne les relations sexuelles, chaque couple les organise comme il l'entend. Certains couples les accentuent pendant la grossesse et les diminuent au cours de l'allaitement. D'autres les diminuent pendant la grossesse et les accentuent pendant l'allaitement et ainsi de suite.

/328/. T.D. Certains mariés ne couchent plus avec leurs femmes quand elles sont en grossesse avancée. Un exemple : pendant la guerre, quand un homme parti dans l'armée, quittait sa femme en état de grossesse, on faisait boire à cette dernière des plantes spéciales qui comblaient le vide des rapports sexuels que devait faire le mari absent.

/329/. R.C. Est-ce que cela veut dire que l'effet de la plante remplace les rapports sexuels ?

/330/. T.D. C'est un exemple que je vous donne. Le mari d'une femme est allé à la guerre où il est tué. En allant dans l'armée, sa femme était déjà en grossesse. Puisqu'on dit traditionnellement que quand une femme enceinte rompt avec les rapports sexuels, elle risque d'avoir un accouchement difficile, pour lui éviter une telle situation, on lui confectionne un breuvage à base d'écorce de ngel (arbre). L'effet du breuvage remplace les rapports sexuels dont la femme enceinte aurait besoin.

/331/. R.C. Ca a quel effet ?

/332/. T.D. C'est un breuvage gluant qui doit faciliter la sortie éventuelle du bébé pendant l'accouchement.

/333/. R.C. Est-ce que tu peux lui dire ça en deux mots ?

/334/. T.D. Aux temps des guerres, certains hommes allaient dans l'armée laissant derrière eux des femmes enceintes. Puisque de coutume, le sereer pense qu'une femme enceinte a besoin de rapports sexuels jusqu'à l'accouchement, sinon celui-ci a des risques d'être difficile. De ce fait on lui cherche un palliatif, des écorces de ngel comme breuvage. Avez-vous entendu parler de ça ?

/335/. D.Nd. Quand la femme est en travail, oui.

/336/. T.D. Oui je parle du travail d'accouchement.

/337/. D.ND. Oui et il y a autre chose. Il y a un gris-gris qu'on enterre au dessous du lit sur lequel on dort avec sa femme, quand elle est enceinte. Ca peut faciliter l'accouchement d'une femme.

/338/. T.D. Les anciennes donnaient aux femmes enceintes du lait de pain de singe ou un breuvage à base d'écorces de ngel. Pour que l'accouchement ne soit pas difficile.

/339/. D.Nd. C'est des pratiques qui sont faites jusqu'à présent.

/340/. T.D. Il me répond que c'est des procédés qu'on utilise jusqu'à présent pour faciliter l'accouchement à certaines femmes.

/341/. R.C. Est-ce que tu peux lui demander, quand le mari est là, s'il est bon d'entretenir des relations sexuelles pour faciliter l'accouchement. S'il te dit que c'est ça, vous lui posez cette seconde question, est-ce que pendant la grossesse, quand elle est un peu avancée, les rapports sexuels ont lieu de la même manière et dans la même position, ou bien est-ce qu'il y a changement de position en ces moments là ?

/342/. T.D. Est-ce que le rythme des rapports sexuels doit changer et la manière de coucher quand la femme est en grossesse avancée ou est-ce qu'il faut respecter le rythme et la position initiale d'avant grossesse ?

/343/. D.Nd. Pour ça, j'ai conclu, chaque homme seul sait comment, il doit faire des rapports sexuels avec sa femme.

/344/. G.F. Il vous réitère que chaque homme décide sa propre manière de coucher avec sa femme. Un homme en tout cas qui fait des rapports sexuels peu avant son travail lui facilite l'accouchement. Ceci pour dire que les relations sexuelles sont très importantes pour une femme enceinte.

/345/. R.C. On dit dans certains pays d'Afrique qu'entretenir des relations sexuelles pendant la grossesse est bon si l'enfant ...

/346/. T.D. Même ici.

/347/. R.C. Oui.

/348/. T.D. Il n'y a que l'ethnie Peulh-Fouta qui ne fait pas ça. Dès que la femme peulh est enceinte, elle rompt avec les relations sexuelles jusqu'à l'accouchement. ne les reprendra qu'après le sevrage de son enfant.

/349/. G.F. C'est un peu mon cas. Quand ma femme est en grossesse un peu avancée, je l'évite au lit. Son corps souvent chaud me décourage.

/350/. T.D. Demander à la femme sereer de se mettre sur certaines positions au cours des rapports sexuels rencontre toujours un refus.

/351/. R.C. On considère que ce n'est pas...

/352/. T.D. Elle considère que tu ne la respectes pas. Avec certaines femmes elles te disent : refiim a caga : je ne suis pas une garce.

/353/. G.F. Pour la femme sereer, essayer de lui faire prendre certaines positions au cours des relations sexuelles est déshonorant. Elle pense tout de suite que son mari la prend pour une garce. Il n'y a que l'originale position : la femme s'étale et s'ouvre. L'homme est sur elle. C'est tout.

/354/. T.D. Le respect de l'unique position durant les rapports sexuels, permet à la femme de démontrer à son homme qu'elle n'est pas une dévergondée ou une vicieuse. Durant ces rapports, la femme est sereine et ne fait aucun geste. Car pour certains, quand ils couchent avec une femme turbulente, ils en déduisent qu'elle ne doit pas être sérieuse.

/355/. R.C. Est-ce que traditionnellement, il existe des recommandations aux jeunes par exemple ou des précautions pour ne pas attrapper une maladie sexuelle ?

/356/. T.D. Est-ce qu'il y a des recommandations à faire aux jeunes pour qu'ils n'attrappent pas des maladies sexuelles ?

/357/. D.Nd. Si.

/358/. T.D. Si, il y en a.

- Qu'est-ce qu'on leur dit. Ou qu'est-ce qu'on leur fait ?

/359/. D.Nd. Quand un jeune me demande de l'aider à se protéger des maladies sexuelles, je lui demande de me chercher l'os d'une poule égorgée pour une nouvelle mariée. Je le lui garnis d'un médicament protecteur.

/360/. T.D. A certaines jeunes qui viennent le voir pour un gris-gris préventif, contre les maladies sexuellement transmissibles, il leur réclame un os de poule tuée pour une nouvelle mariée qu'il garnit d'un médicament.

/361/. D.Nd. Il s'agit uniquement d'un os de poule tuée pour une nouvelle mariée.

/362/. T.D. Il confectionne exclusivement le gris-gris avec un os de poule tuée pour une nouvelle marié.

- Une fois des jeunes filles étaient venues me voir à la maison. Quand elles ont quitté, mon père m'a appelé et m'a dit : tu reçois des femmes maintenant ? Il m'a demandé si j'avais déjà fait des rapports sexuels. En réponse je lui dis : je ne sais pas. Il me fit la recommandation suivante. Quand tu veux coucher avec une femme qui n'est pas la vôtre, pose d'abord ton genou sur son sexe avant de la pénétrer. Cette précaution te protège contre toute contamination sexuelle.

/363/. G.F. C'est des procédés préventifs pour ne pas être contaminé.

/364/. D.Nd. Les uns connaissent ceci et les autres cela.

/365/. T.D. Oui.

- On vous a tout demandé n'est-ce pas. Est-ce que nous n'avons pas oublié une autre maladie que vous connaissez ?

/366/. D.Nd. Non.

/367/. T.D. Est-ce que la lèpre est une maladie que l'homme et la femme peuvent se transmettre ?

/368/. D.Nd. Pour la lèpre, je n'ai pas de connaissances.

/369/. T.D. Il déclare n'avoir pas de savoir approfondi au sujet de la lèpre. Il apprend tout de même que la lèpre est une maladie contagieuse.

ANNEXE 4

LES RESULTATS DE L'ENQUETE SERO-EPIDEMIOLOGIQUE

1

Cette annexe comporte uniquement le texte légèrement remanié de la communication présentée au Colloque de Kinshasa, en octobre 1990.

Les résultats de la surveillance épidémiologique concernent une année d'étude. La surveillance a été poursuivie et les résultats devraient être bientôt disponibles. Ils seront présentés sous la responsabilité de P. LEMARDELEY.

Uème CONFERENCE INTERNATIONALE

SUR LE SIDA EN AFRIQUE

Kinshasa, octobre 1990

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES INFECTIONS VIH ET DES MST
EN ZONE RURALE DU SENEGAL

P.LEMARDELEY *, C.BECKER *, A.DIALLO *, M.E.EZAN *, S. MBOUP**,
J.L. REY***

* ORSTOM B.P. 1386 Dakar, ** CHU Dakar-HALD, *** ORSTOM,
Montpellier

OBJECTIFS :

Evaluer l'importance épidémiologique des infections VIH et
des MST dans la zone rurale de Niakhar.

LIEU :

Observatoire démographique de Niakhar, à 120 kms de
Dakar (région médicale de Fatick), comprenant 30 villages habités par
25 000 personnes. Sur la zone il y a trois dispensaires, où s'est
déroulée une visite hebdomadaire d'un médecin (A. DIALLO), et une
séance hebdomadaire de consultations prénatales (M.E. EZAN).

POPULATION ETUDIEE :

* Femmes enceintes, venues en consultation prénatale, de Juin 1989 à
mai 1990 (N = 916)

* Consultants MST (N = 24)

* Tousseurs chroniques dépistés par passage à domicile (N = 143),
dont 10 % de tuberculeux confirmés à posteriori

* Consultants adressés par les enquêteurs de l'étude anthropologique
parallèle sur les migrations et les comportements sexuels (N = 395)

METHODES :

Pour VIH : ELAVIA PASTEUR et HIV CHEK; Confirmation par WESTERN BLOT

Pour Tréponèmes : Agglutination RPR (Biotrol) et confirmation TPHA.

DUREE :

Un an : juin 1989 à mai 1990. La surveillance a été poursuivie après cette dernière date.

RESULTATS :

Sérologie tréponémique :

	Effectif	RPR	TPHA
Femmes enceintes	916	34 (3,7 %)	8 (0,9 %)
Tousseurs	143	5 (3,5 %)	4 (2,8 %)
MST	24	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)
Enquête anthropologique	395	21 (7,1 %)	11 (2,7 %)

Sérologie VIH :

	Effectif	ELISA +	W.BLOT
Femmes enceintes (ELAVIA)	449	69 (15,4%)	1 VIH 1
(HIV CHEK)	856	41 (4,8%)	1 VIH 2
MST + Enquêtés	395	12 (3,0%)	3 VIH 2
Tousseurs	143	8 (5,6%)	0

CONCLUSIONS

Le nombre de consultants spontanés MST a augmenté grâce à l'organisation d'une consultation où le diagnostic est extemporané et le traitement fourni.

Le test HIV CHEK s'est montré très intéressant, en particulier en diminuant de façon très importante le nombre des sérums non confirmés (UPP pour ELAVIA = 2/69, UPP pour HIV CHEK = 3/41).

La séroprévalence VIH est globalement faible malgré des comportements à priori à risques, caractérisés par une forte divortialité et un taux de migrations urbaines saisonnières important (80 % des jeunes adultes de 16 à 29 ans).

Il apparaît une relation, à préciser ultérieurement, entre les taux de séroprévalences VIH et tréponémique.

*******.**

ANNEXE 5

L'IEC : PERSPECTIVES HISTORIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES

L'annexe 5 a été sollicitée par le Professeur S. MBOUP et a été présentée lors du quatrième colloque de la convention interuniversitaire (Harvard-Tours-Limoges-Dakar) en décembre 1990.

Elle constitue l'introduction à une table-ronde qui a été consacrée, durant toute l'après-midi du 4 décembre, à l'impact des programmes d'information, d'éducation et de conseil en matière de SIDA

QUATRIEME COLLOQUE DE LA CONVENTION INTER-UNIVERSITAIRE

PREVENTION DU SIDA ET DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1

3-5 décembre 1990

Dakar Sénégal

TABLE RONDE : IMPACT DES PROGRAMMES IEC

Introduction par Charles BECKER (ORSTOM)

8888888888

Le Professeur MBOUP m'a demandé d'introduire cette table ronde et je voudrais d'abord le remercier de cet honneur. Il m'a prié d'insister plus que d'habitude sur le volet rural, en présentant ici les travaux réalisés dans la région de Niakhar par l'Unité de Recherche "Population et Santé" de l'ORSTOM, dans le cadre d'un programme de recherche anthropologique soutenu par l'ANRS.

Mon introduction vise avant tout à susciter un débat fécond, où seront pris en considération tous les éléments permettant de définir les possibilités, les difficultés, les méthodes de l'IEC dans les sociétés et dans les pays africains où la pandémie du SIDA est à l'oeuvre.

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur le fait que, comme le dit le Professeur GENTILINI, en introduction à un ouvrage édité récemment par Didier FASSIN et Yannick JAFFRE, sur le thème Santé, Sociétés et Développement (1990), "les politiques successives de développement initiées dans les pays du Tiers-Monde, singulièrement celles de développement sanitaire, n'ont pas tenu leurs promesses... Il est devenu banal de rappeler que les écarts entre les plus favorisés et les plus démunis se creusent... Les technologies se perfectionent, la recherche progresse, dans le domaine médical comme dans d'autres, mais les profits de ces avancées de la science servent avant tout ceux dont la santé est la mieux protégée, et dont l'environnement est, malgré des carences, à lui seul une protection sanitaire. Ailleurs, les populations les plus nombreuses, les plus altérées physiquement, ne perçoivent que des retombées parcellaires incapables de combler les tares du sous-développement. Mais les difficultés rencontrées dans ce domaine ne sont pas seulement techniques ; elles sont aussi économiques, sociales, politiques et culturelles. Tous ces facteurs doivent être analysés et pris en compte par les décideurs".

C'est pourquoi, il est bon d'évoquer avec quelque détail les problèmes spécifiques posés dans le milieu rural, que la pandémie de SIDA a atteint parfois depuis longtemps et parfois depuis peu de temps, avec une rapidité variable. Il faut garder à l'esprit que les situations épidémiologiques sont variables entre les divers pays africains, et dans chaque pays entre les zones urbaines et rurales, et entre les différentes parties d'un même pays.

Je voudrais recourir ici à un double éclairage pour lancer notre débat: d'abord en faisant appel à l'histoire de la santé qui a beaucoup à nous apprendre sur les stratégies de lutte contre les maladies, sur les raisons de leurs succès et de leurs échecs, ensuite en privilégiant l'anthropologie que nous avons utilisée lors de nos études en milieu rural au Sénégal, pour comprendre les croyances, les attitudes et les pratiques des sociétés rurales africaines, et pour évaluer les stratégies possibles d'IEC en milieu rural. Nous insistons sur des exemples sénégalais qui nous semblent significatifs et méritent d'être confrontés à d'autres exemples africains.

Mais une remarque préalable générale mérite d'être faite, car elle est largement fondée sur l'analyse historique des politiques de santé -de prévention et d'intervention-, et sur les constats actuels qui manifestent de grandes inégalités devant la maladie et la mort. Les sociétés rurales ont, encore bien moins que les sociétés urbaines africaines, été considérées comme des sociétés responsables de leur santé. En déniait la validité des divers recours thérapeutiques traditionnels, les responsables médicaux ont privilégié des interventions parfois efficaces, parfois aussi désastreuses lorsqu'elles ont été effectuées sans respect et sans intérêt pour les sociétés confrontées à des crises sanitaires. Ainsi les logiques de l'intervention médicale, dont l'efficacité ne saurait être niée, n'ont pas toujours tenu compte et ont même souvent refusé de comprendre les logiques sociales à l'oeuvre face à la maladie et à la mort : elles ont en tout cas négligé les efforts requis par une IEC intelligente qui suppose la connaissance et le respect des personnes et des cultures auxquelles elle s'adresse.

Cette remarque préliminaire nous amène à interroger d'abord l'histoire et à considérer les crises sanitaires du passé (épidémies, endémies), à l'occasion desquelles ont été définies des stratégies de lutte, de prévention ou de prophylaxie, et parfois des actions d'éducation sanitaire.

L'HISTOIRE

Comme nous avons essayé de la montrer à l'aide d'une bibliographie annotée sur l'histoire de la santé et de la population en Sénégambie (COLLIGNON et BECKER, 1989), les crises sanitaires ont été nombreuses et variées au cours de l'histoire.

Depuis l'époque de la traite des esclaves et en liaison avec elle, les maladies sont présentes, connues localement ou importées. Les renseignements les plus abondants portent sur la population des comptoirs, mais aussi sur les esclaves dont on connaît la forte mortalité avant l'embarquement dans les captiveries où la malnutrition et les conditions d'hygiène entraînent une morbidité et souvent une mortalité notable. Lors de la traversée de l'Atlantique, les taux de mortalité dépassent les 10 % et résultent des conditions de vie à bord des navires négriers et de l'état sanitaire des esclaves au départ des côtes africaines. Au 18^e siècle on enregistre de fortes épidémies, et les compagnies commerciales encouragent les efforts des "médecins" et "chirurgiens" pour réduire la morbidité et la mortalité des personnels européens, et aussi des captifs. Mais les travaux de cette époque demeurent surtout des descriptions et proposent parfois des mesures préventives ou curatives qui peuvent faire appel à des ressources locales : citons par exemple les travaux du naturaliste célèbre Michel ADANSON qui s'intéressa dès le milieu du 18^e siècle aux vertus de la pharmacopée traditionnelle. Néanmoins, on reste encore très démuné devant

les problèmes de santé qui sont souvent importés de l'extérieur et se développent à partir des points de traite européens.

Au 19e siècle, qui voit le développement de la conquête coloniale, les conditions sanitaires se dégradent : les épidémies se multiplient, avec une dizaine d'épisodes de variole ainsi que de fièvre jaune, mais aussi de choléra. Alors que les sociétés africaines utilisaient les ressources de leurs savoirs médicaux, les Européens ont cherché à assurer la protection des comptoirs, des postes et des personnels engagés dans les processus de conquête et d'organisation coloniales. Les mesures de prophylaxie et d'hygiène appliquées dès lors dans les établissements comportent la mise en oeuvre fréquente de l'isolement pour ne pas dire de la ségrégation.

Durant les deux premiers tiers du 20e siècle, soit la période coloniale, les crises sanitaires restent très nombreuses malgré les progrès de la science médicale et leur utilisation dans certaines parties de l'Afrique. La stagnation démographique, avec même des régressions, qui se constate jusque 1930, s'explique par les problèmes médicaux de l'époque, avec en particulier celui de la peste qui apparaît en 1912 et ne sera résolu qu'en 1945. Il s'agit là d'une épidémie qui a touché la ville et plus encore la campagne où les victimes ont été nombreuses. Comme pour les autres épidémies du 20e siècle, des mesures sanitaires de prévention et de lutte ont été prises : en ville on note de rares tentatives d'information et d'appels à la participation des citoyens africains, mais surtout l'application de mesures d'hygiène répressives et une tentative d'instauration d'une ségrégation dans l'habitat entre la population blanche des colons et la population africaine. Cet essai -création de la Médina- qui sera un échec, manifeste à quel point les pouvoirs coloniaux pensaient pouvoir imposer, par la force même, un ordre sanitaire et combien la possibilité d'une éducation sanitaire était rejetée a priori. En milieu rural, beaucoup de malades moururent lors des épidémies, et des épidémies de peste en particulier, sans interventions immédiates des autorités. Mais les mesures sanitaires appliquées après la déclaration ont été dures. On se souvient jusqu'à aujourd'hui de ces épisodes et des cruautés de l'intervention des services de santé. Plus qu'en ville les mesures ont été imposées et souvent exécutées par des étrangers ignorant tout, délibérément, des pratiques sociales devant la maladie et la mort. Création de lazarets avec internement forcé, incinération des cases avec tous les biens dont certains sacrés, enterrement des morts sans les rites prévus et en l'absence de la famille, tout cela par la main d'étrangers le plus souvent, ce n'était pas la manière la plus efficace pour une éducation efficace : ces épisodes restent gravés dans la mémoire des survivants qui, jusqu'à présent évoquent ces temps de malheur où l'on a tenté aussi de comprendre la maladie et de la soigner à l'aide des savoirs des thérapeutes traditionnels. L'opposition entre ces derniers, qualifiés trop souvent de "charlatans", et les agents de la politique sanitaire imposée lors des épidémies mériterait une longue analyse qui ferait sans doute ressortir beaucoup de présupposés idéologiques à l'oeuvre dans toute l'entreprise de colonisation européenne.

Pendant les 60 années précédant les indépendances, les déséquilibres entre les grands centres urbains et les campagnes s'affirment : le présupposé implicite a été qu'à partir des villes la diffusion du progrès sanitaire allait s'effectuer tout comme la diffusion de tous les autres progrès, par l'intermédiaire des agents affectés ou envoyés en mission ponctuelle vers le milieu rural. On pensait également que des actions d'envergure, menées avec une participation minimale des populations, pourraient entraîner une éradication rapide de maladies comme le paludisme par exemple. Cependant certains problèmes de santé, en particulier celui des MST, ont été envisagés dans les grandes villes presque exclusivement où des mesures ont été prises et des centres de soins institués, sans que l'impact de ces maladies soit évalué et que des actions soient entreprises en milieu rural.

Durant les 30 années d'indépendance, on a connu plusieurs phases dans les politiques et les stratégies sanitaires, qui ont été mises en oeuvre dans les diverses parties du pays. Mais aujourd'hui, en dépit des efforts consentis et des succès obtenus, les constats invitent plutôt au désenchantement : fortes inégalités dans les recours aux soins et aux médicaments, déséquilibres maintenus entre grande ville et campagne, réduction trop partielle de la mortalité infantile et maternelle, insuffisances des tentatives d'IEC qui n'ont pas réussi à convaincre les sociétés destinataires de l'efficacité et de la légitimité de la médecine "moderne".

En somme, l'histoire nous invite à réfléchir et à comprendre pourquoi cette médecine n'est pas parvenue à imposer ses raisons et ses pratiques dans les villes et surtout dans les sociétés rurales, en reconnaissant avant tout les énormes lacunes de l'information, de l'éducation et de la communication qui a été trop peu pratiquée et à laquelle on a souvent préféré des solutions techniques imposées ou des méthodes contraignantes voire répressives à l'endroit des sociétés affrontées à l'épidémie et au malheur.

L'ANTHROPOLOGIE

L'anthropologie et la sociologie ont permis de comprendre certaines causes des échecs du passé : elles ont montré que, dans toute société la maladie n'est pas seulement une réalité biologique justiciable de thérapeutiques et de techniques, mais est aussi une réalité vécue par des personnes et des sociétés. La pertinence de la distinction désormais classique, suggérée par l'anthropologie médicale, entre la maladie comme réalité biologique (disease), réalité subjective (illness) et réalité socio-culturelle (sickness) est bien acquise. Elle oblige à remettre en cause les schémas classiques de l'intervention en matière de santé, qui visait presque exclusivement la maladie biologique. On devine ainsi que l'intervention médicale, l'information, l'éducation, la communication, le conseil ne peuvent réussir qu'en connaissant et en tenant compte des

représentations et des pratiques traditionnelles en matière de santé. Si devant l'acuité du problème de santé que constitue le SIDA, on a demandé le secours des sciences comportementales, c'est qu'on admet enfin l'existence de représentations et de pratiques sociales en matière de santé qui doivent être connues et reconnues autrement que comme des obstacles et des freins, mais comme des déterminants qui ne sauraient perdre leur force par de simples décisions des médecins.

En étudiant lors de nos enquêtes les représentations sereer à propos de la maladie, en particulier des MST, en interrogeant sur les recours thérapeutiques et sur les guérisseurs, responsables traditionnels de la santé, en réalisant également des enquêtes sur les comportements sexuels et matrimoniaux, sur les migrations des jeunes adultes qui peuvent constituer des facteurs de risque pour les infections VIH, on a abouti à des résultats assez surprenants.

On constate aujourd'hui une dualité de recours thérapeutiques, mais aussi une réelle ouverture aux possibilités de soins offertes par la médecine européenne. Les connaissances sur les MST seraient qualifiées de très rudimentaires voire d'erronées par les médecins. Les MST identifiées par les patients comme responsables de maux très divers (dont certains cadrent très mal ou pas du tout avec les nosographies européennes) ou par les guérisseurs traditionnels sont décrites à l'intérieur d'un système de pensée où les causalités (causes, origines, agents de la maladie) sont multiples

Lors des enquêtes réalisées sur plus de 2000 jeunes adultes, on a remarqué que peu de choses ont passé à travers les messages reçus par les migrants en ville et par les adultes revenus au village, à propos des MST, des connaissances sur les moyens de contraception moderne, et aussi de la contraception traditionnelle qui semble socialement rejetée. Néanmoins, le recours thérapeutique aux consultations proposées dans le cadre de notre étude (visites prénatales, consultations MST qui ont été appréciées surtout par les femmes et pour des problèmes de stérilité ou de fécondité) a été notable. Il n'existe pas de rejet a priori de ce type de recours, même s'il s'agit souvent d'un recours précédé par des consultations auprès de spécialistes traditionnels.

L'étude sérologique pour connaître des taux de prévalence fiables pour les diverses catégories de la population a connu quelques difficultés, car les prélèvements ne sont acceptés qu'en cas de recours médical spontané et voulu, suite à un problème de santé ou à une situation où le recours au médecin ou à la sage-femme est préféré à d'autres choix. Néanmoins, les résultats encore incomplets obtenus suggèrent des taux de prévalence faibles et à peu près stables depuis deux ans, se situant à moins de 0,5 %. Les MST, avec la syphilis en particulier, sont plus fréquentes, mais leurs taux ne semblent pas très élevés. Ces résultats sérologiques préliminaires

sont à mettre en relation avec les résultats de l'enquête sur les comportements sexuels et matrimoniaux, qui manifestent la forte emprise des règles sociales traditionnelles. Il apparaît que la liberté sexuelle est limitée. Malgré des taux de nuptialité et de divortialité très élevés dans la population générale, il semble que les conduites sexuelles privilégient les relations avec des partenaires réguliers : relations avec un "fiancé" avant le mariage, relations avec un ou des conjoints à l'intérieur d'un couple monogame ou polygame, relations assez rares avec des partenaires occasionnels. Même en milieu urbain, les pressions sociales demeurent fortes et le choix des partenaires reste soumis à des règles assez rigoureuses.

Devant une telle situation, quel type d'information, d'éducation, de communication, de conseil doit-on promouvoir ?

Assurément, l'utilisation du message de la peur et des métaphores guerrières est inapproprié pour l'information et l'éducation. Comme le montre si bien Susan SONTAG dans son essai sur le Sida et ses métaphores, il serait peut-être bon d'abandonner une métaphore souvent utilisée à propos du SIDA, la métaphore militaire. Car, comme le dit S.SONTAG, "son corollaire, le modèle médical du bien-être public, est sans doute plus dangereux et doté de conséquences plus lointaines, car non seulement il fournit une justification convaincante à un pouvoir autoritaire, mais il suggère implicitement la nécessité de la répression et de la violence étatiques (l'équivalent de l'ablation chirurgicale ou du contrôle chimique des parties délictueuses ou malsaines du corps politique). L'effet de ces images militaires sur la pensée de la maladie et de la santé est loin d'être négligeable. Car elles sur-mobilisent, elles sur-décrivent et elles contribuent puissamment à l'excommunication et à l'exclusion et à la stigmatisation des malades".

Alors quelles voies trouver pour une participation de tous les acteurs sociaux à la prise en charge des problèmes de la santé et en particulier du problème nouveau et grave que constitue le SIDA ? Quelle sera la place de ces acteurs dans la prévention et dans l'éducation ? Quelles sont les conditions pour une réussite des efforts que nous ici, qui sommes chargés de responsabilités importantes, mais jamais exclusives des responsabilités des personnes et des sociétés que nous avons à soigner, ou à informer, ou à éduquer, ou à conseiller ?

Il y a d'abord à connaître les systèmes de pensée et les références culturelles des personnes et des groupes sociaux auxquels s'adressent nos messages.

Il y ensuite à tenir compte des systèmes de régulation sociale et des modes de transmission des savoirs, dans les sociétés rurales mais aussi dans les milieux urbains où certains canaux sont à privilégier et où le recours à des procédés traditionnels (comme les proverbes et les multiples ressources de la parole) et modernes peuvent être combinés. Par ailleurs, en

milieu rural certains moments de la vie sociale, où des connaissances sont transmises (initiations, naissances, mariages), peuvent être privilégiés pour transmettre aussi des messages à condition qu'un dialogue soit instauré avec les responsables traditionnels.

Il y a enfin, de la part des responsables des politiques de santé et d'éducation, à être conscients du fait que les messages à faire passer sont à légitimer par rapport à toutes les sociétés et les groupes sociaux destinataires, qui ont souvent d'autres pratiques et recours thérapeutiques légitimes et socialement acceptés.

En conclusion, je voudrais proposer quelques axes pour notre discussion, qui semble attendue, car depuis hier des questions nombreuses sont posées. Il serait bon que les interventions soient regroupées par thèmes que nous pourrions aborder successivement, en tenant compte des spécificités des situations en milieu urbain et en milieu rural.

1° Pour les problèmes d'information et de sensibilisation à propos du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles, quels agents, quels moyens, quels groupes sont à choisir en priorité ? Faut-il nécessairement une information généralisée, préconisant par exemple l'utilisation de préservatifs, partout, même dans les sociétés ou les groupes où cette utilisation est mal perçue et où les comportements sexuels semblent encore fortement régulés par la société traditionnelle ?

2°) Quel peut être le rôle des instances traditionnelles (comme les thérapeutes, les détenteurs de savoirs ou de pouvoirs de guérison, ou des instances religieuses qui sont sans doute prêtes à oeuvrer pour le bien-être et la santé, mais sont plus hésitantes, pour ne pas dire plus, à cautionner des pratiques mal acceptées et justifiées ? Comment faire participer ces acteurs sociaux attachés à des systèmes de pensée qui ne sont pas à considérer a priori comme des obstacles ?

3°) Quels types d'études ont été faites et restent à faire pour mieux comprendre les représentations et les pratiques des diverses sociétés africaines et sénégalaises en particulier, en matière de sexualité, de comportements matrimoniaux, de fécondité, de circoncision ou d'excision ? Au cours d'un séminaire récent tenu à Sonderborg au Danemark, à propos des études anthropologiques consacrées à la transmission sexuelle du SIDA, d'importantes études de cas africains ont été présentées (dont deux sur le Sénégal) : ne serait-il pas nécessaire de poursuivre ce type de recherches et de les prolonger pour mieux apprécier à propos des comportements sexuels, les normes traditionnelles et leur évolution, surtout à l'occasion des migrations vers les villes ou les pays étrangers ?

4°) Quels moyens techniques sont à utiliser pour promouvoir l'IEC dans les divers contextes sociaux ? A partir des exemples urbains et ruraux est-il possible de discerner des moyens à privilégier et des moyens à éviter ? Il

serait bon que soient évoqués ici les tentatives faites en diverses parties du pays ou ailleurs pour évaluer ce qui a été fait.

5°) Quelles attitudes adopter devant les cas de maladie et de séropositivité ? Il s'agit là d'un problème qui devient de plus en plus urgent auquel beaucoup d'entre nous ont été et se trouvent encore confrontés, sans avoir de réponses et de références bien nettes. Que faut-il dire à des séropositifs en ville, en milieu rural, que dire à leur(s) partenaire(s), comment aider et suivre les patients ? Il s'agit là de questions encore largement sans réponses, mais il s'impose une nécessité de définir des principes de conduite acceptés et reconnus par les médecins, les personnels médicaux et sociaux qui sont concernés.

6° Un autre problème, qui me semble important, est celui souligné par S.SONTAG : celui de l'attitude à l'égard des groupes à risque et des groupes atteints par la maladie, lorsqu'on délivre l'information et qu'on tente de promouvoir l'éducation ? Comment connaître et reconnaître ces groupes sans provoquer à leur égard l'exclusion, l'excommunication, et par conséquent augmenter la souffrance des malades ? Et ici, il faut insister sur le fait qu'en Afrique, comme le souligne un article paru dans le journal Le Monde du 1er décembre 1990 intitulé "Le Sida au féminin" que la pandémie du SIDA va marquer des millions de femmes au long des années 90 et que leur vulnérabilité est grande. Il est donc nécessaire de réfléchir sur les moyens de renforcer les initiatives, comme celles prises par la SWAA (Society for Woman ans AIDS in Africa) ou d'autres organisations visant à faire jouer aux femmes un rôle actif dans la prévention.

ANNEXE 6

L'ETUDE SUR LES MIGRANTS EN SITUATION URBAINE

PROGRAMME D'ETUDE DE M. THIOUNE

Mamadou THIOUNE
Etudiant en DEA d'Anthropologie
Université Cheikh Anta Diop
DAKAR

PROJET DE RECHERCHE POUR UN D.E.A.
D'ANTHROPOLOGIE MEDICALE

SUJET : "Représentation de la maladie, réseaux et recours thérapeutiques à partir de l'étude des M.S.T. et de la stérilité chez les migrants Sereer de Dakar".

Il est maintenant bien attesté depuis quelques décennies que le modèle bio-médical de la maladie et son pendant discursif ont subi de profondes mutations.

Issu d'une conception anthropologique positiviste de l'homme, ce modèle postulait le malade, la maladie et le médecin comme trois niveaux distincts. Ce postulat a donc contribué à la pratique d'un discours rationaliste concevant la maladie en tant que similaire chez tous les hommes séparant l'homme et sa maladie du domaine de la magie et de la religion ou de tout autre ordre de référence non objectivable.

André ARSENAULT résume bien ces caractéristiques du discours bio-médical occidental qui, précise-t-il "est né à la fois d'un refus de considérer la maladie comme une punition au sens de la tradition judéo-chrétienne ou comme une tragédie, au sens de l'irrévocable décret des dieux de l'Olympe. En tant que refus, il s'oppose à la culpabilité originelle tout autant à l'ordre "naturel" des choses ; en ce sens il est rationaliste. Il postule une conception anthropologique qui situe la maladie comme dissociable du malade, à la façon d'une structure qu'il est possible de décrire et de comprendre et sur laquelle on peut agir, réhabilitant ainsi le devenir compromis du malade ; en ce sens il est structural. Il repose aussi sur le sens particulier que l'on donne à l'individu en Occident : être unique dont la justification de vie est

transcendante, et donc essentiellement dissociable du contexte social dans lequel il évolue par ailleurs ; en ce sens il est dyadique ...".

En dépit de ces prétentions paradigmatiques, la thérapeutique médicale continue de recevoir et de traiter des malades "structuraux" et des malades "fonctionnels" (2).

C'est donc des mutations de ce modèle que nous voulions dire ci-dessus. C'est grâce à un processus de remise en cause et de questionnements de ce modèle classique de la maladie que celle-ci a véritablement constitué un domaine spécial de l'anthropologie au même titre que la parenté ou la culture.

Les pères fondateurs de cette discipline, qu'ils soient de l'école française ou anglo-saxonne ont joué un rôle majeur à l'ouverture à ce domaine grâce à leurs monographies ethnologiques.

Nous ferons l'économie de ces travaux et études pionnières du fait que la maladie n'y est pas considérée comme domaine autonome étant intégré à des pensées plus globales, religieuses ou magiques.

Ces travaux (3) sont donc disponibles à qui souhaite s'y reporter. Trois lignes de critique se sont constituées à partir de ce processus de remise en cause et de questionnements :

La première ligne concerne l'attention portée à l'homme malade et à la relation qu'il entretient avec son environnement.

La deuxième procède par approfondissement en cherchant à saisir l'articulation des dimensions physiologiques et psychologiques dans la production de la maladie.

La troisième qui est la plus radicale, considère la maladie comme un construit et s'interroge sur les différents niveaux de facteurs qui influencent ce processus de construction.

Les premières recherches sur la base desquelles a été formulée cette perspective ont mis en évidence le rôle des facteurs culturels dans la manière dont les symptômes sont perçus et exprimés, les étiologies interprétées et les thérapies expérimentées.

En résumé, cette perspective permet de montrer en quoi la maladie a une dimension sociale et tout en étant aussi biologique elle n'en demeure pas moins subsumée dans la vie représentative individuelle ou collective.

Ici en Afrique, les systèmes de médecine traditionnelle n'ont jamais fait l'objet de considération majeure et sont restés les parents pauvres dans les préoccupations des politiques de santé publique. Ce

manque d'intérêt paraît remonter déjà à l'époque coloniale. Nos recherches aux archives nationales du Sénégal de novembre 1990 l'ont attesté : parmi les 123 dossiers du répertoire (4) de la série H, Santé du fonds de l'ancienne AOF un seul dossier fait allusion à la pharmacopée africaine traditionnelle. Il s'agit du dossier I H 119.

Ce n'est que récemment que des organismes de recherches en coopération avec l'Etat Sénégalais et des praticiens de santé sur le terrain ont reconnu la persistance des recours aux thérapies traditionnelles. L'imbrication de celles-ci avec les thérapies modernes oblige pour le contrôle des consultations à intégrer les thérapeutiques traditionnelles dans la pratique biomédicale.

Il existe ailleurs une abondante littérature ethnographique (5) mettant en évidence l'efficacité relative des pratiques thérapeutiques traditionnelles. C'est à l'occasion des instances de promotion et des déterminations des programmes d'action sanitaire que chercheurs en sciences sociales et chercheurs en sciences biomédicales se retrouvent côte à côte : les uns interpellés pour déterminer les variables et dimensions sociales qui ressortissent au "terrain de la maladie ou de la santé" les autres pour en conséquence proposer des logistiques sanitaires et des modes d'intervention pratiques.

Dans un article sur la représentation culturelle de la Trypanosomiase, F.HAGENBUCHER SACRIPANTI (6) montre à l'exemple d'un cas concret comment des recherches d'entomologie médicale spécialisées dans la lutte contre la maladie du sommeil recourent aux significations psycho-sociales de la trypanosomiase. Après avoir identifié que ces significations déterminaient pour une part les trajectoires thérapeutiques, on découvrit que la création d'un auxiliaire invisible, double de la victime livré au sorcier démiurge était le mode d'interprétation de la maladie.

Ailleurs, A. EPELBOIN (7) dans un article intitulé "Selles et urines chez les Fulbé bande du Sénégal Oriental" conclut que le diagnostic des troubles chez ces Peul déterminait en partie et la nosologie et la recherche de thérapie : l'excrément est un indicateur de la qualité et de l'état du fonctionnement du corps. Si le processus d'élimination des excréments n'évolue pas spontanément et favorablement, s'il persiste et s'aggrave, les troubles qui en dérivent peuvent ne pas appartenir à la catégorie des maladies dites naturelles ; ils peuvent passer dans celle des maladies provoquées par un agent extérieur à l'individu.

La recherche de thérapie est du ressort du devin-regardeur. On assiste par là aux relations entre dimensions cognitives et dimensions pratiques (8), la seconde pouvant être fonction de la première.

Il ne fait donc aucun doute que les conceptions culturelles de la maladie ou de la santé déterminent en bonne partie la façon dont une population particulière prend soin de son corps ainsi que les formes précises que prend la quête de thérapie lorsque la maladie surgit et qu'il faut l'éliminer.

LE PROBLEME

Il ne s'agit pas ici de rapporter la "manière Sereer" de nommer, de classer ou de traiter la maladie ou de l'infortune son corrolaire ; mais il semble plutôt opportun de réexaminer la place que tiennent dans le domaine de pathologies particulières les représentations et en particulier les différentes articulations qui existent entre celles-là et l'organisation sociale en tant que support de la triple logique proposée par Marc AUGÉ (9).

Au Sénégal, l'étude pionnière de sciences sociales privilégiant la maladie comme domaine de recherche et celle des travaux (10) de l'équipe pluridisciplinaire de l'école psychiatrique du CHU de Fann avec la célèbre thèse de A. ZEMPLENI (11), ces travaux étant essentiellement restés de psychiatrie sociale des maladies mentales. Dans le cadre de travaux d'équipe de recherches associées, l'ORSTOM a réalisé diverses enquêtes : une ancienne enquête relative au thème de la "santé, migration et urbanisation" (1970-1973) (12), d'autres enquêtes menées dans le cadre d'un programme "urbanisation et santé à Dakar et à Pikine".

Il existe d'autres travaux de moindre envergure. Ce sont en fait des articles publiés dans la revue "PLURALE" (13) et des articles de l'équipe Sypros d'ENDA-Tiers-Monde (14). Ces articles sont plutôt orientés vers la descriptions des contextes socio-culturels des MST et du Sida. Les quelques travaux anthropologiques disponibles abordant de front la question des représentations et des recours thérapeutiques sont ceux de E. K. TALL, chez les Haal Pulaaren de la vallée du fleuve et de Didier FASSIN, sur Pikine.

La mise en évidence de la dimension sociale au sens où en parle M. AUGÉ à partir des représentations associées à certaines pathologies particulières selon les ethnies demeure ici au Sénégal très limitée.

Pour contribuer à cette orientation des recherches, nous voudrions privilégier ici la stérilité et les MST à partir de trois aspects :

- des représentations étiologiques à partir de la triple logique des références, des différences et des événements

- du mode de désignation de leur symptômes
- des réseaux et des recours thérapeutiques mis à contribution soit pour guérir, soit pour prévenir ces maladies.

Les orientations théoriques et méthodologiques en anthropologie de la maladie paraissent peu nombreuses comparées aux autres domaines de cette discipline. A. WALTER (16) dans un article consacré à un "bilan et perspectives " de l'anthropologie médicale en rappelle quelques unes. D. FASSIN souligne celle de L.B. GLICK (1976) qui, dit-il "se propose de partir non plus de phénomènes naturels (ou non naturels) mais d'une notion très différente : le pouvoir (power) qui regroupe certains aspects du domaine des idées religieuses paraissant cruciaux pour le domaine des idées concernant la maladie (17).

Nous allons donc investiguer notre terrain à partir du cadre théorique établi par M. AUGÉ qui aborde la maladie en termes d'expression symbolique et de rôle social. Cette voie nous paraît féconde en vue de rendre compte de la dimension sociale de la maladie.

Nous voudrions montrer par cette voie dans la filiation de celle de M. AUGÉ que le caractère social de la cause donc du système étiologique ne constitue pas l'unique dimension sociale de la maladie. Autrement, on tombe dans la classique distinction "du magique" et "du social" dans l'a priori de "la distinction d'un secteur considéré virtuellement empirico-rationnel et d'un secteur considéré comme irréductiblement magique qui condamne à ignorer les problèmes d'efficacité et les véritables implications du système étiologique" (18).

L'ensemble de cette dimension sociale relève, dit M. AUGÉ, "d'une triple logique :

- une logique des différences qu'on donne les uns par rapport aux autres, au moyen d'équivalences ou d'oppositions, les symboles qui servent à penser le social et constituent l'armature intellectuelle de celui-ci
- une logique des références qui établit les relations possibles (pensables) entre cette logique symbolique et l'ordre social empirique
- une logique de l'événement ou chrono-logique qui soumet les rapports de sens constitués par les deux premières à l'évidence d'un rapport de force dévoilé par l'histoire parce qu'il n'y a pas d'autre histoire réelle parce que par définition l'ordre des possibles (des différences et des références) ne peut tenir aucun événement pour contingent, il ne peut contredire l'ordre de l'histoire (individuelle et sociale)" (19).

C'est donc à partir de ce modèle conceptuel de logique que nous voudrions élaborer nos recherches.

CONCEPTUALISATION

Représentation :

Ne devrait pas être ici entendu au sens épiphénoméniste du concept qui veut que toute représentation de tout ordre meurt aussitôt qu'elle naît. E. DURKHEIM (20) a rétabli le sens sociologique en montrant qu'il s'agit des conduites, des croyances et jugements individuels ou collectifs étayant des pratiques effectives et repérables.

Les dimensions qui la constituent sont au moins de deux ordres : les comportements et les discours émis par les acteurs concernés. Ces deux dimensions peuvent être décrites et analysées à partir d'indicateurs caractéristiques.

Réseaux :

Il s'agit ici de la sociabilité recréée par les migrants face à l'"événement" maladie dans les situations urbaines. Il désigne la parenté en tant que troisième degré de la relation thérapeutique. Il faut ici distinguer selon D. FASSIN :

- la relation sociale tissée avec les originaires : relation de parenté, d'alliance, de caste, de village
- les rapports sociaux établis avec les citadins : relation de voisinage de travail, d'association, d'alliance.

Ces réseaux sont donc impliqués dans la prise en charge thérapeutique à la survenue d'une maladie et déterminent en partie les trajectoires diagnostiques et thérapeutiques.

- Les recours thérapeutiques désignent ici les modes de consultation et de traitement entrepris par le réseau social au niveau des systèmes informels et formels de soins.

HYPOTHESES DE TRAVAIL

Hypothèse I :

Les faits de maladies/santé et les représentations qui leur sont associés en étant inscrits dans la totalité sociale sont susceptibles d'être décrits et analysés comme des processus socio-symboliques à

partir des discours des acteurs qui se sentent ou sont perçus comme malades, des partenaires sociaux (réseaux) et des thérapeutes.

Hypothèse II :

Ce discours nous met en meilleure position de saisir les modalités conceptuelles et symboliques par lesquelles le social informe l'appréhension du biologique par le biais des logiques de référence, de différence et des événements.

Hypothèse III :

Le processus de recours thérapeutique ne peut être reconstitué dans sa logique qu'à partir de quatre déterminants

- organisationnel
- socio-démographique
- culturel
- psychologique.

Hypothèse IV :

Ce processus est le seul apte à appréhender le mode de résolution des épisodes de maladie d'une population migrante confrontée aux "situations urbaines".

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie a été élaborée en fonction de la nature des informations à recueillir et de la population-cible. Nous avons ainsi combiné dépouillement bibliographique, archivistique, enquêtes par questionnaire et guide d'interviews.

Dépouillement bibliographique et archivistique :

A travers revues spécialisées, textes de communication, ouvrages généraux et travaux académiques, nous avons pu au moins nous informer de l'état actuel des recherches en anthropologie de la maladie/médicale. Il s'agissait pour nous qui sortions d'un travail de sociologie rurale, de trouver des réponses aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que l'anthropologie de la maladie/médicale, aide-t-elle à guérir la maladie ?
- Quels sont ses cadres théoriques et ses domaines de recherche possibles ?

Ces questions nous ont été inspirées par notre séjour dans la vallée du fleuve Sénégal où, outre nos préoccupations foncières de l'époque, la maladie était un "événement" permanent notamment auprès des enfants pendant la période d'hivernage.

Enquête par questionnaire :

Questionnaire I :

Notre questionnaire "comportements sexuels et recours thérapeutiques" fermé en vue de repérer les comportements et attitudes en matière de sexualité et de recours aux soins, est largement inspiré du questionnaire standard de l'OMS. La réadaptation que nous en avons faite en fonction de la population de notre enquête a été facilitée par les conseils et corrections de M. Ch. BECKER, directeur scientifique de nos recherches.

La première partie de ce questionnaire est consacrée à l'identification des migrants à partir d'indicateurs caractéristiques : identité matrimoniale ; niveaux d'éducation, d'insertion et d'information culturelle ; séjours et modes de résidence, nature des réseaux sociaux.

La deuxième partie est relative à la vie sexuelle passée et présente du migrant, à son histoire matrimoniale, à la fréquence, aux types, et choix de ses partenaires et réseaux sexuels.

Questionnaire II :

Le second niveau de l'enquête à considérer est celui des thérapeutes Sereer. La raison "méthodologique" tient au fait que les guérisseurs semblent être le support institutionnel qui assure le pouvoir d'interprétation en prenant possession de l'univers symbolique qui donne sens aux représentations et pratiques thérapeutiques.

Les indicateurs choisis ressortissent à l'identité du thérapeute, à l'éventail des maladies soumises à son pouvoir, à ses catégories étiologiques et symptomatologiques.

Le premier groupe de thérapeutes est celui des terroirs parce qu'il exerce la plupart du temps à l'intérieur de ces derniers.

Le second groupe est celui des thérapeutes de provenance régionale différente mais exerçant tous en milieu urbain pour la plupart du temps.

Nous disposons déjà de leur liste, grâce au dépouillement que nous avons effectué à partir de l'enquête de J.F. WERNER (21).

A l'aide de la carte de l'agglomération de Pikine et de la liste des quartiers et chefs de quartier établie par G. SALEM, il est possible de rencontrer ces thérapeutes.

La distinction que nous avons établie entre les thérapeutes est pour suivre les méandres d'un savoir, de plus en plus contextualisé, et percevoir les permanences et les ruptures qui attestent probablement sa dimension sociale.

Guides d'interviews :

L'élaboration de guides d'interviews après celle du questionnaire ne tient pas à une "pédanterie anthropologique". Si le questionnaire garde l'avantage de fournir des données quantitatives aussi nécessaires en recherche sociale, l'écoute du dire paraît devoir être privilégié notamment pour le domaine de la maladie en tant qu'inscription physique dans le corps et expérience individualisée. Nous pensons donc faire parler

- les détenteurs de tradition spécialistes ou non autour des questions relatives au savoir médical sur les MST, la stérilité, les comportements et pratiques stérilisants, sur le sang et la sexualité
- les personnes malades ou jugées comme telles et leur partenaires sociaux rencontrés dans l'échantillon ou auprès des thérapeutes. Ils seront invités à formuler leur expérience de maladie, à décrire leur itinéraire diagnostique et thérapeutique.

Nous disposons déjà de résultats d'enquêtes qui traitent de manière plus ou moins spécifique de la tradition médicale Sereer (Ch. BECKER et V. MARTIN ; R. COLLIGNON ; M. DUPIRE ; H. GRAVRAND ; L. CRETOIS) ; certains thèmes semblent néanmoins devoir être approfondis, mais en ce qui concerne la stérilité il n'existe pas d'enquête à ce sujet à notre connaissance.

Les guides d'interviews non directifs (interviews à enregistrer) nous ont été inspirés par la méthode des histoires de récit de vie dont P. THOMPSON montre les mérites en ces termes : "Pour le sociologue déçu par l'empirisme quantitatif grossier de l'enquête par questionnaire, l'agrégation de masse de données séparées de leur origine et se présentant comme des coupes transversales dont toutes les références temporelles et personnelles ont été éliminées, leur récit de vie paraît offrir des informations qui par leur nature même forment une totalité cohérente et enracinée dans l'expérience sociale réelle" (22).

OBJECTIFS DE RECHERCHE

A ce niveau de nos recherches, nos objectifs sont de deux ordres :

- le premier, académique, est l'objectif fondamental ; il s'agira de tester une orientation et une méthodologie de recherche à l'épreuve des résultats de ce premier travail. Plus précisément, nous nous plaçons ici dans une perspective d'ébauche de thèse de 3^e cycle

- le second, de recherche appliquée, est l'objectif secondaire. Nous pensons le réaliser :

- en contribuant à fournir des informations à la théorie des étiologies majeures des MST et de la stérilité et à la mise en forme typique d'expression culturelle de leurs symptômes.

- en mettant en évidence les stratégies des groupes dans le processus de consultation ; cela paraît utile dans le contexte de multiplication de programmes de soins et de prévention sanitaire, aux concepteurs et praticiens impliqués dans le terrain réel de la maladie.

Ce second point est en relation avec la déclaration d'ALMA ATA de 1978 par laquelle l'OMS se fixait pour objectif d'intégrer les systèmes traditionnels de médecine et de faire participer les populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Dans ce sens, il serait utile d'envisager les représentations que se font ces populations sur telle ou telle pathologie.

Références citées :

1. J.P. DOZON et D. FASSIN "Raisons épidémiologiques et raisons d'Etat : les enjeux sociaux politiques du SIDA en Afrique". In Sciences Sociales et Santé, Fév. 1989, vol. VII, n° 1, pp. 26-27.

2. A. ARSENAULT : "Mutations du discours thérapeutiques" in Traité d'anthropologie médicale. PUQ, 1985, p. 75-76.

3. E. EVANS-PRITCHARD : Sorcellerie et magie chez les Azande, Gallimard, Paris, 1972.

C. LEVI-STRAUSS : Anthropologie structurale, Plon, Paris, 1958.

S. FAINZANG : "La cure comme mythe : le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelque exemple Ouest-africains" in Cahiers ORSTOM, Ser. Sci Hum. Vol XVIII, n° 4, 1981/82.

4. Cf. répertoire de la Série H, Santé du fond de l'ancienne ADF aux archives nationales du Sénégal. C'est un travail réalisé par les étudiants de l'EBAD de Dakar. Promotion 1977 sous la direction de J.F. MAUREL et A. TENDENG.

5. Ce sont tous les travaux des anthropologues pionniers de l'école française ou anglo-saxonne, relatifs à la médecine indigène, à la magie, aux rituels socio-religieux.

6. F. HAGENBUCHER SACRIPANTI : "La représentation culturelle traditionnelle de la trypanosomiase dans le Niari (Rep. populaire du Congo)" in Cahiers ORSTOM, Sér. Sci Hum. Vol XVIII, n° 4, 1981/82.

7. A. EPELBOIN : "Selles et urines chez les Fulbe bande du Sénégal Oriental : un aspect particulier de l'ethnomédecine" in Cahiers ORSTOM, Sci Hum. Vol. XVIII, n° 4, 1981/82.

8. N. D. CHRISMAN : "The heath-seeking process : an approach to the natural history of illness", dans Culture, Medecine and Psychiatry (cité d'après J.F. WERNER).

9. M. AUGÉ "Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement", in M. AUGÉ et C. HERZLICH (eds), Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie, E.A.C. Paris, 1983.

10. Cf. Les divers numéros de la revue Psychopathologie africaine de cette école.

11. A. ZEMPLENI : Interprétation et thérapie du désordre mental chez les Lébus wolof du Sénégal. Thèse de 3e cycle, Paris, 1968.

12. Il s'agit des actes du séminaire de Pikine publiés par G. SALEM et E. JANNEE Urbanisation et Santé dans le Tiers-monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. ORSTOM, Paris, 1989.

13. Revue PLURALE, Vol I, N° 1, juillet 1989.

14. Nom de l'équipe menant diverses études sur la santé.

15. TALL K.E. : Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haal Pulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal. Thèse EHESS, Paris, décembre 1984.

16. A. WALTER "Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives" in Cahiers ORSTOM, ser. Sci Hum., vol. XVIII, n° 4, 1981/82. pp. 405-414.

17. D. FASSIN : Thérapeutes et malades dans la ville africaine, Thèse Paris, EHESS, janvier 1988, p. 18.

18. Marc AUGÉ, op. cit. p. 48.

19. Marc AUGÉ, op. cit. p. 57

20. Emile DURKHEIM, "Représentation individuelle et représentation collective" in Revue de métaphysique et de morale, 6e année 1898 p 281-282.

21. J.F.WERNER, Dossiers de la "Commission Technique, Médecine et Pharmacopée traditionnelle". Cf : questionnaires en volumes, ORSTOM-Bel-Air, Dakar.

22. P. THOMPSON "Des récits de vie à l'analyse du changement social" in Cahiers internationaux de sociologie, n° spécial, vol XIX, 1980, p. 250.

**ETUDE ANTHROPOLOGIQUE SUR LES MIGRATIONS, LA
NUPTIALITE ET LES COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ
LES SEREER DU SENEGAL**

TABLEAUX STATISTIQUES

RAPPORT ANRS 1990

Charles BECKER

ORSTOM - CNRS

DAKAR - JANVIER 1991

LISTE DES TABLEAUX STATISTIQUES

A 2	Répartition des enquêtés par sexe et village	1
A 3	Répartition des enquêtés absents par sexe et village	2
A 5	Répartition par sexe, village et ethnie	3
A 6 a	Répartition par sexe et âge	4
A 6 b	Répartition par village et âge	4
A 7 a	Répartition par village et religion	5
A 7 b	Répartition par âge et religion	6
A 8	Répartition par village et caste	7
A 9 a	Répartition par village et situation matrimoniale	8
A 9 b	Répartition par village, sexe et situation matrimoniale	9
A 10 a	Répartition par sexe et niveau d'instruction	10
A 10 b	Répartition par village et niveau d'instruction	11
A 10 c	Répartition par âge et niveau d'instruction	11
A 11 a	Répartition des absents par village et âge	12
A 11 b	Répartition des absents par village, âge et sexe	13
A 12 a	Répartition des absents par village et situation matrimoniale	14
A 12 b	Répartition des absents par sexe, village et situation matrimoniale	15
B 1 a	Répartition par sexe et lieu de naissance	16
B 1 b	Répartition par âge et lieu de naissance	16
B 1 c	Répartition par âge, sexe et lieu de naissance	17
B 3 a	Répartition par âge et nombre de résidences	18
B 3 b	Répartition par âge, sexe et nombre de résidences	19
B 9 a	Répartition des absents par sexe et village	20
B 9 b	Répartition des absents par sexe et âge	20
B 9 c	Répartition des absents par âge, sexe et situation matrimoniale	21
B 11	Répartition des absents selon l'âge, le sexe et le type d'absence	22
B 13	Répartition des absents selon le sexe et la date de départ	23
B 14 b	Répartition des absents selon le sexe et la destination	24

B 14 b	Répartition des absents selon le sexe et le lieu de résidence	25
C 1	La situation matrimoniale selon l'âge et le sexe	26
C 3	Les mariages contractés selon l'âge et le sexe	27
C 4	Répartition des femmes selon l'âge et le nombre de coépouses	28
C 5 a	Histoire matrimoniale par âge et sexe. Femmes	29
C 5 b	Histoire matrimoniale par âge et sexe. Hommes	30
C 5 c	Histoire matrimoniale par sexe	31
C 5 d	Histoire matrimoniale par âge	32
C 6 a	Rapport sexuel selon le sexe	33
C 6 b	Rapport sexuel par âge	33
C 8 a	Le premier partenaire par sexe et âge	34
C 8 b	Connaissance du premier partenaire par âge et sexe	35
C 9	Les partenaires réguliers de la vie sexuelle par âge et par sexe	36
C 10	Le dernier rapport selon le sexe et la situation matrimoniale	37
C 11	Les rapports du dernier mois selon le sexe et la situation matrimoniale	38
C 12	Les partenaires du dernier mois par âge et par sexe	39
C 13	Les rapports au cours de la dernière année par sexe et âge	40
C 14 a	Les partenaires au cours de la dernière année par âge et sexe. Femmes	41
C 14 b	Les partenaires au cours de la dernière année par âge et sexe. Hommes	42
C 14 c	Les partenaires réguliers de la dernière année par âge et sexe	43
D 1	Le nombre total d'enfants selon le sexe	44
D 2 a	Le nombre total d'enfants vivants selon le sexe	44
D 2 b	Répartition selon le sexe, la situation matrimoniale le nombre d'enfants vivants	45
D 4 a	Connaissance de la contraception traditionnelle selon le sexe	46
D 4 b	Connaissance de la contraception traditionnelle selon le sexe et la religion	47

D 4 c	Connaissance de la contraception traditionnelle selon le sexe et l'âge	48
D 4 d	Connaissance de la contraception traditionnelle selon la religion	49
D 5 a	Connaissance de la contraception moderne selon le sexe	50
D 5 b	Connaissance de la contraception moderne selon le sexe et la religion	51
D 5 c	Connaissance de la contraception moderne selon le sexe et l'âge	52
D 5 d	Connaissance de la contraception moderne selon la religion	53
D 6 a	Information sur la contraception traditionnelle	54
D 6 b	Information sur la contraception traditionnelle selon le sexe et l'âge	55
D 7 a	Utilisation passée de la contraception selon le sexe	56
D 7 b	Utilisation passée de la contraception selon la situation matrimoniale	57
D 7 c	Utilisation passée de la contraception selon la situation matrimoniale et le sexe	58
D 7 d	Utilisation passée de la contraception selon la religion	59
D 7 e	Utilisation passée de la contraception selon l'âge	60
D 7 f	Utilisation passée de la contraception selon le sexe et l'âge	61
D 8 a	Utilisation future de la contraception selon le sexe	62
D 8 b	Utilisation future de la contraception selon le sexe et la situation matrimoniale	63
D 8 c	Utilisation future de la contraception selon la religion	64
D 8 d	Utilisation future de la contraception selon le sexe et la religion	65
D 8 e	Utilisation future de la contraception selon la situation matrimoniale	66
D 8 f	Utilisation future de la contraception selon l'âge	67
D 8 g	Utilisation future de la contraception selon le sexe et l'âge	68

T A B L E A U _ A 2

POPULATION ETUDIEE. REPARTITION
DES ENQUETES PAR SEXE ET VILLAGE

VILLAGE	S E X E		Total
	F	M	
NGALAGNE	87	65	152
	>57.2%	42.8%	> 7.5%
NGAYOKHEM	258	189	447
	>57.7%	42.3%	> 22.1%
SASS	62	60	122
	>50.8%	49.2%	> 6.0%
NDOKH	78	59	137
	>56.9%	43.1%	> 6.8%
NGANGARLAM	158	110	268
	>59.0%	41.0%	> 13.3%
GODEL	113	90	203
	>55.7%	44.3%	> 10.0%
KOTIOKH	123	114	237
	>51.9%	48.1%	> 11.7%
LOGDIR	125	96	221
	>56.6%	43.4%	> 10.9%
POULTOK	132	103	235
	>56.2%	43.8%	> 11.6%
	11.6%	11.6%	
Total	1136	886	2022
	56.2%	43.8%	

TABLEAU A 3

POPULATION ETUDIEE. REPARTITION DES ENQUETES
ABSENTS PAR SEXE ET VILLAGE

VILLAGE	S E X E		Total
	F	M	
NGALAGNE	40	39	79
	> 50.6%	49.4%	> 7.3%
	7.9%	6.8%	
NGAYOKHEM	111	144	255
	> 43.5%	56.5%	> 23.6%
	21.8%	25.1%	
SASS	23	15	38
	> 60.5%	39.5%	> 3.5%
	4.5%	2.6%	
NDOKH	33	43	76
	> 43.4%	56.6%	> 7.0%
	6.5%	7.5%	
NGANGARLAM	70	76	146
	> 47.9%	52.1%	> 13.5%
	13.8%	13.3%	
GODEL	67	54	121
	> 55.4%	44.6%	> 11.2%
	13.2%	9.4%	
KOTIOKH	55	66	121
	> 45.5%	54.5%	> 11.2%
	10.8%	11.5%	
LOGDIR	54	70	124
	> 43.5%	56.5%	> 11.5%
	10.6%	12.2%	
POULTOK	56	66	122
	> 45.9%	54.1%	> 11.3%
	11.0%	11.5%	
Total	509	573	1082
	47.0%	53.0%	

TABLEAU A 5

POPULATION ETUDIEE. REPARTITION PAR SEXE, VILLAGE ET ETHNIE

SEXE = F						SEXE = M											
E T H N I E						E T H N I E											
VILLAGE	LAOBE	SERER	TOUC	WOLOF	Total	VILLAGE	LAOBE	SERER	TOUC	WOLOF	Total	VILLAGE	LA	SE	TC	WO	Total
Ngalagné	1	85	0	1	87	4	0	65	0	0	65	4	1	150	0	1	152
>	1.1%	97.7%	0.0%	1.1%	> 7.7%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 7.3%	>	0.7%	98.7%	0.0%	0.7%	> 7.5%
	5.3%	7.7%	0.0%	100.0%			0.0%	7.4%	0.0%	0.0%			3.4%	7.6%	0.0%	50.0%	
Ngayo-khèm	6	257	1	0	258	6	0	189	0	0	189	6	0	446	1	0	447
>	0.0%	99.6%	0.4%	0.0%	> 22.7%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 21.3%	>	0.0%	99.8%	0.2%	0.0%	> 22.1%
	0.0%	23.2%	16.7%	0.0%			0.0%	21.6%	0.0%	0.0%			0.0%	22.5%	12.5%	0.0%	
Sass	7	62	0	0	62	7	0	60	0	0	60	7	0	122	0	0	122
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 5.5%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 6.8%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 6.0%
	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%			0.0%	6.9%	0.0%	0.0%			0.0%	6.2%	0.0%	0.0%	
Ndokh	15	78	0	0	78	15	0	59	0	0	59	15	0	137	0	0	137
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 6.9%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 6.7%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 6.8%
	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%			0.0%	6.8%	0.0%	0.0%			0.0%	6.9%	0.0%	0.0%	
Ngangar-lam	16	142	3	0	158	16	7	101	1	1	110	16	20	243	4	1	268
>	8.2%	89.9%	1.9%	0.0%	> 13.9%	>	6.4%	91.8%	0.9%	0.9%	> 12.4%	>	7.5%	90.7%	1.5%	0.4%	> 13.3%
	68.4%	12.8%	50.0%	0.0%			70.0%	11.6%	50.0%	100.0%			69.0%	12.3%	50.0%	50.0%	
Godel	23	109	0	0	113	23	1	89	0	0	90	23	5	198	0	0	203
>	3.5%	96.5%	0.0%	0.0%	> 9.9%	>	1.1%	98.9%	0.0%	0.0%	> 10.2%	>	2.5%	97.5%	0.0%	0.0%	> 10.0%
	21.1%	9.8%	0.0%	0.0%			10.0%	10.2%	0.0%	0.0%			17.2%	10.0%	0.0%	0.0%	
Kotiokh	25	123	0	0	123	25	0	114	0	0	114	25	0	237	0	0	237
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 10.8%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 12.9%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 11.7%
	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%			0.0%	13.1%	0.0%	0.0%			0.0%	12.0%	0.0%	0.0%	
Logdir	27	123	1	0	125	27	2	93	1	0	96	27	3	216	2	0	221
>	0.8%	98.4%	0.8%	0.0%	> 11.0%	>	2.1%	96.9%	1.0%	0.0%	> 10.8%	>	1.4%	97.7%	0.9%	0.0%	> 10.9%
	5.3%	11.1%	16.7%	0.0%			20.0%	10.7%	50.0%	0.0%			10.3%	10.9%	25.0%	0.0%	
Poultok	31	131	1	0	132	31	0	103	0	0	103	31	0	234	1	0	235
>	0.0%	99.2%	0.8%	0.0%	> 11.6%	>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	> 11.6%	>	0.0%	99.6%	0.4%	0.0%	> 11.6%
	0.0%	11.8%	16.7%	0.0%			0.0%	11.8%	0.0%	0.0%			0.0%	11.8%	12.5%	0.0%	
Total	19	1110	6	1	1136	Total	10	873	2	1	886	Total	29	1983	8	2	2022
	1.7%	97.7%	0.5%	0.1%			1.1%	98.5%	0.2%	0.1%			1.4%	98.1%	0.4%	0.1%	

TABLEAU A 6 a

SEXE	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
F	2	204	232	233	261	191	13	1136
>	0.2%	18.0%	20.4%	20.5%	23.0%	16.8%	1.1%	56.2%
M	3	280	162	138	154	145	4	886
>	0.3%	31.6%	18.3%	15.6%	17.4%	16.4%	0.5%	43.8%
Total	5	484	394	371	415	336	17	2022
	0.2%	23.9%	19.5%	18.3%	20.5%	16.6%	0.8%	

TABLEAU A 6 b

VIL	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
4	0	36	26	33	39	18	0	152
>	0.0%	23.7%	17.1%	21.7%	25.7%	11.8%	0.0%	7.5%
6	2	117	87	84	83	74	0	447
>	0.4%	26.2%	19.5%	18.8%	18.6%	16.6%	0.0%	22.1%
7	0	34	27	15	26	20	0	122
>	0.0%	27.9%	22.1%	12.3%	21.3%	16.4%	0.0%	6.0%
15	0	28	25	35	24	25	0	137
>	0.0%	20.4%	18.2%	25.5%	17.5%	18.2%	0.0%	6.8%
16	2	75	55	36	61	39	0	268
>	0.7%	28.0%	20.5%	13.4%	22.8%	14.6%	0.0%	13.3%
23	0	43	38	37	48	37	0	203
>	0.0%	21.2%	18.7%	18.2%	23.6%	18.2%	0.0%	10.0%
25	0	57	56	38	43	41	2	237
>	0.0%	24.1%	23.6%	16.0%	18.1%	17.3%	0.8%	11.7%
27	0	44	36	47	45	41	8	221
>	0.0%	19.9%	16.3%	21.3%	20.4%	18.6%	3.6%	10.9%
31	1	50	44	46	46	41	7	235
>	0.4%	21.3%	18.7%	19.6%	19.6%	17.4%	3.0%	11.6%
Total	5	484	394	371	415	336	17	2022
	0.2%	23.9%	19.5%	18.3%	20.5%	16.6%	0.8%	

TABLEAU A 7 a

REPARTITION PAR VILLAGE ET RELIGION

REL	VIL										Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31		
1	0	1	2	0	1	0	0	3	2	9	
	0.0%	11.1%	22.2%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	33.3%	22.2%	0.5%	
	0.0%	0.3%	1.7%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	1.4%	0.9%		
2	2	8	5	1	1	11	13	3	31	75	
	2.7%	10.7%	6.7%	1.3%	1.3%	14.7%	17.3%	4.0%	41.3%	4.0%	
	1.3%	2.1%	4.2%	0.8%	0.4%	5.5%	5.7%	1.4%	13.4%		
3	104	239	31	64	173	89	45	76	104	925	
	11.2%	25.8%	3.4%	6.9%	18.7%	9.6%	4.9%	8.2%	11.2%	48.8%	
	69.8%	63.1%	25.8%	48.1%	74.2%	44.7%	19.6%	34.4%	45.0%		
4	4	7	1	1	5	1	1	3	1	24	
	16.7%	29.2%	4.2%	4.2%	20.8%	4.2%	4.2%	12.5%	4.2%	1.3%	
	2.7%	1.8%	0.8%	0.8%	2.1%	0.5%	0.4%	1.4%	0.4%		
5	38	62	13	22	27	44	80	27	44	357	
	10.6%	17.4%	3.6%	6.2%	7.6%	12.3%	22.4%	7.6%	12.3%	18.8%	
	25.5%	16.4%	10.8%	16.5%	11.6%	22.1%	34.8%	12.2%	19.0%		
6	0	1	0	0	2	3	1	1	0	8	
	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	25.0%	37.5%	12.5%	12.5%	0.0%	0.4%	
	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.9%	1.5%	0.4%	0.5%	0.0%		
7	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	
	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.2%	
	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%		
8	1	52	52	44	23	51	86	89	36	434	
	0.2%	12.0%	12.0%	10.1%	5.3%	11.8%	19.8%	20.5%	8.3%	22.9%	
	0.7%	13.7%	43.3%	33.1%	9.9%	25.6%	37.4%	40.3%	15.6%		
9	0	9	13	0	1	0	4	18	12	57	
	0.0%	15.8%	22.8%	0.0%	1.8%	0.0%	7.0%	31.6%	21.1%	3.0%	
	0.0%	2.4%	10.8%	0.0%	0.4%	0.0%	1.7%	8.1%	5.2%		
11	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3	
	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.2%	
	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%		
Total	149	379	120	133	233	199	230	221	231	1895	
	7.9%	20.0%	6.3%	7.0%	12.3%	10.5%	12.1%	11.7%	12.2%		

TABLEAU A 7 b

REPARTITION PAR AGE ET RELIGION

REL	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	0	1	0	3	3	2	0	9
>	0.0%	11.1%	0.0%	33.3%	33.3%	22.2%	0.0%	0.5%
2	0	14	20	11	13	16	1	75
>	0.0%	18.7%	26.7%	14.7%	17.3%	21.3%	1.3%	4.0%
3	3	221	175	168	206	147	5	925
>	0.3%	23.9%	18.9%	18.2%	22.3%	15.9%	0.5%	48.8%
4	0	3	4	5	5	6	1	24
>	0.0%	12.5%	16.7%	20.8%	20.8%	25.0%	4.2%	1.3%
5	0	72	75	69	74	65	2	357
>	0.0%	20.2%	21.0%	19.3%	20.7%	18.2%	0.6%	18.5%
6	0	3	2	1	1	1	0	8
>	0.0%	37.5%	25.0%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%	0.4%
7	0	0	1	1	1	0	0	3
>	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.2%
8	2	138	82	83	73	51	5	434
>	0.5%	31.8%	18.9%	19.1%	16.8%	11.8%	1.2%	22.9%
9	0	13	14	7	6	14	3	57
>	0.0%	22.8%	24.6%	12.3%	10.5%	24.6%	5.3%	3.0%
11	0	0	3	0	0	0	0	3
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
Total	5	465	376	348	382	302	17	1895
	0.3%	24.5%	19.8%	18.4%	20.2%	15.9%	0.9%	

TABLEAU A 8

REPARTITION PAR VILLAGE ET CASTE

CASTE	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
1	124	314	113	126	195	154	191	188	177	1582
>	7.8%	19.8%	7.1%	8.0%	12.3%	9.7%	12.1%	11.9%	11.2%	83.8%
	83.8%	83.5%	94.2%	92.6%	85.5%	77.4%	82.7%	85.1%	77.6%	
2	4	0	0	1	0	1	0	1	1	8
>	50.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	12.5%	0.0%	12.5%	12.5%	0.4%
	2.7%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.4%	
3	0	0	2	0	2	4	2	0	4	14
>	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	14.3%	28.6%	14.3%	0.0%	28.6%	0.7%
	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.9%	2.0%	0.9%	0.0%	1.8%	
5	2	26	1	4	5	8	5	1	3	55
>	3.6%	47.3%	1.8%	7.3%	9.1%	14.5%	9.1%	1.8%	5.5%	2.9%
	1.4%	6.9%	0.8%	2.9%	2.2%	4.0%	2.2%	0.5%	1.3%	
6	2	9	1	1	0	16	5	11	23	68
>	2.9%	13.2%	1.5%	1.5%	0.0%	23.5%	7.4%	16.2%	33.8%	3.6%
	1.4%	2.4%	0.8%	0.7%	0.0%	8.0%	2.2%	5.0%	10.1%	
7	0	0	0	1	1	3	4	0	0	9
>	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	11.1%	33.3%	44.4%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.4%	1.5%	1.7%	0.0%	0.0%	
9	6	11	0	0	2	0	0	0	11	30
>	20.0%	36.7%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	36.7%	1.6%
	4.1%	2.9%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	
10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
11	9	15	3	2	4	6	19	16	3	77
>	11.7%	19.5%	3.9%	2.6%	5.2%	7.8%	24.7%	20.8%	3.9%	4.1%
	6.1%	4.0%	2.5%	1.5%	1.8%	3.0%	8.2%	7.2%	1.3%	
12	1	0	0	0	19	5	0	3	0	28
>	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	67.9%	17.9%	0.0%	10.7%	0.0%	1.5%
	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	2.5%	0.0%	1.4%	0.0%	
14	0	1	0	0	0	1	5	0	5	12
>	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	41.7%	0.0%	41.7%	0.6%
	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	2.2%	0.0%	2.2%	
16	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	
20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	
Total	148	376	120	136	228	199	231	221	228	1887
	7.8%	19.9%	6.4%	7.2%	12.1%	10.5%	12.2%	11.7%	12.1%	

TABLEAU A 9 a

REPARTITION PAR VILLAGE ET SITUATION MATRIMONIALE

VIL	SMAT								Total
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	
4	34	2	92	18	6	0	0	0	152
>	22.4%	1.3%	60.5%	11.8%	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%
	5.3%	11.1%	8.4%	8.0%	23.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	166	3	212	60	3	0	1	2	447
>	37.1%	0.7%	47.4%	13.4%	0.7%	0.0%	0.2%	0.4%	22.1%
	25.8%	16.7%	19.3%	26.5%	11.5%	0.0%	100.0%	22.2%	
7	52	2	53	13	1	0	0	1	122
>	42.6%	1.6%	43.4%	10.7%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%	6.0%
	8.1%	11.1%	4.8%	5.8%	3.8%	0.0%	0.0%	11.1%	
15	44	1	75	16	1	0	0	0	137
>	32.1%	0.7%	54.7%	11.7%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	6.8%
	6.8%	5.6%	6.8%	7.1%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
16	102	5	121	34	4	1	0	1	268
>	38.1%	1.9%	45.1%	12.7%	1.5%	0.4%	0.0%	0.4%	13.3%
	15.9%	27.8%	11.0%	15.0%	15.4%	50.0%	0.0%	11.1%	
23	56	2	117	24	2	1	0	1	203
>	27.6%	1.0%	57.6%	11.8%	1.0%	0.5%	0.0%	0.5%	10.0%
	8.7%	11.1%	10.7%	10.6%	7.7%	50.0%	0.0%	11.1%	
25	67	1	142	22	3	0	0	2	237
>	28.3%	0.4%	59.9%	9.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.8%	11.7%
	10.4%	5.6%	12.9%	9.7%	11.5%	0.0%	0.0%	22.2%	
27	55	2	137	22	3	0	0	2	221
>	24.9%	0.9%	62.0%	10.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.9%	10.9%
	8.6%	11.1%	12.5%	9.7%	11.5%	0.0%	0.0%	22.2%	
31	67	0	148	17	3	0	0	0	235
>	28.5%	0.0%	63.0%	7.2%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	11.6%
	10.4%	0.0%	13.5%	7.5%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	643	18	1097	226	26	2	1	9	2022
	31.8%	0.9%	54.3%	11.2%	1.3%	0.1%	0.0%	0.4%	

TABLEAU A 9 b

REPARTITION PAR VILLAGE. SEXE ET SITUATION MATRIMONIALE

SEXE = F

SMAT	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
C0	4	57	10	10	30	6	15	8	11	151
>	2.6%	37.7%	6.6%	6.6%	19.9%	4.0%	9.9%	5.3%	7.3%	13.3%
	4.6%	22.1%	16.1%	12.8%	19.0%	5.3%	12.2%	6.4%	8.3%	
D0	1	2	0	1	5	1	1	1	0	12
>	8.3%	16.7%	0.0%	8.3%	41.7%	8.3%	8.3%	8.3%	0.0%	1.1%
	1.1%	0.8%	0.0%	1.3%	3.2%	0.9%	0.8%	0.8%	0.0%	
M1	62	143	38	53	86	83	89	94	103	751
>	8.3%	19.0%	5.1%	7.1%	11.5%	11.1%	11.9%	12.5%	13.7%	66.1%
	71.3%	55.4%	61.3%	67.9%	54.4%	73.5%	72.4%	75.2%	78.0%	
M2	14	50	12	13	31	20	14	17	15	186
>	7.5%	26.9%	6.5%	7.0%	16.7%	10.8%	7.5%	9.1%	8.1%	16.4%
	16.1%	19.4%	19.4%	16.7%	19.6%	17.7%	11.4%	13.6%	11.4%	
M3	6	3	1	1	4	1	2	3	3	24
>	25.0%	12.5%	4.2%	4.2%	16.7%	4.2%	8.3%	12.5%	12.5%	2.1%
	6.9%	1.2%	1.6%	1.3%	2.5%	0.9%	1.6%	2.4%	2.3%	
M4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
M5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
VO	0	2	1	0	1	1	2	2	0	9
>	0.0%	22.2%	11.1%	0.0%	11.1%	11.1%	22.2%	22.2%	0.0%	0.8%
	0.0%	0.8%	1.6%	0.0%	0.6%	0.9%	1.6%	1.6%	0.0%	
Total	87	258	62	78	158	113	123	125	132	1136
	7.7%	22.7%	5.5%	6.9%	13.9%	9.9%	10.8%	11.0%	11.6%	

SEXE = M

SMAT	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
C0	30	109	42	34	72	50	52	47	56	492
>	6.1%	22.2%	8.5%	6.9%	14.6%	10.2%	10.6%	9.6%	11.4%	55.5%
	46.2%	57.7%	70.0%	57.6%	65.5%	55.6%	45.6%	49.0%	54.4%	
D0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	6
>	16.7%	16.7%	33.3%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	0.7%
	1.5%	0.5%	3.3%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	1.0%	0.0%	
M1	30	69	15	22	35	34	53	43	45	346
>	8.7%	19.9%	4.3%	6.4%	10.1%	9.8%	15.3%	12.4%	13.0%	39.1%
	46.2%	36.5%	25.0%	37.3%	31.8%	37.8%	46.5%	44.8%	43.7%	
M2	4	10	1	3	3	4	8	5	2	40
>	10.0%	25.0%	2.5%	7.5%	7.5%	10.0%	20.0%	12.5%	5.0%	4.5%
	6.2%	5.3%	1.7%	5.1%	2.7%	4.4%	7.0%	5.2%	1.9%	
M3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.9%	0.0%	0.0%	
M4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
VO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	65	189	60	59	110	90	114	96	103	886
	7.3%	21.3%	6.8%	6.7%	12.4%	10.2%	12.9%	10.8%	11.6%	

TABLEAU A 10 a

REPARTITION PAR SEXE ET NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVINSTG	SEXE		Total
	F	M	
0	790	514	1304
>	60.6%	39.4%	> 64.5%
	69.5%	58.0%	
1	106	151	257
>	41.2%	58.8%	> 12.7%
	9.3%	17.0%	
2	13	36	49
>	26.5%	73.5%	> 2.4%
	1.1%	4.1%	
3	1	4	5
>	20.0%	80.0%	> 0.2%
	0.1%	0.5%	
4	2	14	16
>	12.5%	87.5%	> 0.8%
	0.2%	1.6%	
5	25	49	74
>	33.8%	66.2%	> 3.7%
	2.2%	5.5%	
6	199	118	317
>	62.8%	37.2%	> 15.7%
	17.5%	13.3%	
Total	1136	886	2022
	56.2%	43.8%	

TABLEAU A 10 b

REPARTITION PAR VILLAGE ET NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVINSTG	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
0	123	239	95	100	157	169	193	31	197	1304
>	9.4%	18.3%	7.3%	7.7%	12.0%	13.0%	14.8%	2.4%	15.1%	64.5%
	80.9%	53.5%	77.9%	73.0%	58.6%	83.3%	81.4%	14.0%	83.8%	
1	8	85	19	31	34	24	21	5	30	257
>	3.1%	33.1%	7.4%	12.1%	13.2%	9.3%	8.2%	1.9%	11.7%	12.7%
	5.3%	19.0%	15.6%	22.6%	12.7%	11.8%	8.9%	2.3%	12.8%	
2	0	31	4	0	8	0	5	0	1	49
>	0.0%	63.3%	8.2%	0.0%	16.3%	0.0%	10.2%	0.0%	2.0%	2.4%
	0.0%	6.9%	3.3%	0.0%	3.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.4%	
3	0	3	0	0	0	1	0	1	0	5
>	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%	
4	0	5	0	0	8	0	3	0	0	16
>	0.0%	31.3%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	18.3%	0.0%	0.0%	0.8%
	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	
5	18	14	1	3	24	3	9	0	2	74
>	24.3%	18.9%	1.4%	4.1%	32.4%	4.1%	12.2%	0.0%	2.7%	3.7%
	11.8%	3.1%	0.8%	2.2%	9.0%	1.5%	3.9%	0.0%	0.9%	
6	3	70	3	3	37	6	6	184	5	317
>	0.9%	22.1%	0.9%	0.9%	11.7%	1.9%	1.9%	58.0%	1.6%	15.7%
	2.0%	15.7%	2.5%	2.2%	13.8%	3.0%	2.5%	83.3%	2.1%	
Total	152	447	122	137	268	203	237	221	235	2022
	7.5%	22.1%	6.0%	6.8%	13.3%	10.0%	11.7%	10.9%	11.6%	

TABLEAU A 10 c

REPARTITION PAR AGE ET NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVINSTG	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	4	262	256	262	284	227	9	1304
>	0.3%	20.1%	19.6%	20.1%	21.8%	17.4%	0.7%	64.5%
	80.0%	54.1%	65.0%	70.6%	68.4%	67.6%	52.9%	
1	0	109	48	31	42	26	1	257
>	0.0%	42.4%	18.7%	12.1%	16.3%	10.1%	0.4%	12.7%
	0.0%	22.5%	12.2%	8.4%	10.1%	7.7%	5.9%	
2	0	19	19	5	3	3	0	49
>	0.0%	38.8%	38.8%	10.2%	6.1%	6.1%	0.0%	2.4%
	0.0%	3.9%	4.8%	1.3%	0.7%	0.9%	0.0%	
3	0	0	0	1	2	2	0	5
>	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.5%	0.6%	0.0%	
4	0	5	2	4	3	2	0	16
>	0.0%	31.3%	12.5%	25.0%	18.8%	12.5%	0.0%	0.8%
	0.0%	1.0%	0.5%	1.1%	0.7%	0.6%	0.0%	
5	1	38	17	9	5	4	0	74
>	1.4%	51.4%	23.0%	12.2%	6.8%	5.4%	0.0%	3.7%
	20.0%	7.9%	4.3%	2.4%	1.2%	1.2%	0.0%	
6	0	51	52	59	76	72	7	317
>	0.0%	16.1%	16.4%	18.6%	24.0%	22.7%	2.2%	15.7%
	0.0%	10.5%	13.2%	15.9%	18.3%	21.4%	41.2%	
Total	5	484	394	371	415	336	17	2022
	0.2%	23.9%	19.5%	18.3%	20.5%	16.6%	0.8%	

TABLEAU A 11 a

REPARTITION PAR VILLAGE ET AGE

AGEG	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
-15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
15-19	26	62	10	17	41	40	32	33	43	304
>	8.6%	20.4%	3.3%	5.6%	13.5%	13.2%	10.5%	10.9%	14.1%	28.1%
	32.9%	24.3%	26.3%	22.4%	28.1%	33.1%	26.4%	26.6%	35.2%	
20-24	15	62	10	25	36	34	26	30	23	261
>	5.7%	23.8%	3.8%	9.6%	13.8%	13.0%	10.0%	11.5%	8.8%	24.1%
	19.0%	24.3%	26.3%	32.9%	24.7%	28.1%	21.5%	24.2%	18.9%	
25-29	13	62	7	15	30	20	23	27	28	225
>	5.8%	27.6%	3.1%	6.7%	13.3%	8.9%	10.2%	12.0%	12.4%	20.8%
	16.5%	24.3%	18.4%	19.7%	20.5%	16.5%	19.0%	21.8%	23.0%	
30-34	15	44	7	8	25	11	21	19	18	168
>	8.9%	26.2%	4.2%	4.8%	14.9%	6.5%	12.5%	11.3%	10.7%	15.5%
	19.0%	17.3%	18.4%	10.5%	17.1%	9.1%	17.4%	15.3%	14.3%	
35-39	10	24	4	11	14	16	15	13	9	116
>	8.6%	20.7%	3.4%	9.5%	12.1%	13.8%	12.9%	11.2%	7.8%	10.7%
	12.7%	9.4%	10.5%	14.5%	9.6%	13.2%	12.4%	10.5%	7.4%	
40 +	0	1	0	0	0	0	4	1	1	7
>	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	57.1%	14.3%	14.3%	0.6%
	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.8%	0.8%	
Total	79	255	38	76	146	121	121	124	122	1082
	7.3%	23.6%	3.5%	7.0%	13.5%	11.2%	11.2%	11.5%	11.3%	

TABLEAU A 11 b

REPARTITION PAR VILLAGE, AGE ET SEXE

SEXE = F

AGEG	VIL										Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31		
-15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.2%
15-19	18	37	6	9	28	31	17	22	33	201	
>	9.0%	18.4%	3.0%	4.5%	13.9%	15.4%	8.5%	10.9%	16.4%	39.5%	
20-24	7	23	5	11	20	19	11	8	10	114	
>	6.1%	20.2%	4.4%	9.6%	17.5%	16.7%	9.6%	7.0%	8.3%	22.4%	
25-29	6	29	6	8	9	6	9	10	9	92	
>	6.5%	31.5%	6.5%	8.7%	9.8%	6.5%	9.8%	10.9%	9.2%	13.1%	
30-34	5	10	6	2	11	6	13	8	4	65	
>	7.7%	15.4%	9.2%	3.1%	16.9%	9.2%	20.0%	12.3%	6.2%	12.3%	
35-39	4	11	0	3	2	5	5	4	0	34	
>	11.8%	32.4%	0.0%	8.8%	5.9%	14.7%	14.7%	11.8%	0.0%	6.7%	
40 +	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
>	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.4%	
Total	40	111	23	33	70	67	55	54	56	509	
	7.9%	21.8%	4.5%	6.5%	13.8%	13.2%	10.8%	10.6%	11.0%		

SEXE = M

AGEG	VIL										Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31		
-15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
15-19	8	25	4	8	13	9	15	11	10	103	
>	7.8%	24.3%	3.9%	7.8%	12.6%	8.7%	14.6%	10.7%	9.7%	18.0%	
20-24	8	39	5	14	16	15	15	22	13	147	
>	5.4%	26.5%	3.4%	9.5%	10.9%	10.2%	10.2%	15.0%	8.8%	25.7%	
25-29	7	33	1	7	21	14	14	17	19	133	
>	5.3%	24.8%	0.8%	5.3%	15.8%	10.5%	10.5%	12.8%	14.3%	23.2%	
30-34	10	34	1	6	14	5	8	11	14	103	
>	9.7%	33.0%	1.0%	5.8%	13.6%	4.9%	7.8%	10.7%	13.6%	18.0%	
35-39	6	13	4	8	12	11	10	9	9	82	
>	7.3%	15.9%	4.9%	9.8%	14.6%	13.4%	12.2%	11.0%	11.0%	14.3%	
40 +	0	0	0	0	0	0	4	0	1	5	
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	80.0%	0.0%	20.0%	0.9%	
Total	39	144	15	43	76	54	66	70	66	573	
	6.8%	25.1%	2.6%	7.5%	13.3%	9.4%	11.5%	12.2%	11.5%		

TABLEAU A 12 ä

REPARTITION PAR VILLAGE ET SITUATION MATRIMONIALE

SMAT	VIL									Total
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	
CO	32	145	19	44	70	65	58	68	57	558
>	5.7%	26.0%	3.4%	7.9%	12.5%	11.6%	10.4%	12.2%	10.2%	51.6%
	40.5%	56.9%	50.0%	57.9%	47.9%	53.7%	47.9%	54.8%	46.7%	
DO	1	7	1	3	3	5	3	2	2	27
>	3.7%	25.9%	3.7%	11.1%	11.1%	18.5%	11.1%	7.4%	7.4%	2.5%
	1.3%	2.7%	2.6%	3.9%	2.1%	4.1%	2.5%	1.6%	1.6%	
DO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
>	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M1	36	83	15	24	57	46	44	43	59	407
>	8.8%	20.4%	3.7%	5.9%	14.0%	11.3%	10.8%	10.6%	14.5%	37.6%
	45.6%	32.5%	39.5%	31.6%	39.0%	38.0%	36.4%	34.7%	43.4%	
M2	8	14	3	3	13	4	11	8	3	67
>	11.9%	20.9%	4.5%	4.5%	19.4%	6.0%	16.4%	11.9%	4.5%	6.2%
	10.1%	5.5%	7.9%	3.9%	8.9%	3.3%	9.1%	6.5%	2.5%	
M3	1	2	0	2	3	0	2	1	1	12
>	8.3%	16.7%	0.0%	16.7%	25.0%	0.0%	16.7%	8.3%	8.3%	1.1%
	1.3%	0.8%	0.0%	2.6%	2.1%	0.0%	1.7%	0.8%	0.8%	
VO	0	4	0	0	0	1	3	2	0	10
>	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	30.0%	20.0%	0.0%	0.9%
	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	2.5%	1.6%	0.0%	
Total	79	255	38	76	146	121	121	124	122	1082
	7.3%	23.6%	3.5%	7.0%	13.5%	11.2%	11.2%	11.5%	11.3%	

TABLEAU A 12 b

REPARTITION PAR SEXE, VILLAGE ET SITUATION MATRIMONIALE

SEXE = F

SMAT	VIL									
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	Total
C0	13	43	9	14	23	34	16	24	25	201
>	6.5%	21.4%	4.5%	7.0%	11.4%	16.9%	8.0%	11.9%	12.4%	39.5%
	32.5%	38.7%	39.1%	42.4%	32.9%	50.7%	29.1%	44.4%	44.6%	
D0	0	5	0	2	3	4	3	2	2	21
>	0.0%	23.8%	0.0%	9.5%	14.3%	19.0%	14.3%	9.5%	9.5%	4.1%
	0.0%	4.5%	0.0%	6.1%	4.3%	6.0%	5.5%	3.7%	3.6%	
E0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
>	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M1	19	45	12	15	33	26	23	20	26	219
>	8.7%	20.5%	5.5%	6.8%	15.1%	11.9%	10.5%	9.1%	11.9%	43.0%
	47.5%	40.5%	52.2%	45.5%	47.1%	38.8%	41.8%	37.0%	46.4%	
M2	6	13	2	1	9	2	9	6	2	50
>	12.0%	26.0%	4.0%	2.0%	18.0%	4.0%	18.0%	12.0%	4.0%	9.8%
	15.0%	11.7%	8.7%	3.0%	12.9%	3.0%	16.4%	11.1%	3.6%	
M3	1	2	0	1	2	0	2	0	1	9
>	11.1%	22.2%	0.0%	11.1%	22.2%	0.0%	22.2%	0.0%	11.1%	1.8%
	2.5%	1.8%	0.0%	3.0%	2.9%	0.0%	3.6%	0.0%	1.8%	
V0	0	3	0	0	0	1	2	2	0	8
>	0.0%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	25.0%	25.0%	0.0%	1.6%
	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	3.6%	3.7%	0.0%	
Total	40	111	23	33	70	67	55	54	56	509
	7.9%	21.8%	4.5%	6.5%	13.8%	13.2%	10.8%	10.6%	11.0%	

SEXE = M

SMAT	VIL									
	4	6	7	15	16	23	25	27	31	Total
C0	19	102	10	30	47	31	42	44	32	357
>	5.3%	28.6%	2.8%	8.4%	13.2%	8.7%	11.8%	12.3%	9.0%	62.3%
	48.7%	70.8%	66.7%	69.8%	61.8%	57.4%	63.6%	62.9%	48.5%	
D0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	6
>	16.7%	33.3%	16.7%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
	2.6%	1.4%	6.7%	2.3%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
E0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M1	17	38	3	9	24	20	21	23	33	188
>	9.0%	20.2%	1.6%	4.8%	12.8%	10.6%	11.2%	12.2%	17.6%	32.8%
	43.6%	26.4%	20.0%	20.9%	31.6%	37.0%	31.8%	32.9%	50.0%	
M2	2	1	1	2	4	2	2	2	1	17
>	11.8%	5.9%	5.9%	11.8%	23.5%	11.8%	11.8%	11.8%	5.9%	3.0%
	5.1%	0.7%	6.7%	4.7%	5.3%	3.7%	3.0%	2.9%	1.5%	
M3	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
>	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	1.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	
V0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
>	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	
Total	39	144	15	43	76	54	66	70	66	573
	6.8%	25.1%	2.6%	7.5%	13.3%	9.4%	11.5%	12.2%	11.5%	

TABLEAU B 1 a

REPARTITION PAR SEXE ET LIEU DE NAISSANCE

SEXE	LIEUNG								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
F	695	7	43	2	171	58	72	0	1048
>	66.3%	0.7%	4.1%	0.2%	16.3%	5.5%	6.9%	0.0%	55.5%
M	765	7	9	1	30	14	14	1	841
>	91.0%	0.8%	1.1%	0.1%	3.6%	1.7%	1.7%	0.1%	44.5%
Total	1460	14	52	3	201	72	86	1	1889
	77.3%	0.7%	2.8%	0.2%	10.6%	3.8%	4.6%	0.1%	

TABLEAU B 1 b

POPULATION ETUDIEE. REPARTITION LIEU DE NAISSANCE ET AGE ET AGE

LIEUNG	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	5	381	268	265	295	236	11	1461
>	0.3%	26.1%	18.3%	18.1%	20.2%	16.2%	0.8%	72.3%
	100.0%	78.7%	68.0%	71.4%	71.1%	70.2%	64.7%	
2	0	7	3	4	0	0	0	14
>	0.0%	50.0%	21.4%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	1.4%	0.8%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	11	14	8	11	8	0	52
>	0.0%	21.2%	26.9%	15.4%	21.2%	15.4%	0.0%	2.6%
	0.0%	2.3%	3.6%	2.2%	2.7%	2.4%	0.0%	
4	0	3	0	0	0	0	0	3
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	30	53	37	45	30	5	200
>	0.0%	15.0%	26.5%	18.5%	22.5%	15.0%	2.5%	9.9%
	0.0%	6.2%	13.5%	10.0%	10.8%	8.9%	29.4%	
6	0	15	20	22	12	3	0	72
>	0.0%	20.8%	27.8%	30.6%	16.7%	4.2%	0.0%	3.6%
	0.0%	3.1%	5.1%	5.9%	2.9%	0.9%	0.0%	
7	0	17	16	12	18	22	1	86
>	0.0%	19.8%	18.6%	14.0%	20.9%	25.6%	1.2%	4.3%
	0.0%	3.5%	4.1%	3.2%	4.3%	6.5%	5.9%	
8	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	
9	0	20	20	23	34	36	0	133
>	0.0%	15.0%	15.0%	17.3%	25.6%	27.1%	0.0%	6.6%
	0.0%	4.1%	5.1%	6.2%	8.2%	10.7%	0.0%	
Total	5	484	394	371	415	336	17	2022
	0.2%	23.9%	19.5%	18.3%	20.5%	16.6%	0.8%	

TABLEAU B 1 c : REPARTITION PAR AGE, SEXE ET LIEU DE NAISSANCE

SEXE = F

LIEUNG	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	2	139	129	143	160	116	7	696
>	0.3%	20.0%	18.5%	20.5%	23.0%	16.7%	1.0%	61.3%
	100.0%	68.1%	55.6%	61.4%	61.3%	60.7%	53.8%	
2	0	2	1	4	0	0	0	7
>	0.0%	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%
	0.0%	1.0%	0.4%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	6	11	8	10	8	0	43
>	0.0%	14.0%	25.6%	18.6%	23.3%	18.6%	0.0%	3.8%
	0.0%	2.9%	4.7%	3.4%	3.8%	4.2%	0.0%	
4	0	2	0	0	0	0	0	2
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	16	49	29	44	27	5	170
>	0.0%	9.4%	28.8%	17.1%	25.9%	15.9%	2.9%	15.0%
	0.0%	7.8%	21.1%	12.4%	16.9%	14.1%	38.5%	
6	0	13	13	20	11	1	0	58
>	0.0%	22.4%	22.4%	34.5%	19.0%	1.7%	0.0%	5.1%
	0.0%	6.4%	5.6%	8.6%	4.2%	0.5%	0.0%	
7	0	14	14	11	16	16	1	72
>	0.0%	19.4%	19.4%	15.3%	22.2%	22.2%	1.4%	6.3%
	0.0%	6.9%	6.0%	4.7%	6.1%	8.4%	7.7%	
8	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
9	0	12	15	18	20	23	0	88
>	0.0%	13.6%	17.0%	20.5%	22.7%	26.1%	0.0%	7.7%
	0.0%	5.9%	6.5%	7.7%	7.7%	12.0%	0.0%	
Total	2	204	232	233	261	191	13	1136
	0.2%	18.0%	20.4%	20.5%	23.0%	16.8%	1.1%	

SEXE = M

LIEUNG	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	3	242	139	122	135	120	4	765
>	0.4%	31.6%	18.2%	15.9%	17.6%	15.7%	0.5%	86.3%
	100.0%	86.4%	85.8%	88.4%	87.7%	82.8%	100.0%	
2	0	5	2	0	0	0	0	7
>	0.0%	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
	0.0%	1.8%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	5	3	0	1	0	0	9
>	0.0%	55.6%	33.3%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	1.0%
	0.0%	1.8%	1.9%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	
4	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	14	4	8	1	3	0	30
>	0.0%	46.7%	13.3%	26.7%	3.3%	10.0%	0.0%	3.4%
	0.0%	5.0%	2.5%	5.8%	0.6%	2.1%	0.0%	
6	0	2	7	2	1	2	0	14
>	0.0%	14.3%	50.0%	14.3%	7.1%	14.3%	0.0%	1.6%
	0.0%	0.7%	4.3%	1.4%	0.6%	1.4%	0.0%	
7	0	3	2	1	2	6	0	14
>	0.0%	21.4%	14.3%	7.1%	14.3%	42.9%	0.0%	1.6%
	0.0%	1.1%	1.2%	0.7%	1.3%	4.1%	0.0%	
8	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	
9	0	8	5	5	14	13	0	45
>	0.0%	17.8%	11.1%	11.1%	31.1%	28.9%	0.0%	5.1%
	0.0%	2.9%	3.1%	3.6%	9.1%	9.0%	0.0%	
Total	3	280	162	138	154	145	4	886
	0.3%	31.6%	18.3%	15.6%	17.4%	16.4%	0.5%	

TABLEAU B 3 a

POPULATION ETUDIEE. REPARTITION AGE ET NOMBRE DE RESIDENCE

NBRERESD	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	3	269	136	109	118	97	3	735
>	0.4%	36.6%	18.5%	14.8%	16.1%	13.2%	0.4%	36.4%
	60.0%	55.6%	34.5%	29.4%	28.4%	28.9%	17.6%	
2	1	82	81	64	87	70	3	388
>	0.3%	21.1%	20.9%	16.5%	22.4%	18.0%	0.8%	19.2%
	20.0%	16.9%	20.6%	17.3%	21.0%	20.8%	17.6%	
3	0	64	69	67	66	65	5	336
>	0.0%	19.0%	20.5%	19.9%	19.6%	19.3%	1.5%	16.6%
	0.0%	13.2%	17.5%	18.1%	15.9%	19.3%	29.4%	
4	0	30	53	52	58	42	5	240
>	0.0%	12.5%	22.1%	21.7%	24.2%	17.5%	2.1%	11.9%
	0.0%	6.2%	13.5%	14.0%	14.0%	12.5%	29.4%	
5	0	11	24	33	28	10	1	107
>	0.0%	10.3%	22.4%	30.8%	26.2%	9.3%	0.9%	5.3%
	0.0%	2.3%	6.1%	8.9%	6.7%	3.0%	5.9%	
6	1	3	8	14	16	11	0	53
>	1.9%	5.7%	15.1%	26.4%	30.2%	20.8%	0.0%	2.6%
	20.0%	0.6%	2.0%	3.8%	3.9%	3.3%	0.0%	
7	0	2	2	1	4	2	0	11
>	0.0%	18.2%	18.2%	9.1%	36.4%	18.2%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.4%	0.5%	0.3%	1.0%	0.6%	0.0%	
8	0	1	1	3	3	1	0	9
>	0.0%	11.1%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.2%	0.3%	0.8%	0.7%	0.3%	0.0%	
9	0	22	20	28	35	38	0	143
>	0.0%	15.4%	14.0%	19.6%	24.5%	26.6%	0.0%	7.1%
	0.0%	4.5%	5.1%	7.5%	8.4%	11.3%	0.0%	
Total	5	484	394	371	415	336	17	2022
	0.2%	23.9%	19.5%	18.3%	20.5%	16.6%	0.8%	

TABLEAU B 3 b : REPARTITION PAR SEXE, AGE ET NOMBRE DE RESIDENCES
 SEXE = F

NBRERESD	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	0	51	19	12	15	10	0	107
>	0.0%	47.7%	17.8%	11.2%	14.0%	9.3%	0.0%	9.4%
	0.0%	25.0%	8.2%	5.2%	5.7%	5.2%	0.0%	
2	1	42	55	49	65	46	3	261
>	0.4%	16.1%	21.1%	18.8%	24.9%	17.6%	1.1%	23.0%
	50.0%	20.6%	23.7%	21.0%	24.9%	24.1%	23.1%	
3	0	53	60	52	55	46	4	270
>	0.0%	19.6%	22.2%	19.3%	20.4%	17.0%	1.5%	23.8%
	0.0%	26.0%	25.9%	22.3%	21.1%	24.1%	30.8%	
4	0	29	48	48	54	41	5	225
>	0.0%	12.9%	21.3%	21.3%	24.0%	18.2%	2.2%	19.8%
	0.0%	14.2%	20.7%	20.6%	20.7%	21.5%	38.5%	
5	0	10	24	31	28	10	1	104
>	0.0%	9.6%	23.1%	29.8%	26.9%	9.6%	1.0%	9.2%
	0.0%	4.9%	10.3%	13.3%	10.7%	5.2%	7.7%	
6	1	3	8	14	16	11	0	53
>	1.9%	5.7%	15.1%	26.4%	30.2%	20.8%	0.0%	4.7%
	50.0%	1.5%	3.4%	6.0%	6.1%	5.8%	0.0%	
7	0	2	2	1	4	2	0	11
>	0.0%	18.2%	18.2%	9.1%	36.4%	18.2%	0.0%	1.0%
	0.0%	1.0%	0.9%	0.4%	1.5%	1.0%	0.0%	
8	0	1	1	3	3	0	0	8
>	0.0%	12.5%	12.5%	37.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	0.5%	0.4%	1.3%	1.1%	0.0%	0.0%	
9	0	13	15	23	21	25	0	97
>	0.0%	13.4%	15.5%	23.7%	21.6%	25.8%	0.0%	8.5%
	0.0%	6.4%	6.5%	9.9%	8.0%	13.1%	0.0%	
Total	2	204	232	233	261	191	13	1136
	0.2%	18.0%	20.4%	20.5%	23.0%	16.8%	1.1%	

SEXE = M

NBRERESD	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	3	218	117	97	103	87	3	628
>	0.5%	34.7%	18.6%	15.4%	16.4%	13.9%	0.5%	70.9%
	100.0%	77.9%	72.2%	70.3%	66.9%	60.0%	75.0%	
2	0	40	26	15	22	24	0	127
>	0.0%	31.5%	20.5%	11.8%	17.3%	18.9%	0.0%	14.3%
	0.0%	14.3%	16.0%	10.9%	14.3%	16.6%	0.0%	
3	0	11	9	15	11	19	1	66
>	0.0%	16.7%	13.6%	22.7%	16.7%	28.8%	1.5%	7.4%
	0.0%	3.9%	5.6%	10.9%	7.1%	13.1%	25.0%	
4	0	1	5	4	4	1	0	15
>	0.0%	6.7%	33.3%	26.7%	26.7%	6.7%	0.0%	1.7%
	0.0%	0.4%	3.1%	2.9%	2.6%	0.7%	0.0%	
5	0	1	0	2	0	0	0	3
>	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.4%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	
9	0	9	5	5	14	13	0	46
>	0.0%	19.6%	10.9%	10.9%	30.4%	28.3%	0.0%	5.2%
	0.0%	3.2%	3.1%	3.6%	9.1%	9.0%	0.0%	
Total	3	280	162	138	154	145	4	886
	0.3%	31.6%	18.3%	15.6%	17.4%	16.4%	0.5%	

TABLEAU B 9 a

**POPULATION ETUDIEE. REPARTITION DES
ABSENTS PAR SEXE ET VILLAGE**

VILLAGE	S E X E		Total
	F	M	
NGALAGNE	40	39	79
	> 50.6%	49.4%	> 7.3%
	7.9%	6.8%	
NGAYOKHEM	111	144	255
	> 43.5%	56.5%	> 23.6%
	21.9%	25.1%	
SASS	23	15	38
	> 60.5%	39.5%	> 3.5%
	4.5%	2.6%	
NDOKH	33	43	76
	> 43.4%	56.6%	> 7.0%
	6.5%	7.5%	
NGANGAFLAM	70	76	146
	> 47.9%	52.1%	> 13.5%
	13.8%	13.3%	
GODEL	67	54	121
	> 55.4%	44.6%	> 11.2%
	13.2%	9.4%	
KOTIOKH	55	66	121
	> 45.5%	54.5%	> 11.2%
	10.8%	11.5%	
LOGDIR	54	70	124
	> 43.5%	56.5%	> 11.5%
	10.6%	12.2%	
POULTOK	56	66	122
	> 45.9%	54.1%	> 11.3%
	11.0%	11.5%	
Total	509	573	1082
	47.0%	53.0%	

TABLEAU B 9 b

REPARTITION DES ABSENTS PAR AGE ET SEXE

AGES	S E X E		Total
	F	M	
-15	1	0	1
	> 100.0%	0.0%	> 0.1%
	0.2%	0.0%	
15-19	201	103	304
	> 66.1%	33.9%	> 28.1%
	39.5%	18.0%	
20-24	114	147	261
	> 43.7%	56.3%	> 24.1%
	22.4%	25.7%	
25-29	92	133	225
	> 40.9%	59.1%	> 20.6%
	18.1%	23.2%	
30-34	65	103	168
	> 38.7%	61.3%	> 15.5%
	12.8%	13.0%	
35-39	54	82	136
	> 29.5%	70.5%	> 10.7%
	6.7%	14.3%	
40 +	2	5	7
	> 28.6%	71.4%	> 0.6%
	0.4%	0.9%	
Total	509	573	1082
	47.0%	53.0%	

TABLEAU B 9 c

REPARTITION DES ABSENTS PAR AGE, SEXE ET SITUATION MATRIMONIALE

SEXE = F

SMAT	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
CO	1	151	32	10	4	3	0	201
>	0.5%	75.1%	15.9%	5.0%	2.0%	1.5%	0.0%	39.5%
100.0%	75.1%	28.1%	10.9%	6.2%	8.8%	0.0%		
OO	0	3	6	3	8	1	0	21
>	0.0%	14.3%	28.6%	14.3%	38.1%	4.8%	0.0%	4.1%
0.0%	1.5%	5.3%	3.3%	12.3%	2.9%	0.0%		
DO	0	0	1	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
M1	0	40	67	58	34	17	1	217
>	0.0%	18.3%	30.6%	26.5%	15.5%	8.7%	0.5%	43.0%
0.0%	19.9%	58.8%	63.0%	50.7%	55.9%	50.0%		
M2	0	4	4	20	14	7	1	50
>	0.0%	8.0%	8.0%	40.0%	28.0%	14.0%	2.0%	9.2%
0.0%	2.0%	3.5%	21.7%	21.5%	20.6%	50.0%		
M3	0	1	3	0	4	1	0	9
>	0.0%	11.1%	33.3%	0.0%	44.4%	11.1%	0.0%	1.8%
0.0%	0.5%	2.6%	0.0%	6.2%	2.9%	0.0%		
VO	0	2	1	1	1	3	0	8
>	0.0%	25.0%	12.5%	12.5%	12.5%	37.5%	0.0%	1.6%
0.0%	1.0%	0.9%	1.1%	1.5%	8.8%	0.0%		
Total	1	201	114	92	65	34	2	500
	0.2%	39.5%	22.4%	18.1%	12.8%	6.7%	0.4%	

SEXE = M

SMAT	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
CO	0	102	139	78	34	4	0	357
>	0.0%	28.6%	38.9%	21.8%	9.5%	1.1%	0.0%	62.3%
0.0%	99.0%	94.6%	58.6%	33.0%	4.9%	0.0%		
DO	0	0	0	3	1	2	0	6
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	16.7%	33.3%	0.0%	1.0%
0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	1.0%	2.4%	0.0%		
DO	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
M1	0	1	8	51	62	63	3	188
>	0.0%	0.5%	4.3%	27.1%	33.0%	33.5%	1.6%	32.8%
0.0%	1.0%	5.4%	38.3%	60.2%	76.8%	60.0%		
M2	0	0	0	1	4	11	1	17
>	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%	23.5%	64.7%	5.9%	3.0%
0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	3.9%	13.4%	20.0%		
M3	0	0	0	0	2	1	0	3
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.5%
0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	1.2%	0.0%		
VO	0	0	0	0	0	1	1	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.3%
0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	20.0%		
Total	0	103	147	133	103	82	5	573
	0.0%	18.0%	25.7%	23.2%	18.0%	14.3%	0.9%	

TABLEAU B 11

REPARTITION DES ABSENTS SELON L'AGE, LE SEXE ET LE TYPE D'ABSENCE

SEXE = F

TYPABS	AGEG						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	17	19	18	21	12	0	87
>	19.5%	21.8%	20.7%	24.1%	13.3%	0.0%	19.4%
	8.9%	17.8%	21.7%	35.0%	40.0%	0.0%	
2	129	57	38	17	3	0	257
>	51.6%	22.8%	15.2%	6.8%	3.8%	0.0%	53.0%
	67.9%	53.3%	45.8%	28.3%	30.0%	0.0%	
3	44	30	26	22	8	2	132
>	33.3%	22.7%	19.7%	16.7%	6.1%	1.5%	28.0%
	23.2%	28.0%	31.3%	36.7%	26.7%	100.0%	
4	0	1	1	0	1	0	3
>	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.6%
	0.0%	0.9%	1.2%	0.0%	3.3%	0.0%	
Total	190	107	83	60	30	2	472
	40.3%	22.7%	17.6%	12.7%	6.4%	0.4%	

SEXE = M

TYPABS	AGEG						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	21	13	14	26	20	3	97
>	21.6%	13.4%	14.4%	26.8%	20.6%	3.1%	17.6%
	21.0%	9.2%	10.9%	26.5%	25.6%	60.0%	
2	58	107	84	46	37	1	333
>	17.4%	32.1%	25.2%	13.8%	11.1%	0.3%	60.3%
	58.0%	75.4%	65.1%	46.9%	47.4%	20.0%	
3	21	21	29	24	20	1	116
>	18.1%	18.1%	25.0%	20.7%	17.2%	0.9%	21.0%
	21.0%	14.8%	22.5%	24.5%	25.6%	20.0%	
4	0	1	2	2	1	0	6
>	0.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%	0.0%	1.1%
	0.0%	0.7%	1.6%	2.0%	1.3%	0.0%	
Total	100	142	129	98	78	5	552
	18.1%	25.7%	23.4%	17.8%	14.1%	0.9%	

TABLEAU B 13

REPARTITION DES ABSENTS SELON LE SEXE ET LA DATE DE DEPART

DATDEP	SEXE		Total
	F	M	
1	38	73	111
	> 34.2%	> 65.8%	> 10.5%
	7.6%	13.0%	
2	16	16	32
	> 50.0%	> 50.0%	> 3.0%
	3.2%	2.9%	
3	28	60	88
	> 31.8%	> 68.2%	> 8.3%
	5.6%	10.7%	
4	75	118	193
	> 38.9%	> 61.1%	> 18.3%
	15.1%	21.1%	
5	57	84	141
	> 40.4%	> 59.6%	> 13.3%
	11.5%	15.0%	
6	118	85	203
	> 58.1%	> 41.9%	> 19.2%
	23.7%	15.2%	
7	165	124	289
	> 57.1%	> 42.9%	> 27.3%
	33.2%	22.1%	
Total	497	560	1057
	47.0%	53.0%	

TABLEAU B 14 a

REPARTITION DES ABSENTS SELON LE SEXE ET LA DESTINATION

DESTING	SEXE		Total
	F	M	
1	95	31	126
	> 75.4%	24.6%	> 12.4%
	19.3%	5.9%	
2	203	200	403
	> 50.4%	49.6%	> 39.6%
	41.3%	38.0%	
3	19	35	54
	> 35.2%	64.8%	> 5.3%
	3.9%	6.7%	
4	23	43	66
	> 34.8%	65.2%	> 6.5%
	4.7%	8.2%	
5	58	53	111
	> 52.3%	47.7%	> 10.9%
	11.8%	10.1%	
6	36	82	118
	> 30.5%	69.5%	> 11.6%
	7.3%	15.6%	
7	56	73	129
	> 43.4%	56.6%	> 12.7%
	11.4%	13.9%	
8	1	9	10
	> 10.0%	90.0%	> 1.0%
	0.2%	1.7%	
Total	491	526	1017
	48.3%	51.7%	

TABLEAU B 14 b

REPARTITION DES ABSENTS SELON LE SEXE ET LE LIEU DE RESIDENCE

LIEURESD	SEXE		Total	LIEURESD	F	M	Total
	F	M					
1	27	18	45	12	13	40	63
	> 50.0%	> 40.0%	> 4.5%		> 28.6%	> 71.4%	> 6.3%
	5.5%	3.5%		13	84	107	187
	16	12	28		> 44.7%	> 55.3%	> 13.6%
	> 57.1%	> 42.9%	> 2.3%		17	11	28
	3.3%	2.3%		14	4	11	15
3	7	7	14		> 26.7%	> 73.3%	> 1.5%
	> 50.0%	> 50.0%	> 1.4%		0.8%	2.1%	
	1.4%	1.4%		15	150	3	153
4	6	7	13		> 98.0%	> 2.0%	> 15.2%
	> 46.2%	> 53.8%	> 1.3%		30.5%	0.6%	
	1.2%	1.4%		16	10	3	13
5	9	25	34		> 76.9%	> 23.1%	> 1.3%
	> 26.5%	> 73.5%	> 3.4%		2.0%	0.6%	
	1.8%	4.9%		17	0	9	9
6	26	28	54		> 0.0%	> 100.0%	> 0.9%
	> 48.1%	> 51.9%	> 5.4%		0.0%	1.8%	
	5.3%	5.5%		18	1	0	1
7	9	17	26		> 100.0%	> 0.0%	> 0.1%
	> 34.6%	> 65.4%	> 2.6%		0.2%	0.0%	
	1.8%	3.3%		19	2	9	11
8	25	24	49		> 18.2%	> 81.8%	> 1.1%
	> 51.0%	> 49.0%	> 4.9%		0.4%	1.8%	
	5.1%	4.7%		98	86	96	182
9	3	36	39		> 47.3%	> 52.7%	> 18.1%
	> 7.7%	> 92.3%	> 3.9%		17.5%	18.7%	
	0.6%	7.0%		Total	491	513	1004
10	1	7	8		> 48.9%	> 51.1%	
	> 12.5%	> 87.5%	> 0.8%				
	0.2%	1.4%					
11	7	53	60				
	> 11.7%	> 88.3%	> 6.0%				
	1.4%	10.3%					

TABLEAU C 1

SITUATION MATRIMONIALE SELON L'AGE ET LE SEXE
SEXE = F

SMAT	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
C0	0	106	25	14	4	2	0	151
>	0.0%	70.2%	16.6%	9.3%	2.6%	1.3%	0.0%	13.3%
	0.0%	52.0%	10.8%	6.0%	1.5%	1.0%	0.0%	
D0	0	0	6	3	2	1	0	12
>	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	16.7%	8.3%	0.0%	1.1%
	0.0%	0.0%	2.6%	1.3%	0.8%	0.5%	0.0%	
M1	2	80	176	163	188	136	6	751
>	0.3%	10.7%	23.4%	21.7%	25.0%	18.1%	0.8%	66.1%
	100.0%	39.2%	75.9%	70.0%	72.0%	71.2%	46.2%	
M2	0	16	22	46	57	40	5	186
>	0.0%	8.6%	11.8%	24.7%	30.6%	21.5%	2.7%	16.4%
	0.0%	7.8%	9.5%	19.7%	21.8%	20.9%	38.5%	
M3	0	2	2	5	5	8	2	24
>	0.0%	8.3%	8.3%	20.8%	20.8%	33.3%	8.3%	2.1%
	0.0%	1.0%	0.9%	2.1%	1.9%	4.2%	15.4%	
M4	0	0	0	0	1	1	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.5%	0.0%	
M5	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	
V0	0	0	1	2	4	2	0	9
>	0.0%	0.0%	11.1%	22.2%	44.4%	22.2%	0.0%	0.8%
	0.0%	0.0%	0.4%	0.9%	1.5%	1.0%	0.0%	
Total	2	204	232	233	261	191	13	1136
	0.2%	18.0%	20.4%	20.5%	23.0%	16.8%	1.1%	

SEXE = M

SMAT	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
C0	3	273	139	54	19	4	0	492
>	0.6%	55.5%	28.3%	11.0%	3.9%	0.8%	0.0%	55.5%
	100.0%	97.5%	85.8%	39.1%	12.3%	2.8%	0.0%	
D0	0	0	0	3	0	2	1	6
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	33.3%	16.7%	0.7%
	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	1.4%	25.0%	
M1	0	7	23	79	122	114	1	346
>	0.0%	2.0%	6.6%	22.8%	35.3%	32.9%	0.3%	39.1%
	0.0%	2.5%	14.2%	57.2%	79.2%	78.6%	25.0%	
M2	0	0	0	2	13	23	2	40
>	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	32.5%	57.5%	5.0%	4.5%
	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	8.4%	15.9%	50.0%	
M3	0	0	0	0	0	2	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	
M4	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M5	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
V0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	3	280	162	138	154	145	4	886
	0.3%	31.6%	18.3%	15.6%	17.4%	16.4%	0.5%	

TABLEAU C 3

MARIAGES CONTRACTES SELON L'AGE ET LE SEXE

SEXE = F

MARCONTR	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	0	92	20	7	2	0	0	121
>	0.0%	76.0%	16.5%	5.8%	1.7%	0.0%	0.0%	11.7%
	0.0%	48.4%	9.2%	3.3%	0.8%	0.0%	0.0%	
1	2	96	182	170	193	125	9	777
>	0.3%	12.4%	23.4%	21.9%	24.2%	16.1%	1.2%	74.9%
	100.0%	50.5%	83.9%	80.2%	80.8%	75.3%	69.2%	
2	0	2	14	33	43	34	4	130
>	0.0%	1.5%	10.8%	25.4%	33.1%	26.2%	3.1%	12.5%
	0.0%	1.1%	6.5%	15.6%	18.0%	20.6%	30.2%	
3	0	0	0	2	1	6	0	9
>	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%	11.1%	66.7%	0.0%	0.9%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	3.6%	0.0%	
4	0	0	1	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	190	217	212	239	165	13	1038
	0.2%	18.3%	20.9%	20.4%	23.0%	15.9%	1.3%	

SEXE = M

MARCONTR	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	3	263	133	48	16	6	0	469
>	0.6%	56.1%	28.4%	10.2%	3.4%	1.3%	0.0%	56.6%
	100.0%	92.9%	84.7%	37.2%	11.5%	4.6%	0.0%	
1	0	3	23	78	96	83	1	284
>	0.0%	1.1%	8.1%	27.5%	33.8%	29.2%	0.4%	34.3%
	0.0%	1.1%	14.6%	60.5%	69.1%	63.8%	25.0%	
2	0	0	1	3	27	40	3	74
>	0.0%	0.0%	1.4%	4.1%	36.5%	54.1%	4.1%	8.9%
	0.0%	0.0%	0.6%	2.3%	19.4%	30.8%	75.0%	
3	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
4	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	3	266	157	129	139	130	4	828
	0.4%	32.1%	19.0%	15.6%	16.8%	15.7%	0.5%	

TABLEAU C 4

REPARTITION DES FEMMES SELON L'AGE ET LE NOMBRE DE COEPOUSES

		SEXE = F							
		AGEG							
COEP		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total
0		2	78	157	125	121	73	4	560
>		0.4%	13.9%	28.0%	22.3%	21.6%	13.0%	0.7%	57.1%
		100.0%	42.4%	76.2%	61.9%	54.0%	47.7%	44.4%	
1		0	16	28	60	84	59	3	250
>		0.0%	6.4%	11.2%	24.0%	33.6%	23.6%	1.2%	25.5%
		0.0%	8.7%	13.6%	29.7%	37.5%	38.6%	33.3%	
2		0	1	3	7	16	15	1	43
>		0.0%	2.3%	7.0%	16.3%	37.2%	34.9%	2.3%	4.4%
		0.0%	0.5%	1.5%	3.5%	7.1%	9.8%	11.1%	
3		0	0	1	1	2	3	1	8
>		0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	25.0%	37.5%	12.5%	0.8%
		0.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.9%	2.0%	11.1%	
4		0	0	0	0	0	1	0	1
>		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	
8		0	89	17	9	1	2	0	118
>		0.0%	75.4%	14.4%	7.6%	0.8%	1.7%	0.0%	12.0%
		0.0%	48.4%	8.3%	4.5%	0.4%	1.3%	0.0%	
Total		2	184	206	202	224	153	9	980
		0.2%	18.8%	21.0%	20.6%	22.9%	15.6%	0.9%	

TABLEAU C 5 a

HISTOIRE MATRIMONIALE PAR ÂGE ET PAR SEXE

HISTMATR	SEXE = F							Total
	AGEG							
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
C	0	92	17	5	0	0	0	114
>	0.0%	80.7%	14.9%	4.4%	0.0%	0.0%	0.0%	11.0%
	0.0%	48.4%	7.8%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	
D	0	0	5	3	0	0	0	8
>	0.0%	0.0%	62.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.0%	2.3%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	
DDH	0	0	0	0	0	2	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	
DM	0	2	9	33	28	22	3	97
>	0.0%	2.1%	9.3%	34.0%	28.9%	22.7%	3.1%	9.4%
	0.0%	1.1%	4.1%	15.6%	11.7%	13.3%	23.1%	
DV	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	
DVM	0	0	0	2	1	2	0	5
>	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	1.2%	0.0%	
M	2	96	182	160	188	121	8	757
>	0.3%	12.7%	24.0%	21.1%	24.8%	16.0%	1.1%	73.0%
	100.0%	50.5%	83.9%	75.8%	78.7%	73.3%	61.5%	
MD	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
MM	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
V	0	0	1	2	3	0	0	6
>	0.0%	0.0%	16.7%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	0.6%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.9%	1.3%	0.0%	0.0%	
VDM	0	0	0	0	0	2	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	
VM	0	0	3	6	19	13	2	43
>	0.0%	0.0%	7.0%	14.0%	44.2%	30.2%	4.7%	4.1%
	0.0%	0.0%	1.4%	2.8%	7.9%	7.9%	15.4%	
VDMH	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	
VV	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	
Total	2	190	217	211	239	165	13	1037
	0.2%	18.3%	20.9%	20.3%	23.0%	15.9%	1.3%	

TABLEAU C 5 b

HISTOIRE MATRIMONIALE PAR AGE ET PAR SEXE

HISTMATR	SEXE = M							Total
	AGEG							
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
C	3	264	134	47	16	3	0	467
>	0.6%	56.5%	28.7%	10.1%	3.4%	0.6%	0.0%	56.3%
	100.0%	98.9%	85.4%	36.4%	11.5%	2.3%	0.0%	
D	0	1	0	3	1	2	1	8
>	0.0%	12.5%	0.0%	37.5%	12.5%	25.0%	12.5%	1.0%
	0.0%	0.4%	0.0%	2.3%	0.7%	1.5%	25.0%	
DDM	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
DM	0	0	0	1	9	15	1	26
>	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	34.6%	57.7%	3.8%	3.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	6.5%	11.5%	25.0%	
DV	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
DVM	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
M	0	2	22	76	95	81	0	276
>	0.0%	0.7%	8.0%	27.5%	34.4%	29.3%	0.0%	33.3%
	0.0%	0.7%	14.0%	58.9%	68.3%	62.3%	0.0%	
MD	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
MM	0	0	1	2	16	21	2	42
>	0.0%	0.0%	2.4%	4.8%	38.1%	50.0%	4.8%	5.1%
	0.0%	0.0%	0.6%	1.6%	11.5%	16.2%	50.0%	
V	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
VDM	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
VM	0	0	0	0	2	6	0	8
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	1.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	4.6%	0.0%	
VMDM	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
VV	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	3	267	157	129	139	130	4	829
	0.4%	32.2%	18.9%	15.6%	16.8%	15.7%	0.5%	

TABLEAU C 5 c

HISTOIRE MATRIMONIALE PAR SEXE			
SEXE			
HISTMATR	F	M	Total
C	114	467	581
	> 19.6%	80.4%	> 31.1%
	11.0%	56.3%	
D	8	8	16
	> 50.0%	50.0%	> 0.9%
	0.8%	1.0%	
DDM	2	1	3
	> 66.7%	33.3%	> 0.2%
	0.2%	0.1%	
DM	97	26	123
	> 78.9%	21.1%	> 6.6%
	9.4%	3.1%	
DV	1	0	1
	> 100.0%	0.0%	> 0.1%
	0.1%	0.0%	
DVM	5	0	5
	> 100.0%	0.0%	> 0.3%
	0.5%	0.0%	
M	757	276	1033
	> 73.3%	26.7%	> 55.4%
	73.0%	33.3%	
MD	0	1	1
	> 0.0%	100.0%	> 0.1%
	0.0%	0.1%	
MM	0	42	42
	> 0.0%	100.0%	> 2.3%
	0.0%	5.1%	
V	6	0	6
	> 100.0%	0.0%	> 0.3%
	0.6%	0.0%	
VDH	2	0	2
	> 100.0%	0.0%	> 0.1%
	0.2%	0.0%	
VM	43	8	51
	> 84.3%	15.7%	> 2.7%
	4.1%	1.0%	
VMDH	1	0	1
	> 100.0%	0.0%	> 0.1%
	0.1%	0.0%	
VV	1	0	1
	> 100.0%	0.0%	> 0.1%
	0.1%	0.0%	
Total	1037	829	1866
	55.6%	44.4%	

TABLEAU C 5 d

HISTOIRE MATRIMONIALE PAR AGE

HISTMATR	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
C	3	356	151	52	16	3	0	581
>	0.5%	61.3%	26.0%	9.0%	2.8%	0.5%	0.0%	31.1%
	60.0%	77.9%	40.4%	15.3%	4.2%	1.0%	0.0%	
D	0	1	5	6	1	2	1	16
>	0.0%	6.3%	31.3%	37.5%	6.3%	12.5%	6.3%	0.9%
	0.0%	0.2%	1.3%	1.8%	0.3%	0.7%	5.9%	
DDM	0	0	0	0	0	3	0	3
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	
DM	0	2	9	34	37	37	4	133
>	0.0%	1.6%	7.3%	27.6%	30.1%	30.1%	3.3%	6.6%
	0.0%	0.4%	2.4%	10.0%	9.3%	12.5%	23.5%	
DV	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	
DVM	0	0	0	2	1	2	0	5
>	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.3%	0.7%	0.0%	
M	2	9	204	256	287	202	0	1070
>	0.2%	9.5%	19.7%	22.8%	27.1%	19.6%	0.3%	53.1%
	40.0%	21.4%	54.5%	69.4%	74.0%	50.5%	47.1%	
MD	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	
MM	0	0	1	2	16	21	2	42
>	0.0%	0.0%	2.4%	4.2%	33.1%	50.0%	4.2%	2.7%
	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	4.2%	7.1%	11.9%	
V	0	0	1	2	3	0	0	6
>	0.0%	0.0%	16.7%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	0.3%	0.0%	0.0%	
VDM	0	0	0	0	0	2	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	
VM	0	0	3	6	21	19	2	51
>	0.0%	0.0%	5.9%	11.8%	41.2%	37.3%	3.9%	2.7%
	0.0%	0.0%	0.8%	1.8%	5.6%	6.4%	11.9%	
VMOM	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	
VV	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	
Total	5	457	374	340	378	295	17	1886
	0.3%	24.5%	20.0%	18.2%	20.3%	15.8%	0.9%	

TABLEAU C 6 a

RAPPORT SEXUEL PAR SEXE

RAPSEX	SEXE		Total
	F	M	
1	976	629	1605
>	60.8%	39.2%	> 87.3%
	94.7%	77.8%	
2	55	179	234
>	23.5%	76.5%	> 12.7%
	5.3%	22.2%	
Total	1031	808	1839
	56.1%	43.9%	

TABLEAU C 6 b

RAPPORT SEXUEL PAR AGE

RAPSEX	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	4	266	333	328	370	287	17	1605
>	0.2%	16.6%	20.7%	20.4%	23.1%	17.9%	1.1%	> 87.3%
	80.0%	58.7%	90.5%	97.9%	99.5%	99.3%	100.0%	
2	1	187	35	7	2	2	0	234
>	0.4%	79.9%	15.0%	3.0%	0.9%	0.9%	0.0%	> 12.7%
	20.0%	41.3%	9.5%	2.1%	0.5%	0.7%	0.0%	
Total	5	453	368	335	372	289	17	1839
	0.3%	24.6%	20.0%	18.2%	20.2%	15.7%	0.9%	

TABLEAU C 8 a

PREMIER PARTENAIRE PAR SEXE ET PAR AGE

SEXE = F

PREMPART	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	1	46	94	99	115	94	4	453
>	0.2%	10.2%	20.8%	21.9%	25.4%	20.8%	0.9%	47.5%
	50.0%	33.8%	45.4%	48.8%	49.1%	59.5%	30.8%	
2	1	60	74	75	79	44	8	341
>	0.3%	17.6%	21.7%	22.0%	23.2%	12.9%	2.3%	35.8%
	50.0%	44.1%	35.7%	36.9%	33.8%	27.8%	61.5%	
3	0	8	6	4	6	3	0	27
>	0.0%	29.6%	22.2%	14.8%	22.2%	11.1%	0.0%	2.3%
	0.0%	5.9%	2.9%	2.0%	2.6%	1.9%	0.0%	
4	0	22	33	25	34	17	1	132
>	0.0%	16.7%	25.0%	18.9%	25.8%	12.9%	0.8%	13.9%
	0.0%	16.2%	15.9%	12.3%	14.5%	10.8%	7.7%	
5	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	136	207	203	234	158	13	953
	0.2%	14.3%	21.7%	21.3%	24.6%	16.6%	1.4%	

SEXE = M

PREMPART	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	0	0	7	27	36	43	2	115
>	0.0%	0.0%	6.1%	23.5%	31.3%	37.4%	1.7%	19.0%
	0.0%	0.0%	6.1%	23.5%	28.6%	35.8%	50.0%	
2	0	30	32	26	30	23	0	141
>	0.0%	21.3%	22.7%	18.4%	21.3%	16.3%	0.0%	23.3%
	0.0%	24.2%	27.8%	22.6%	23.8%	19.2%	0.0%	
3	1	3	1	1	3	0	0	9
>	11.1%	33.3%	11.1%	11.1%	33.3%	0.0%	0.0%	1.5%
	50.0%	2.4%	0.9%	0.9%	2.4%	0.0%	0.0%	
4	1	90	66	52	52	46	1	308
>	0.3%	29.2%	21.4%	16.9%	16.9%	14.9%	0.3%	50.8%
	50.0%	72.6%	57.4%	45.2%	41.3%	38.3%	25.0%	
5	0	0	8	7	3	3	1	22
>	0.0%	0.0%	36.4%	31.8%	13.6%	13.6%	4.5%	3.6%
	0.0%	0.0%	7.0%	6.1%	2.4%	2.5%	25.0%	
6	0	1	0	1	1	3	0	6
>	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	16.7%	50.0%	0.0%	1.0%
	0.0%	0.8%	0.0%	0.9%	0.8%	2.5%	0.0%	
7	0	0	1	1	1	2	0	5
>	0.0%	0.0%	20.0%	20.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.8%
	0.0%	0.0%	0.9%	0.9%	0.8%	1.7%	0.0%	
Total	2	124	115	115	126	120	4	606
	0.3%	20.5%	19.0%	19.0%	20.8%	19.8%	0.7%	

TABLEAU C 8 b

CONNAISSANCE PREMIER PARTENAIRE PAR AGE ET SEXE

SEXE = F

CONPRPART	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	0	7	15	13	14	25	2	76
>	0.0%	9.2%	19.7%	17.1%	18.4%	32.9%	2.6%	8.1%
	0.0%	5.1%	7.4%	6.6%	6.0%	16.0%	15.4%	
2	0	25	50	49	35	28	1	188
>	0.0%	13.3%	26.6%	26.1%	18.6%	14.9%	0.5%	20.0%
	0.0%	18.4%	24.5%	24.7%	15.1%	17.9%	7.7%	
3	0	14	27	17	18	5	0	81
>	0.0%	17.3%	33.3%	21.0%	22.2%	6.2%	0.0%	8.5%
	0.0%	10.3%	13.2%	8.6%	7.3%	3.2%	0.0%	
4	2	90	112	119	165	98	10	596
>	0.3%	15.1%	18.8%	20.0%	27.7%	16.4%	1.7%	63.7%
	100.0%	66.2%	54.9%	60.1%	71.1%	62.8%	76.9%	
5	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	136	204	198	232	156	13	941
	0.2%	14.5%	21.7%	21.0%	24.7%	16.6%	1.4%	

SEXE = M

CONPRPART	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
1	0	1	4	5	1	4	1	16
>	0.0%	6.3%	25.0%	31.3%	6.3%	25.0%	6.3%	2.7%
	0.0%	0.8%	3.5%	4.4%	0.8%	3.3%	25.0%	
2	0	3	7	13	19	18	1	61
>	0.0%	4.9%	11.5%	21.3%	31.1%	29.5%	1.6%	10.1%
	0.0%	2.5%	6.2%	11.4%	15.1%	14.9%	25.0%	
3	0	7	15	15	11	7	0	55
>	0.0%	12.7%	27.3%	27.3%	20.0%	12.7%	0.0%	9.1%
	0.0%	5.7%	13.3%	13.2%	8.7%	5.8%	0.0%	
4	2	110	87	81	95	92	2	469
>	0.4%	23.5%	18.6%	17.3%	20.3%	19.6%	0.4%	77.9%
	100.0%	90.2%	77.0%	71.1%	75.4%	76.0%	50.0%	
5	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	122	113	114	126	121	4	602
	0.3%	20.3%	18.8%	18.9%	20.9%	20.1%	0.7%	

TABLEAU C 9

PARTENAIRES REGULIERS DE LA VIE SEXUELLE PAR AGE ET SEXE

SEXE = F

PARTREGVS	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	0	90	12	5	2	0	0	109
>	0.0%	82.6%	11.0%	4.6%	1.8%	0.0%	0.0%	10.8%
	0.0%	48.1%	5.8%	2.5%	0.9%	0.0%	0.0%	
1	2	95	182	157	188	120	8	752
>	0.3%	12.6%	24.2%	20.9%	25.0%	16.0%	1.1%	74.8%
	100.0%	50.8%	87.5%	77.3%	80.3%	75.9%	51.5%	
2	0	2	13	38	42	33	5	137
>	0.0%	1.5%	9.8%	28.6%	31.6%	24.8%	3.3%	13.2%
	0.0%	1.1%	6.3%	18.7%	17.9%	20.9%	38.5%	
3	0	0	1	3	2	5	0	11
>	0.0%	0.0%	9.1%	27.3%	18.2%	45.5%	0.0%	1.1%
	0.0%	0.0%	0.5%	1.5%	0.9%	3.2%	0.0%	
4	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	187	208	203	234	158	13	1005
	0.2%	18.6%	20.7%	20.2%	23.3%	15.7%	1.3%	

SEXE = M

PARTREGVS	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	3	256	123	45	14	5	0	446
>	0.7%	57.4%	27.6%	10.1%	3.1%	1.1%	0.0%	56.4%
	100.0%	97.3%	83.7%	36.9%	10.8%	4.1%	0.0%	
1	0	7	23	74	87	75	1	267
>	0.0%	2.6%	8.6%	27.7%	32.6%	28.1%	0.4%	33.8%
	0.0%	2.7%	15.6%	60.7%	66.9%	61.5%	25.0%	
2	0	0	1	3	29	40	3	76
>	0.0%	0.0%	1.3%	3.9%	38.2%	52.6%	3.9%	9.6%
	0.0%	0.0%	0.7%	2.5%	22.3%	32.8%	75.0%	
3	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
4	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
Total	3	263	147	122	130	122	4	791
	0.4%	33.2%	18.6%	15.4%	16.4%	15.4%	0.5%	

TABLEAU C 10

DERNIER RAPPORT SELON LE SEXE ET LA SITUATION MATRIMONIALE

DERNRAP	SEXE = F									Total
	CO	DO	M1	M2	SMAT			VO		
					M3	M4	M5			
0	6	0	65	9	2	0	0	0	82	
>	7.3%	0.0%	79.3%	11.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	8.7%	
1	10	0	284	67	9	0	0	3	373	
>	2.7%	0.0%	76.1%	18.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.8%	39.6%	
2	2	1	83	17	1	0	0	0	104	
>	1.9%	1.0%	79.8%	16.3%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.0%	
3	13	6	102	30	6	0	0	2	159	
>	8.2%	3.8%	64.2%	18.9%	3.8%	0.0%	0.0%	1.3%	16.9%	
4	3	0	35	8	0	0	0	2	48	
>	6.3%	0.0%	72.9%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	5.1%	
5	29	3	87	20	2	1	1	1	144	
>	20.1%	2.1%	60.4%	13.9%	1.4%	0.7%	0.7%	0.7%	15.3%	
6	5	0	5	0	0	0	0	0	10	
>	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	
7	14	0	5	3	0	0	0	1	23	
>	60.9%	0.0%	21.7%	13.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	2.4%	
Total	82	10	666	154	20	1	1	9	943	
	8.7%	1.1%	70.6%	16.3%	2.1%	0.1%	0.1%	1.0%		

DERNRAP	SEXE = M									Total
	CO	DO	M1	M2	SMAT			VO		
					M3	M4	M5			
0	6	0	25	4	0	0	0	0	35	
>	17.1%	0.0%	71.4%	11.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.8%	
1	18	2	109	20	1	0	0	0	150	
>	12.0%	1.3%	72.7%	13.3%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	24.8%	
2	18	0	40	7	0	0	0	0	65	
>	27.7%	0.0%	61.5%	10.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.7%	
3	48	0	70	3	1	0	0	0	122	
>	39.3%	0.0%	57.4%	2.5%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	20.1%	
4	15	0	14	0	0	0	0	0	29	
>	51.7%	0.0%	48.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	
5	103	2	29	0	0	0	0	0	134	
>	76.9%	1.5%	21.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.1%	
6	27	0	4	0	0	0	0	0	31	
>	87.1%	0.0%	12.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	
7	36	2	2	0	0	0	0	0	40	
>	90.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	
Total	271	6	293	34	2	0	0	0	606	
	44.7%	1.0%	48.3%	5.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%		

RAPPORT DU DERNIER MOIS PAR SEXE ET SITUATION MATRIMONIALE

SEXE = F									
RAPD Mois	SMAT								Total
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	
0	96	3	112	25	3	1	1	2	243
>	39.5%	1.2%	46.1%	10.3%	1.2%	0.4%	0.4%	0.8%	24.4%
1	10	1	11	5	1	0	0	2	30
>	33.3%	3.3%	36.7%	16.7%	3.3%	0.0%	0.0%	6.7%	3.0%
2	5	1	63	12	2	0	0	1	84
>	6.0%	1.2%	75.0%	14.3%	2.4%	0.0%	0.0%	1.2%	8.5%
3	7	3	73	21	6	0	0	2	112
>	6.3%	2.7%	65.2%	18.8%	5.4%	0.0%	0.0%	1.8%	11.3%
4	1	2	89	16	2	0	0	0	110
>	0.9%	1.8%	80.9%	14.5%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%
5	4	0	106	25	2	0	0	2	139
>	2.9%	0.0%	76.3%	18.0%	1.4%	0.0%	0.0%	1.4%	14.0%
6	4	0	86	18	2	0	0	0	110
>	3.6%	0.0%	78.2%	16.4%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%
7	5	0	59	16	3	0	0	0	83
>	6.0%	0.0%	71.1%	19.3%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	8.4%
8	0	0	69	14	0	0	0	0	83
>	0.0%	0.0%	83.1%	16.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.4%
Total	132	10	668	152	21	1	1	9	994
	13.3%	1.0%	67.2%	15.3%	2.1%	0.1%	0.1%	0.9%	

SEXE = M									
RAPD Mois	SMAT								Total
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	
0	352	5	38	0	0	0	0	0	395
>	89.1%	1.3%	9.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	49.9%
1	50	0	22	0	0	0	0	0	72
>	69.4%	0.0%	30.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%
2	21	1	25	1	0	0	0	0	48
>	43.8%	2.1%	52.1%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.1%
3	12	0	37	9	1	0	0	0	59
>	20.3%	0.0%	62.7%	15.3%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%
4	7	0	46	4	0	0	0	0	57
>	12.3%	0.0%	80.7%	7.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.2%
5	6	0	39	3	0	0	0	0	48
>	12.5%	0.0%	81.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.1%
6	1	0	27	7	1	0	0	0	36
>	2.8%	0.0%	75.0%	19.4%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%
7	0	0	29	4	0	0	0	0	33
>	0.0%	0.0%	87.9%	12.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%
8	2	0	36	6	0	0	0	0	44
>	4.5%	0.0%	81.8%	13.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%
Total	451	6	299	34	2	0	0	0	792
	56.9%	0.8%	37.8%	4.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	

TABLEAU C 12
PARTENAIRE DU DERNIER MOIS PAR AGE ET SEXE

SEXE = F

PARTD MOI	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	0	99	51	35	36	21	1	243
>	0.0%	40.7%	21.0%	14.4%	14.8%	8.6%	0.4%	24.2%
	0.0%	52.9%	24.5%	17.2%	15.5%	13.4%	7.7%	
1	2	87	156	164	194	135	12	750
>	0.3%	11.6%	20.8%	21.9%	25.9%	18.0%	1.6%	74.8%
	100.0%	46.5%	75.0%	80.8%	83.3%	86.0%	92.3%	
2	0	0	1	3	3	1	0	8
>	0.0%	0.0%	12.5%	37.5%	37.5%	12.5%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.5%	1.5%	1.3%	0.6%	0.0%	
3	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
4	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
10	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	187	208	203	233	157	13	1003
	0.2%	18.6%	20.7%	20.2%	23.2%	15.7%	1.3%	

SEXE = M

PARTD MOI	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	1	221	88	48	23	12	1	394
>	0.3%	56.1%	22.3%	12.2%	5.8%	3.0%	0.3%	49.7%
	33.3%	83.7%	59.9%	39.0%	17.7%	9.8%	25.0%	
1	2	35	44	68	95	81	1	326
>	0.6%	10.7%	13.5%	20.9%	29.1%	24.8%	0.3%	41.1%
	66.7%	13.3%	29.9%	55.3%	73.1%	66.4%	25.0%	
2	0	5	5	4	12	28	2	56
>	0.0%	8.9%	8.9%	7.1%	21.4%	50.0%	3.6%	7.1%
	0.0%	1.9%	3.4%	3.3%	9.2%	23.0%	50.0%	
3	0	2	6	2	0	1	0	11
>	0.0%	18.2%	54.5%	18.2%	0.0%	9.1%	0.0%	1.4%
	0.0%	0.8%	4.1%	1.6%	0.0%	0.8%	0.0%	
4	0	1	3	1	0	0	0	5
>	0.0%	20.0%	60.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%
	0.0%	0.4%	2.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	0	1	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
10	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	3	264	147	123	130	122	4	793
	0.4%	33.3%	18.5%	15.5%	16.4%	15.4%	0.5%	

TABLEAU C 13

RAPPORTS AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE PAR SEXE ET AGE

		SEXE = F							
		AGEG							
RAPDANG		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total
0		0	59	6	8	2	2	0	77
	>	0.0%	76.6%	7.8%	10.4%	2.6%	2.6%	0.0%	9.3%
		0.0%	36.9%	3.5%	4.6%	1.0%	1.7%	0.0%	
1		0	13	1	1	1	0	0	16
	>	0.0%	81.3%	6.3%	6.3%	6.3%	0.0%	0.0%	1.9%
		0.0%	8.1%	0.6%	0.6%	0.5%	0.0%	0.0%	
2		1	10	9	4	7	4	0	35
	>	2.9%	28.6%	25.7%	11.4%	20.0%	11.4%	0.0%	4.2%
		100.0%	6.3%	5.3%	2.3%	3.7%	3.3%	0.0%	
3		0	14	14	14	13	5	1	61
	>	0.0%	23.0%	23.0%	23.0%	21.3%	8.2%	1.6%	7.4%
		0.0%	8.8%	8.2%	8.0%	6.8%	4.1%	10.0%	
4		0	11	23	34	38	32	2	140
	>	0.0%	7.9%	16.4%	24.3%	27.1%	22.7%	1.4%	16.9%
		0.0%	6.9%	13.5%	19.4%	19.9%	26.4%	20.0%	
5		0	42	92	80	113	65	7	399
	>	0.0%	10.5%	23.1%	20.1%	28.3%	16.3%	1.8%	48.1%
		0.0%	26.3%	53.8%	45.7%	59.2%	53.7%	70.0%	
6		0	9	25	31	15	12	0	92
	>	0.0%	9.8%	27.2%	33.7%	16.3%	13.0%	0.0%	11.1%
		0.0%	5.6%	14.6%	17.7%	7.9%	9.9%	0.0%	
7		0	2	1	3	2	1	0	9
	>	0.0%	22.2%	11.1%	33.3%	22.2%	11.1%	0.0%	1.1%
		0.0%	1.3%	0.6%	1.7%	1.0%	0.8%	0.0%	
Total		1	160	171	175	191	121	10	829
		0.1%	19.3%	20.6%	21.1%	23.0%	14.6%	1.2%	

		SEXE = M							
		AGEG							
RAPDANG		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total
0		1	157	46	11	7	3	1	226
	>	0.4%	69.5%	20.4%	4.9%	3.1%	1.3%	0.4%	61.4%
		33.3%	75.1%	59.7%	33.3%	26.9%	15.8%	100.0%	
1		2	37	17	9	2	2	0	69
	>	2.9%	53.6%	24.6%	13.0%	2.9%	2.9%	0.0%	18.8%
		66.7%	17.7%	22.1%	27.3%	7.7%	10.5%	0.0%	
2		0	14	12	12	14	11	0	63
	>	0.0%	22.2%	19.0%	19.0%	22.2%	17.5%	0.0%	17.1%
		0.0%	6.7%	15.6%	36.4%	53.8%	57.9%	0.0%	
3		0	1	0	1	1	0	0	3
	>	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.8%
		0.0%	0.5%	0.0%	3.0%	3.8%	0.0%	0.0%	
4		0	0	1	0	0	1	0	2
	>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.5%
		0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	
5		0	0	0	0	0	1	0	1
	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.3%
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	
6		0	0	1	0	1	0	0	2
	>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.5%
		0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	
7		0	0	0	0	1	1	0	2
	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.5%
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	5.3%	0.0%	
Total		3	209	77	33	26	19	1	368
		0.8%	56.8%	20.9%	9.0%	7.1%	5.2%	0.3%	

TABLEAU C 14 a

PARTENAIRES AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE PAR AGE ET SEXE

SEXE = F

PARTDAN	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	0	58	6	6	4	2	0	76
>	0.0%	76.3%	7.9%	7.9%	5.3%	2.6%	0.0%	7.6%
	0.0%	31.2%	2.9%	3.0%	1.7%	1.3%	0.0%	
1	2	115	186	173	208	147	12	843
>	0.2%	13.6%	22.1%	20.5%	24.7%	17.4%	1.4%	34.0%
	100.0%	61.8%	89.4%	85.2%	88.9%	93.0%	92.3%	
2	0	11	15	23	22	8	1	80
>	0.0%	13.8%	18.8%	28.3%	27.5%	10.0%	1.3%	8.0%
	0.0%	5.9%	7.2%	11.3%	9.4%	5.1%	7.7%	
3	0	2	0	1	0	0	0	3
>	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	1.1%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
4	0	0	1	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
10	0	0	0	0	0	1	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	
11	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
12	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	2	186	208	203	234	158	13	1004
	0.2%	18.5%	20.7%	20.2%	23.3%	15.7%	1.3%	

TABLEAU C 14 b

PARTENAIRES AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE PAR AGE ET SEXE

PARTDAN	SEXE = M							Total
	AGEG							
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	1	156	45	13	8	3	1	227
>	0.4%	68.7%	19.8%	5.7%	3.5%	1.3%	0.4%	28.7%
	33.3%	59.3%	30.6%	10.6%	6.2%	2.5%	25.0%	
1	0	46	32	74	90	79	1	322
>	0.0%	14.3%	9.9%	23.0%	28.0%	24.5%	0.3%	40.7%
	0.0%	17.5%	21.8%	60.2%	69.8%	64.8%	25.0%	
2	2	28	20	12	24	27	2	115
>	1.7%	24.3%	17.4%	10.4%	20.7%	23.5%	1.7%	14.5%
	66.7%	10.6%	13.6%	9.8%	18.6%	22.1%	50.0%	
3	0	15	19	9	3	6	0	52
>	0.0%	28.8%	36.5%	17.3%	5.8%	11.5%	0.0%	6.6%
	0.0%	5.7%	12.9%	7.3%	2.3%	4.9%	0.0%	
4	0	6	12	7	3	2	0	30
>	0.0%	20.0%	40.0%	23.3%	10.0%	6.7%	0.0%	3.8%
	0.0%	2.3%	8.2%	5.7%	2.3%	1.6%	0.0%	
5	0	7	9	4	0	2	0	22
>	0.0%	31.8%	40.9%	18.2%	0.0%	9.1%	0.0%	2.8%
	0.0%	2.7%	6.1%	3.3%	0.0%	1.6%	0.0%	
6	0	4	5	2	1	0	0	12
>	0.0%	33.3%	41.7%	16.7%	8.3%	0.0%	0.0%	1.5%
	0.0%	1.5%	3.4%	1.6%	0.8%	0.0%	0.0%	
7	0	0	2	0	0	1	0	3
>	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
8	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
10	0	1	2	0	0	1	0	4
>	0.0%	25.0%	50.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.4%	1.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
11	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
12	0	0	1	0	0	1	0	2
>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
Total	3	263	147	123	129	122	4	791
	0.4%	33.2%	18.6%	15.5%	16.2%	15.4%	0.5%	

TABLEAU C 14 c

PARTENAIRES REGULIERS DE LA DERNIERE ANNEE PAR AGE ET SEXE

SEXE = F

PARTRDA	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	0	86	15	10	7	3	0	121
>	0.0%	71.1%	12.4%	8.3%	5.8%	2.5%	0.0%	12.1%
	0.0%	46.2%	7.2%	4.9%	3.0%	1.7%	0.0%	
1	2	100	193	193	226	153	12	879
>	0.2%	11.4%	22.0%	22.0%	25.7%	17.4%	1.4%	57.5%
	100.0%	53.8%	92.8%	95.1%	96.6%	96.8%	92.3%	
2	0	0	0	0	1	2	1	4
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	0.4%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	1.3%	7.7%	
Total	2	186	208	203	234	158	13	1004
	0.2%	18.5%	20.7%	20.2%	23.3%	15.7%	1.3%	

SEXE = M

PARTRDA	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	3	247	116	44	17	9	1	437
>	0.7%	56.5%	26.5%	10.1%	3.9%	2.1%	0.2%	55.2%
	100.0%	93.9%	78.9%	35.8%	13.1%	7.4%	25.0%	
1	0	16	29	77	97	88	1	308
>	0.0%	5.2%	9.4%	25.0%	31.5%	28.6%	0.3%	38.9%
	0.0%	6.1%	19.7%	62.6%	74.6%	72.1%	25.0%	
2	0	0	2	2	16	25	2	47
>	0.0%	0.0%	4.3%	4.3%	34.0%	53.2%	4.3%	5.9%
	0.0%	0.0%	1.4%	1.6%	12.3%	20.5%	50.0%	
Total	3	263	147	123	130	122	4	792
	0.4%	33.2%	18.6%	15.5%	16.4%	15.4%	0.5%	

TABLEAU D 1

NOMBRE TOTAL D'ENFANTS SELON LE SEXE

SEXE	ENFTOTAL									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
F	162	108	118	109	100	114	113	76	52	
>	16.0%	10.7%	11.7%	10.8%	9.9%	11.3%	11.2%	7.5%	5.1%	
	24.7%	63.5%	61.8%	68.1%	73.5%	74.0%	83.7%	90.5%	88.1%	
M	495	62	73	51	36	40	22	8	7	
>	61.6%	7.7%	9.1%	6.3%	4.5%	5.0%	2.7%	1.0%	0.9%	
	75.3%	36.5%	38.2%	31.9%	26.5%	26.0%	16.3%	9.5%	11.9%	
Total	657	170	191	160	136	154	135	84	59	
	36.2%	9.4%	10.5%	8.8%	7.5%	8.5%	7.4%	4.6%	3.2%	

SEXE	ENFTOTAL							Total
	9	10	11	12	13	14	18	
F	28	16	9	3	2	2	0	1010
>	2.8%	1.6%	0.9%	0.3%	0.2%	0.2%	0.0%	55.7%
	90.3%	84.2%	90.0%	100.0%	66.7%	66.7%	0.0%	
M	3	3	1	0	1	1	1	904
>	0.4%	0.4%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	44.5%
	9.7%	15.8%	10.0%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%	
Total	31	19	10	3	3	3	1	1816
	1.7%	1.0%	0.6%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	

TABLEAU D 2 a

NOMBRE TOTAL D'ENFANTS VIVANTS SELON LE SEXE

SEXE	ENFVIVAN									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
F	191	147	159	141	141	110	55	15	6	
>	19.7%	15.2%	16.4%	14.6%	14.6%	11.4%	5.7%	1.5%	0.6%	
	27.5%	67.1%	67.9%	73.8%	80.1%	78.6%	78.6%	78.9%	50.0%	
M	503	72	75	50	35	30	15	4	6	
>	63.6%	9.1%	9.5%	6.3%	4.4%	3.8%	1.9%	0.5%	0.8%	
	72.5%	32.9%	32.1%	26.2%	19.9%	21.4%	21.4%	21.1%	50.0%	
Total	694	219	234	191	176	140	70	19	12	
	39.5%	12.5%	13.3%	10.9%	10.0%	8.0%	4.0%	1.1%	0.7%	

SEXE	ENFVIVAN		
	9	12	Total
F	2	1	968
>	0.2%	0.1%	55.0%
	66.7%	100.0%	
M	1	0	791
>	0.1%	0.0%	45.0%
	33.3%	0.0%	
Total	3	1	1759
	0.2%	0.1%	

TABLEAU D 2 b

REPARTITION SELON LE SEXE, LA SITUATION MATRIMONIALE ET LES ENFANTS VIVANTS

ENFVIVAN	SEXE = F									SEXE = M								
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	Total	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	Total
0	100	2	71	14	3	0	0	1	191	447	7	50	7	0	0	0	0	503
>	52.4%	1.0%	37.2%	7.3%	1.6%	0.0%	0.0%	0.5%	19.7%	38.9%	0.0%	9.9%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	63.6%
1	14	4	101	23	3	0	0	2	147	6	0	66	0	0	0	0	0	72
>	9.5%	2.7%	68.7%	15.6%	2.0%	0.0%	0.0%	1.4%	15.2%	8.3%	0.0%	91.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%
2	8	3	123	22	2	0	0	1	159	1	3	70	1	0	0	0	0	75
>	5.0%	1.9%	77.4%	13.8%	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%	16.4%	1.3%	4.0%	93.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.5%
3	3	0	97	34	5	1	0	1	141	0	0	43	7	0	0	0	0	50
>	2.1%	0.0%	68.8%	24.1%	3.5%	0.7%	0.0%	0.7%	14.6%	0.0%	0.0%	86.0%	14.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%
4	1	0	105	32	3	0	0	0	141	0	0	30	5	0	0	0	0	35
>	0.7%	0.0%	74.5%	22.7%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	14.6%	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.4%
5	3	0	89	11	3	0	1	3	110	1	0	23	6	0	0	0	0	30
>	2.7%	0.0%	80.9%	10.0%	2.7%	0.0%	0.9%	2.7%	11.4%	3.3%	0.0%	76.7%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%
6	0	0	41	10	3	0	0	1	55	0	0	10	4	1	0	0	0	15
>	0.0%	0.0%	74.5%	18.2%	5.5%	0.0%	0.0%	1.8%	5.7%	0.0%	0.0%	66.7%	26.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%
7	0	0	12	3	0	0	0	0	15	0	0	1	3	0	0	0	0	4
>	0.0%	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
8	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0	0	0	5	1	0	0	0	6
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
9	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	14.7%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
12	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total	129	9	648	149	22	1	1	9	968	456	6	293	34	2	0	0	0	791
	13.3%	0.9%	66.9%	15.4%	2.3%	0.1%	0.1%	0.9%		57.6%	0.8%	37.0%	4.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	

TABLEAU D 4 a

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION TRADITIONNELLE SELON LE SEXE								
SEXE	CONTRAD							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
F	445	149	366	12	13	16	2	1007
>	44.4%	14.9%	36.5%	1.2%	1.3%	1.6%	0.2%	> 55.7%
	44.7%	54.0%	96.8%	85.7%	81.3%	57.1%	2.1%	
M	551	127	12	2	3	12	92	799
>	69.0%	15.9%	1.5%	0.3%	0.4%	1.5%	11.5%	> 44.3%
	55.3%	46.0%	3.2%	14.3%	18.8%	42.9%	97.9%	
Total	996	276	378	14	16	28	94	1802
	55.3%	15.3%	21.0%	0.8%	0.9%	1.6%	5.2%	

TABLEAU D 4 b

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION TRADITIONNELLE SELON LE SEXE ET LA RELIGION

REL	SEXE = F								Total	SEXE = M								Total
	0	1	2	3	4	5	6	CONTRAD		0	1	2	3	4	5	6	CONTRAD	
1	1	1	2	1	1	0	0		6	2	1	0	0	0	0	0		3
>	16.7%	16.7%	33.3%	16.7%	16.7%	0.0%	0.0%	>	0.6%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.4%
	0.2%	0.7%	0.5%	8.3%	7.7%	0.0%	0.0%			0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
2	19	5	30	0	0	0	0		54	13	1	3	0	0	0	1		18
>	35.2%	9.3%	55.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	5.4%	72.2%	5.6%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	>	2.3%
	4.3%	3.4%	8.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			2.4%	0.8%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%		
3	207	84	179	5	8	8	0		491	253	74	3	2	2	9	37		380
>	42.2%	17.1%	36.5%	1.0%	1.6%	1.6%	0.0%	>	49.0%	66.6%	19.5%	0.8%	0.5%	0.5%	2.4%	9.7%	>	47.6%
	46.5%	56.4%	48.9%	41.7%	61.5%	50.0%	0.0%			45.9%	58.3%	25.0%	100.0%	66.7%	75.0%	40.2%		
4	6	2	8	0	0	1	0		17	5	0	0	0	0	0	1		6
>	35.3%	11.8%	47.1%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	>	1.7%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	>	0.8%
	1.3%	1.3%	2.2%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%			0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%		
5	91	26	67	3	2	3	1		193	91	25	2	0	1	1	24		144
>	47.2%	13.5%	34.7%	1.6%	1.0%	1.6%	0.5%	>	19.2%	63.2%	17.4%	1.4%	0.0%	0.7%	0.7%	16.7%	>	18.0%
	20.4%	17.4%	18.3%	25.0%	15.4%	18.8%	50.0%			16.5%	19.7%	16.7%	0.0%	33.3%	8.3%	26.1%		
6	3	2	1	0	0	0	0		6	1	1	0	0	0	0	0		2
>	50.0%	33.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.6%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.3%
	0.7%	1.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			0.2%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
7	0	0	3	0	0	0	0		3	0	0	0	0	0	0	0		0
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.0%
	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
8	104	28	63	1	2	4	1		203	168	23	2	0	0	2	27		222
>	51.2%	13.8%	31.0%	0.5%	1.0%	2.0%	0.5%	>	20.2%	75.7%	10.4%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%	12.2%	>	27.8%
	23.4%	18.8%	17.2%	8.3%	15.4%	25.0%	50.0%			30.5%	18.1%	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	29.3%		
9	13	1	13	2	0	0	0		29	17	2	1	0	0	0	2		22
>	44.8%	3.4%	44.8%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	>	2.9%	77.3%	9.1%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	>	2.8%
	2.9%	0.7%	3.6%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%			3.1%	1.6%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%		
11	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	1	0	0	0	0		2
>	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.1%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	>	0.3%
	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			0.2%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Total	445	149	366	12	13	16	2		1003	551	127	12	2	3	12	92		799
	44.4%	14.9%	36.5%	1.2%	1.3%	1.6%	0.2%			69.0%	15.9%	1.5%	0.3%	0.4%	1.5%	11.5%		

TABLEAU D 4 c

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION TRADITIONNELLE SELON LE SEXE ET L'AGE

CONTRAD	SEXE = F							Total	SEXE = M							Total	
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +		
0	1	128	94	83	77	55	7	445	2	219	103	80	75	68	4	551	
>	0.2%	28.8%	21.1%	18.7%	17.3%	12.4%	1.6%	> 44.4%	>	0.4%	39.7%	18.7%	14.5%	13.6%	12.3%	0.7%	> 69.0%
	50.0%	69.2%	45.4%	40.7%	32.8%	35.0%	53.8%		100.0%	83.3%	68.2%	64.0%	56.8%	55.7%	100.0%		
1	0	21	25	33	38	31	1	149	0	19	28	24	27	29	0	127	
>	0.0%	14.1%	16.8%	22.1%	25.5%	20.8%	0.7%	> 14.9%	>	0.0%	15.0%	22.0%	18.9%	21.3%	22.8%	0.0%	> 15.9%
	0.0%	11.4%	12.1%	16.2%	16.2%	19.7%	7.7%		0.0%	7.2%	18.5%	19.2%	20.5%	23.8%	0.0%		
2	1	33	78	82	106	61	5	366	0	3	3	1	3	2	0	12	
>	0.3%	9.0%	21.3%	22.4%	29.0%	16.7%	1.4%	> 36.5%	>	0.0%	25.0%	25.0%	8.3%	25.0%	16.7%	0.0%	> 1.5%
	50.0%	17.8%	37.7%	40.2%	45.1%	38.9%	38.5%		0.0%	1.1%	2.0%	0.8%	2.3%	1.6%	0.0%		
3	0	0	4	1	1	6	0	12	0	1	0	0	1	0	0	2	
>	0.0%	0.0%	33.3%	8.3%	8.3%	50.0%	0.0%	> 1.2%	>	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	> 0.3%
	0.0%	0.0%	1.9%	0.5%	0.4%	3.8%	0.0%		0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%		
4	0	0	2	2	6	3	0	13	0	0	0	1	1	1	0	3	
>	0.0%	0.0%	15.4%	15.4%	46.2%	23.1%	0.0%	> 1.3%	>	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	> 0.4%
	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	2.6%	1.9%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%	0.8%	0.0%		
5	0	2	3	3	7	1	0	16	0	3	3	3	2	1	0	12	
>	0.0%	12.5%	18.8%	18.8%	43.8%	6.3%	0.0%	> 1.6%	>	0.0%	25.0%	25.0%	25.0%	16.7%	8.3%	0.0%	> 1.5%
	0.0%	1.1%	1.4%	1.5%	3.0%	0.6%	0.0%		0.0%	1.1%	2.0%	2.4%	1.5%	0.8%	0.0%		
6	0	1	1	0	0	0	0	2	0	18	14	16	23	21	0	92	
>	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.2%	>	0.0%	19.6%	15.2%	17.4%	25.0%	22.8%	0.0%	> 11.5%
	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	6.8%	9.3%	12.8%	17.4%	17.2%	0.0%		
Total	2	185	207	204	235	157	13	1003	2	263	151	125	132	122	4	795	
	0.2%	18.4%	20.6%	20.3%	23.4%	15.7%	1.3%		0.3%	32.9%	18.9%	15.6%	16.5%	15.3%	0.5%		

TABLEAU D 4 d

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION TRADITIONNELLE SELON LA RELIGION
CONTRAD

REL	0	1	2	3	4	5	6	Total
1	3	2	2	1	1	0	0	9
>	33.3%	22.2%	22.2%	11.1%	11.1%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.3%	0.7%	0.5%	7.1%	6.3%	0.0%	0.0%	
2	32	6	33	0	0	0	1	72
>	44.4%	8.3%	45.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	4.0%
	3.2%	2.2%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	
3	460	158	182	7	10	17	37	871
>	52.8%	18.1%	20.9%	0.8%	1.1%	2.0%	4.2%	48.3%
	46.2%	57.2%	48.1%	50.0%	62.5%	60.7%	39.4%	
4	11	2	8	0	0	1	1	23
>	47.8%	8.7%	34.8%	0.0%	0.0%	4.3%	4.3%	1.3%
	1.1%	0.7%	2.1%	0.0%	0.0%	3.6%	1.1%	
5	182	51	69	3	3	4	25	337
>	54.0%	15.1%	20.5%	0.9%	0.9%	1.2%	7.4%	18.7%
	18.3%	18.5%	18.3%	21.4%	18.8%	14.3%	26.6%	
6	4	3	1	0	0	0	0	8
>	50.0%	37.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
	0.4%	1.1%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	0	0	3	0	0	0	0	3
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	272	51	65	1	2	6	28	425
>	64.0%	12.0%	15.3%	0.2%	0.5%	1.4%	6.6%	23.6%
	27.3%	18.5%	17.2%	7.1%	12.5%	21.4%	29.8%	
9	30	3	14	2	0	0	2	51
>	58.8%	5.9%	27.5%	3.9%	0.0%	0.0%	3.9%	2.8%
	3.0%	1.1%	3.7%	14.3%	0.0%	0.0%	2.1%	
11	2	0	1	0	0	0	0	3
>	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	996	276	378	14	16	28	94	1802
	55.3%	15.3%	21.0%	0.8%	0.9%	1.6%	5.2%	

TABLEAU D 5 a

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE SELON LE SEXE

SEXE	CONMOC									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
F	627	6	2	272	1	17	18	5	34	916
>	64.1%	0.6%	0.2%	27.8%	0.1%	1.3%	1.8%	0.5%	3.5%	55.4%
	47.2%	10.9%	100.0%	95.4%	100.0%	38.2%	100.0%	83.3%	94.4%	
M	702	49	0	13	0	21	0	1	2	788
>	89.1%	6.2%	0.0%	1.6%	0.0%	2.7%	0.0%	0.1%	0.3%	44.8%
	52.8%	89.1%	0.0%	4.6%	0.0%	61.8%	0.0%	16.7%	5.6%	
Total	1329	55	2	285	1	34	18	6	36	1766
	75.3%	3.1%	0.1%	16.1%	0.1%	1.9%	1.0%	0.3%	2.0%	

TABLEAU D 5 b

ACQUISITION DE LA CONTRACEPTION MODERNE SELON LE SEXE ET LA RELIGION

	SEXE = F										SEXE = M									
	CONMOD										CONMOD									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
>	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.6%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
2	40	0	0	10	0	0	0	0	4	54	16	0	0	1	0	1	0	0	0	18
>	74.1%	0.0%	0.0%	18.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%	5.5%	88.9%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%
3	6.4%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.8%	478	2.3%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	374
>	60.9%	1.0%	0.2%	31.0%	0.2%	1.5%	2.1%	0.4%	2.7%	48.9%	88.5%	6.7%	0.0%	1.3%	0.0%	2.9%	0.0%	0.3%	0.3%	47.5%
4	46.4%	83.3%	50.0%	54.4%	100.0%	53.8%	55.6%	40.0%	38.2%	17	47.2%	51.0%	0.0%	38.5%	0.0%	52.4%	0.0%	100.0%	50.0%	6
>	41.2%	0.0%	0.0%	58.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.8%
5	1.1%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	189	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	6
>	71.4%	0.0%	0.5%	21.7%	0.0%	0.5%	0.5%	1.1%	4.2%	19.3%	94.3%	3.6%	0.0%	0.7%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	17.8%
6	21.5%	0.0%	50.0%	15.1%	0.0%	7.7%	5.6%	40.0%	23.5%	2	18.8%	10.2%	0.0%	7.7%	0.0%	9.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2
>	33.3%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
7	0.3%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
>	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
8	0.2%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	200	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	222
>	64.0%	0.5%	0.0%	26.0%	0.0%	2.0%	3.5%	0.5%	3.5%	20.4%	88.7%	7.2%	0.0%	1.8%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	28.2%
9	20.4%	16.7%	0.0%	19.1%	0.0%	30.8%	38.9%	20.0%	20.6%	24	28.1%	32.7%	0.0%	30.8%	0.0%	23.8%	0.0%	0.0%	0.0%	21
>	70.8%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	2.5%	81.0%	9.5%	0.0%	4.8%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%
10	2.7%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	1	2.4%	4.1%	0.0%	7.7%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2
>	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
11	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	702	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	788
Total	627	6	2	272	1	13	18	5	34	978	702	49	0	13	0	21	0	1	2	788
	64.1%	0.6%	0.2%	27.8%	0.1%	1.3%	1.8%	0.5%	3.5%		89.1%	6.2%	0.0%	1.6%	0.0%	2.7%	0.0%	0.1%	0.3%	

TABLEAU D 5 c

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE SELON LE SEXE ET L'AGE

CONMOD	SEXE = F								SEXE = M							
	AGEG								AGEG							
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total
0	2	131	121	112	155	97	9	627	2	244	122	108	114	109	3	702
>	0.3%	20.9%	19.3%	17.9%	24.7%	15.5%	1.4%	64.1%	0.3%	34.8%	17.4%	15.4%	16.2%	15.5%	0.4%	89.1%
	100.0%	71.6%	59.9%	56.9%	67.1%	63.8%	81.8%		100.0%	93.8%	81.3%	86.4%	88.4%	92.4%	75.0%	
1	0	0	1	0	3	2	0	6	0	10	14	10	11	3	1	49
>	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	50.0%	33.3%	0.0%	0.6%	0.0%	20.4%	28.6%	20.4%	22.4%	6.1%	2.0%	6.2%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	1.3%	1.3%	0.0%		0.0%	3.8%	9.3%	8.0%	8.5%	2.5%	25.0%	
2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	36	66	64	59	46	1	272	0	5	4	1	1	2	0	13
>	0.0%	13.2%	24.3%	23.5%	21.7%	16.9%	0.4%	27.8%	0.0%	38.5%	30.8%	7.7%	7.7%	15.4%	0.0%	1.6%
	0.0%	19.7%	32.7%	32.5%	25.5%	30.3%	9.1%		0.0%	1.9%	2.7%	0.8%	0.8%	1.7%	0.0%	
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	5	2	5	1	0	0	13	0	1	10	4	3	3	0	21
>	0.0%	38.5%	15.4%	38.5%	7.7%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	4.8%	47.6%	19.0%	14.3%	14.3%	0.0%	2.7%
	0.0%	2.7%	1.0%	2.5%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.4%	6.7%	3.2%	2.3%	2.5%	0.0%	
6	0	4	1	5	5	3	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0
>	0.0%	22.2%	5.6%	27.8%	27.8%	16.7%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0.0%	2.2%	0.5%	2.5%	2.2%	2.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	0	2	0	3	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	40.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	1.1%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	0	5	10	8	6	4	1	34	0	0	0	1	0	0	0	2
>	0.0%	14.7%	29.4%	23.5%	17.6%	11.8%	2.9%	3.5%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.3%
	0.0%	2.7%	5.0%	4.1%	2.6%	2.6%	9.1%		0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.8%	0.0%	
Total	2	183	202	197	231	152	11	978	2	260	150	125	129	118	4	788
	0.2%	18.7%	20.7%	20.1%	23.6%	15.5%	1.1%		0.3%	33.0%	19.0%	15.9%	16.4%	15.0%	0.5%	

TABLEAU D 5 d

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE SELON LA RELIGION
COMMOD

REL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	6	1	0	1	0	0	0	0	1	9
>	66.7%	11.1%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.5%
	0.5%	1.8%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	
2	56	0	0	11	0	1	0	0	4	72
>	77.8%	0.0%	0.0%	15.3%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	5.6%	4.1%
	4.2%	0.0%	0.0%	3.9%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	11.1%	
3	622	30	1	153	1	18	10	3	14	852
>	73.0%	3.5%	0.1%	18.0%	0.1%	2.1%	1.2%	0.4%	1.6%	48.2%
	46.8%	54.5%	50.0%	53.7%	100.0%	52.9%	55.6%	50.0%	38.9%	
4	12	0	0	10	0	0	0	0	1	23
>	52.2%	0.0%	0.0%	43.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	1.3%
	0.9%	0.0%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	
5	267	5	1	42	0	3	1	2	8	329
>	81.2%	1.5%	0.3%	12.8%	0.0%	0.9%	0.3%	0.6%	2.4%	18.6%
	20.1%	9.1%	50.0%	14.7%	0.0%	8.2%	5.6%	33.3%	22.2%	
6	4	0	0	3	0	1	0	0	0	8
>	50.0%	0.0%	0.0%	37.5%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.3%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
>	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	325	17	0	56	0	9	7	1	7	422
>	77.0%	4.0%	0.0%	13.3%	0.0%	2.1%	1.7%	0.2%	1.7%	23.9%
	24.5%	30.9%	0.0%	19.6%	0.0%	26.5%	38.9%	16.7%	19.4%	
9	34	2	0	7	0	1	0	0	1	45
>	75.6%	4.4%	0.0%	15.6%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	2.2%	2.5%
	2.6%	3.6%	0.0%	2.5%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	2.8%	
11	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
>	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	1329	55	2	285	1	34	18	6	36	1766
	75.3%	3.1%	0.1%	16.1%	0.1%	1.9%	1.0%	0.3%	2.0%	

TABLEAU D 6 a

SEXE	INFCONTRA										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
F	438	23	62	194	5	60	62	161	4		1009
>	43.4%	2.3%	6.1%	19.2%	0.5%	5.9%	6.1%	16.0%	0.4%		55.6%
	44.5%	92.0%	98.4%	45.1%	93.3%	98.4%	84.9%	96.4%	80.0%		
M	546	2	1	236	1	1	11	6	1		805
>	67.8%	0.2%	0.1%	29.3%	0.1%	0.1%	1.4%	0.7%	0.1%		44.4%
	55.5%	8.0%	1.6%	54.9%	16.7%	1.6%	15.1%	3.6%	20.0%		
Total	984	25	63	430	6	61	73	167	5		1814
	54.2%	1.4%	3.5%	23.7%	0.3%	3.4%	4.0%	9.2%	0.3%		

TABLEAU D 6 b

INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET L'AGE

INFCONTRA	SEXE = F								SEXE = M							
	AGEG								AGEG							
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total
0	1	125	90	79	78	58	7	438	2	219	104	77	74	66	4	546
>	0.2%	28.5%	20.5%	18.0%	17.8%	13.2%	1.6%	43.4%	0.4%	40.1%	19.0%	14.1%	13.6%	12.1%	0.7%	67.8%
	50.0%	66.5%	43.1%	38.7%	33.3%	36.5%	53.8%		100.0%	83.0%	68.0%	61.1%	56.1%	53.2%	100.0%	
1	0	2	3	5	7	5	1	23	0	0	1	0	0	1	0	2
>	0.0%	8.7%	13.0%	21.7%	30.4%	21.7%	4.3%	2.3%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	1.1%	1.4%	2.5%	3.0%	3.1%	7.7%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	
2	0	11	6	10	19	16	0	62	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	17.7%	9.7%	16.1%	30.6%	25.8%	0.0%	6.1%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	5.9%	2.9%	4.9%	8.1%	10.1%	0.0%		0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	18	31	50	57	34	4	194	0	40	44	43	54	55	0	236
>	0.0%	9.3%	16.0%	25.8%	29.4%	17.5%	2.1%	19.2%	0.0%	16.9%	18.6%	18.2%	22.9%	23.3%	0.0%	29.3%
	0.0%	9.6%	14.8%	24.5%	24.4%	21.4%	30.8%		0.0%	15.2%	28.8%	34.1%	40.9%	44.4%	0.0%	
4	0	1	1	0	3	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	1
>	0.0%	20.0%	20.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	11	17	9	12	10	1	60	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	18.3%	28.3%	15.0%	20.0%	16.7%	1.7%	5.9%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	5.9%	8.1%	4.4%	5.1%	6.3%	7.7%		0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	1	4	16	15	18	8	0	62	0	2	3	4	2	0	0	11
>	1.6%	6.5%	25.8%	24.2%	29.0%	12.9%	0.0%	6.1%	0.0%	18.2%	27.3%	36.4%	18.2%	0.0%	0.0%	1.4%
	50.0%	2.1%	7.7%	7.4%	7.7%	5.0%	0.0%		0.0%	0.8%	2.0%	3.2%	1.5%	0.0%	0.0%	
7	0	16	44	34	39	28	0	161	0	1	0	2	1	2	0	6
>	0.0%	9.9%	27.3%	21.1%	24.2%	17.4%	0.0%	16.0%	0.0%	16.7%	0.0%	33.3%	16.7%	33.3%	0.0%	0.7%
	0.0%	8.5%	21.1%	16.7%	16.7%	17.6%	0.0%		0.0%	0.4%	0.0%	1.6%	0.8%	1.6%	0.0%	
8	0	0	1	2	1	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	1
>	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.5%	1.0%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	
Total	2	188	209	204	234	159	13	1009	2	264	153	126	132	124	4	805
	0.2%	18.6%	20.7%	20.2%	23.2%	15.8%	1.3%		0.2%	32.8%	19.0%	15.7%	16.4%	15.4%	0.5%	

TABLEAU D 7 a

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE

SEXE	UTILPAS											Total
	0	11	12	15	21	22	23	25	26	27	28	
F	923	6	7	2	9	1	37	11	4	7	1	1008
>	91.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.9%	0.1%	3.7%	1.1%	0.4%	0.7%	0.1%	55.6%
	54.1%	85.7%	87.5%	100.0%	32.1%	100.0%	100.0%	84.6%	100.0%	100.0%	100.0%	
M	782	1	1	0	19	0	0	2	0	0	0	305
>	97.1%	0.1%	0.1%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	44.4%
	45.9%	14.3%	12.5%	0.0%	67.9%	0.0%	0.0%	15.4%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	1705	7	8	2	28	1	37	13	4	7	1	1313
	94.0%	0.4%	0.4%	0.1%	1.5%	0.1%	2.0%	0.7%	0.2%	0.4%	0.1%	

TABLEAU D 7 b

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

UTILPAS	SMAT									Total
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO		
0	555	12	932	173	23	1	1	2	1705	
>	32.6%	0.7%	54.7%	10.1%	1.3%	0.1%	0.1%	0.5%	94.0%	
	94.1%	80.0%	94.3%	91.5%	92.0%	100.0%	100.0%	92.7%		
11	2	0	5	0	0	0	0	0	7	
>	28.6%	0.0%	71.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	
	0.3%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
12	2	0	4	1	0	0	0	1	3	
>	25.0%	0.0%	50.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.1%	
	0.3%	0.0%	0.4%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%		
15	0	0	0	1	1	0	0	0	2	
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
21	18	1	8	1	0	0	0	0	28	
>	64.3%	3.6%	28.6%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	
	3.1%	6.7%	0.9%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
22	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
23	6	0	22	9	0	0	0	0	37	
>	16.2%	0.0%	59.5%	24.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	
	1.0%	0.0%	2.2%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
25	6	2	4	1	0	0	0	0	13	
>	46.2%	15.4%	30.8%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	
	1.0%	13.3%	0.4%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
26	0	0	2	1	1	0	0	0	4	
>	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	
	0.0%	0.0%	0.2%	0.5%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
27	1	0	5	1	0	0	0	0	7	
>	14.3%	0.0%	71.4%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	
	0.2%	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
28	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Total	590	15	983	189	25	1	1	9	1813	
	32.5%	0.8%	54.2%	10.4%	1.4%	0.1%	0.1%	0.5%		

TABLEAU D 7 c

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET LA SITUATION MATRIMONIALE

UTILPAS	SEXE = F									SEXE = M									
	CO	DO	M1	M2	SMAT			M5	VO	Total	CO	DO	M1	M2	SMAT			M5	VO
0	114	6	634	138	21	1	1	8	923	441	6	298	35	2	0	0	0	782	
>	12.4%	0.7%	68.7%	15.0%	2.3%	0.1%	0.1%	0.9%	91.6%	56.4%	0.8%	38.1%	4.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	
	86.4%	66.7%	93.4%	89.6%	91.3%	100.0%	100.0%	88.9%		96.3%	100.0%	98.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
11	1	0	5	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
>	16.7%	0.0%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	0.8%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
12	2	0	3	1	0	0	0	1	7	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
>	28.6%	0.0%	42.9%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	1.5%	0.0%	0.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%		0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
15	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
21	3	1	4	1	0	0	0	0	9	15	0	4	0	0	0	0	0	19	
>	33.3%	11.1%	44.4%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	78.9%	0.0%	21.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%	
	2.3%	11.1%	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
22	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
23	6	0	22	9	0	0	0	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	16.2%	0.0%	59.5%	24.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	4.5%	0.0%	3.2%	5.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
25	5	2	3	1	0	0	0	0	11	1	0	1	0	0	0	0	0	2	
>	45.5%	18.2%	27.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	
	3.8%	22.2%	0.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
26	0	0	2	1	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
27	1	0	5	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	14.3%	0.0%	71.4%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	0.8%	0.0%	0.7%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
28	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Total	132	9	679	154	23	1	1	9	1008	458	6	304	35	2	0	0	0	805	
	13.1%	0.9%	67.4%	15.3%	2.3%	0.1%	0.1%	0.9%		56.9%	0.7%	37.8%	4.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%		

TABLEAU D 7 d

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON LA RELIGION

UTILPAS	REL										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	
0	9	68	814	22	327	6	3	406	48	2	1705
>	0.5%	4.0%	47.7%	1.3%	19.2%	0.4%	0.2%	23.8%	2.8%	0.1%	94.0%
	100.0%	94.4%	92.9%	95.7%	96.2%	75.0%	100.0%	94.9%	94.1%	66.7%	
11	0	1	3	0	2	0	0	1	0	0	7
>	0.0%	14.3%	42.9%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.4%
	0.0%	1.4%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	
12	0	0	2	1	3	0	0	0	1	1	8
>	0.0%	0.0%	25.0%	12.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	0.4%
	0.0%	0.0%	0.2%	4.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	33.3%	
15	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
21	0	1	15	0	2	0	0	8	2	0	28
>	0.0%	3.6%	53.6%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	28.6%	7.1%	0.0%	1.5%
	0.0%	1.4%	1.7%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	1.9%	3.9%	0.0%	
22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
23	0	2	25	0	4	1	0	5	0	0	37
>	0.0%	5.4%	67.6%	0.0%	10.8%	2.7%	0.0%	13.5%	0.0%	0.0%	2.0%
	0.0%	2.8%	2.9%	0.0%	1.2%	12.5%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%	
25	0	0	8	0	1	0	0	4	0	0	13
>	0.0%	0.0%	61.5%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	30.8%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	
26	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	4
>	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	
27	0	0	4	0	0	1	0	2	0	0	7
>	0.0%	0.0%	57.1%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	
28	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	9	72	876	23	340	8	3	428	51	3	1813
	0.5%	4.0%	48.3%	1.3%	18.8%	0.4%	0.2%	23.6%	2.8%	0.2%	

TABLEAU D 7 e

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON L'AGE

UTILPAS	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	4	435	331	301	349	268	17	1705
>	0.2%	25.5%	19.4%	17.7%	20.5%	15.7%	1.0%	94.0%
	100.0%	96.2%	91.4%	91.2%	95.1%	95.4%	100.0%	
11	0	1	2	2	0	2	0	7
>	0.0%	14.3%	28.6%	28.6%	0.0%	28.6%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.2%	0.6%	0.6%	0.0%	0.7%	0.0%	
12	0	1	2	3	0	2	0	8
>	0.0%	12.5%	25.0%	37.5%	0.0%	25.0%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.2%	0.6%	0.9%	0.0%	0.7%	0.0%	
15	0	0	0	1	1	0	0	2
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%	
21	0	6	12	6	3	1	0	28
>	0.0%	21.4%	42.9%	21.4%	10.7%	3.6%	0.0%	1.5%
	0.0%	1.3%	3.3%	1.8%	0.8%	0.4%	0.0%	
22	0	1	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
23	0	4	7	9	11	6	0	37
>	0.0%	10.8%	18.9%	24.3%	29.7%	16.2%	0.0%	2.0%
	0.0%	0.9%	1.9%	2.7%	3.0%	2.1%	0.0%	
25	0	2	7	3	1	0	0	13
>	0.0%	15.4%	53.8%	23.1%	7.7%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	0.4%	1.9%	0.9%	0.3%	0.0%	0.0%	
26	0	1	0	2	0	1	0	4
>	0.0%	25.0%	0.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.4%	0.0%	
27	0	1	1	2	2	1	0	7
>	0.0%	14.3%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.2%	0.3%	0.6%	0.5%	0.4%	0.0%	
28	0	0	0	1	0	0	0	1
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	4	452	362	330	367	281	17	1813
	0.2%	24.9%	20.0%	18.2%	20.2%	15.5%	0.9%	

TABLEAU D 7 f

UTILISATION PASSEE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET L'AGE

UTILPAS	SEXE = F								SEXE = M								
	AGEG								AGEG								
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	Total	
0	2	174	192	178	219	145	13	923	2	261	139	123	130	123	4	782	
>	0.2%	18.9%	20.8%	19.3%	23.7%	15.7%	1.4%	> 91.6%	>	0.3%	33.4%	17.8%	15.7%	16.6%	15.7%	0.5%	> 97.1%
	100.0%	92.6%	91.9%	87.3%	93.2%	92.4%	100.0%		100.0%	98.9%	90.8%	97.6%	98.5%	99.2%	100.0%		
11	0	1	1	2	0	2	0	6	0	0	1	0	0	0	0	1	
>	0.0%	16.7%	16.7%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	> 0.6%	>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.1%
	0.0%	0.5%	0.5%	1.0%	0.0%	1.3%	0.0%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
12	0	1	1	3	0	2	0	7	0	0	1	0	0	0	0	1	
>	0.0%	14.3%	14.3%	42.9%	0.0%	28.6%	0.0%	> 0.7%	>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.1%
	0.0%	0.5%	0.5%	1.5%	0.0%	1.3%	0.0%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
15	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	> 0.2%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
21	0	3	2	3	1	0	0	9	0	3	10	3	2	1	0	19	
>	0.0%	33.3%	22.2%	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%	> 0.9%	>	0.0%	15.8%	52.6%	15.8%	10.5%	5.3%	0.0%	> 2.4%
	0.0%	1.6%	1.0%	1.5%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	1.1%	6.5%	2.4%	1.5%	0.8%	0.0%		
22	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.1%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
23	0	4	7	9	11	6	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	10.8%	18.9%	24.3%	29.7%	16.2%	0.0%	> 3.7%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	2.1%	3.3%	4.4%	4.7%	3.8%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
25	0	2	5	3	1	0	0	11	0	0	2	0	0	0	0	2	
>	0.0%	18.2%	45.5%	27.3%	9.1%	0.0%	0.0%	> 1.1%	>	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.2%
	0.0%	1.1%	2.4%	1.5%	0.4%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
26	0	1	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	25.0%	0.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	> 0.4%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	0.5%	0.0%	1.0%	0.0%	0.6%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
27	0	1	1	2	2	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	14.3%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%	0.0%	> 0.7%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	0.5%	0.5%	1.0%	0.9%	0.6%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
28	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.1%	>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	> 0.0%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Total	2	188	209	204	235	157	13	1008	2	264	153	126	132	124	4	805	
	0.2%	18.7%	20.7%	20.2%	23.3%	15.6%	1.3%		0.2%	32.8%	19.0%	15.7%	16.4%	15.4%	0.5%		

TABLEAU D 8 a

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE

SEXE	UTILCON									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
F	449	9	71	75	112	100	16	158	5	995
>	45.1%	0.9%	7.1%	7.5%	11.3%	10.1%	1.6%	15.9%	0.5%	55.4%
	36.8%	60.0%	97.3%	97.4%	98.2%	99.0%	84.2%	94.6%	55.6%	
M	772	6	2	2	2	1	3	9	1	801
>	96.4%	0.7%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.4%	1.1%	0.5%	44.6%
	63.2%	40.0%	2.7%	2.6%	1.3%	1.0%	15.8%	5.4%	44.4%	
Total	1221	15	73	77	114	101	19	167	7	1796
	68.0%	0.8%	4.1%	4.3%	6.3%	5.6%	1.1%	7.3%	0.4%	

TABLEAU D 8 b

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET LA SITUATION MATRIMONIALE

UTILCON	SEXE = F									SEXE = M									
	CO	DO	M1	M2	SMAT			M5	VO	Total	CO	DO	M1	M2	SMAT			M5	VO
0	62	3	310	58	12	1	0	3	449	433	6	296	35	2	0	0	0	0	772
>	13.8%	0.7%	69.0%	12.9%	2.7%	0.2%	0.0%	0.7%	45.1%	56.1%	0.8%	38.3%	4.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.4%
	48.8%	33.3%	46.0%	38.2%	52.2%	100.0%	0.0%	37.5%		95.2%	100.0%	97.7%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
1	0	0	5	3	1	0	0	0	9	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
>	0.0%	0.0%	55.6%	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	0.0%	0.7%	2.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%		1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
2	11	0	45	14	1	0	0	0	71	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
>	15.5%	0.0%	63.4%	19.7%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	8.7%	0.0%	6.7%	9.2%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	7	1	53	13	1	0	0	0	75	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
>	9.3%	1.3%	70.7%	17.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	5.5%	11.1%	7.9%	8.6%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%		0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
4	10	1	79	20	2	0	0	0	112	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
>	8.9%	0.9%	70.5%	17.9%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	11.3%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	7.9%	11.1%	11.7%	13.2%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%		0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	5	0	63	24	4	0	1	3	100	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
>	5.0%	0.0%	63.0%	24.0%	4.0%	0.0%	1.0%	3.0%	10.1%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	3.9%	0.0%	9.3%	15.8%	17.4%	0.0%	100.0%	37.5%		0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	2	0	11	3	0	0	0	0	16	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
>	12.5%	0.0%	68.8%	18.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
	1.6%	0.0%	1.6%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.4%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	28	2	107	17	2	0	0	2	158	8	0	1	0	0	0	0	0	0	9
>	17.7%	1.3%	67.7%	10.8%	1.3%	0.0%	0.0%	1.3%	15.9%	88.9%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	22.0%	22.2%	15.9%	11.2%	8.7%	0.0%	0.0%	25.0%		1.8%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
8	2	2	1	0	0	0	0	0	5	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4
>	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	1.6%	22.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.7%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	127	9	674	152	23	1	1	8	995	455	6	303	35	2	0	0	0	0	801
	12.8%	0.9%	67.7%	15.3%	2.3%	0.1%	0.1%	0.8%		56.8%	0.7%	37.8%	4.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

TABLEAU D 8 c

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LA RELIGION

UTILCON	REL											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	99	
0	8	29	576	10	231	6	1	329	30	1	0	1221
>	0.7%	2.4%	47.2%	0.8%	18.9%	0.5%	0.1%	26.9%	2.5%	0.1%	0.0%	60.4%
	88.9%	38.7%	62.3%	41.7%	64.7%	75.0%	33.3%	75.8%	52.6%	33.3%	0.0%	
1	0	2	5	0	3	0	0	2	3	0	0	15
>	0.0%	13.3%	33.3%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	13.3%	20.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	0.0%	2.7%	0.5%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.5%	5.3%	0.0%	0.0%	
2	0	8	36	2	14	1	1	9	2	0	0	73
>	0.0%	11.0%	49.3%	2.7%	19.2%	1.4%	1.4%	12.3%	2.7%	0.0%	0.0%	3.6%
	0.0%	10.7%	3.9%	8.3%	3.9%	12.5%	33.3%	2.1%	3.5%	0.0%	0.0%	
3	0	5	41	2	14	0	0	11	4	0	0	77
>	0.0%	6.5%	53.2%	2.6%	18.2%	0.0%	0.0%	14.3%	5.2%	0.0%	0.0%	3.8%
	0.0%	6.7%	4.4%	8.3%	3.9%	0.0%	0.0%	2.5%	7.0%	0.0%	0.0%	
4	0	5	56	6	24	0	0	20	3	0	0	114
>	0.0%	4.4%	49.1%	5.3%	21.1%	0.0%	0.0%	17.5%	2.6%	0.0%	0.0%	5.6%
	0.0%	6.7%	6.1%	25.0%	6.7%	0.0%	0.0%	4.6%	5.3%	0.0%	0.0%	
5	0	6	58	2	15	1	1	15	3	0	0	101
>	0.0%	5.9%	57.4%	2.0%	14.9%	1.0%	1.0%	14.9%	3.0%	0.0%	0.0%	5.0%
	0.0%	8.0%	6.3%	8.3%	4.2%	12.5%	33.3%	3.5%	5.3%	0.0%	0.0%	
6	0	1	8	0	5	0	0	2	2	1	0	19
>	0.0%	5.3%	42.1%	0.0%	26.3%	0.0%	0.0%	10.5%	10.5%	5.3%	0.0%	0.9%
	0.0%	1.3%	0.9%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.5%	3.5%	33.3%	0.0%	
7	1	15	82	1	31	0	0	33	3	1	0	167
>	0.6%	9.0%	49.1%	0.6%	18.6%	0.0%	0.0%	19.8%	1.8%	0.6%	0.0%	8.3%
	11.1%	20.0%	8.9%	4.2%	8.7%	0.0%	0.0%	7.6%	5.3%	33.3%	0.0%	
8	0	1	4	0	2	0	0	2	0	0	0	9
>	0.0%	11.1%	44.4%	0.0%	22.2%	0.0%	0.0%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
	0.0%	1.3%	0.4%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
9	0	3	59	1	18	0	0	11	7	0	127	226
>	0.0%	1.3%	26.1%	0.4%	8.0%	0.0%	0.0%	4.9%	3.1%	0.0%	56.2%	11.2%
	0.0%	4.0%	6.4%	4.2%	5.0%	0.0%	0.0%	2.5%	12.3%	0.0%	100.0%	
Total	9	75	925	24	357	8	3	434	57	3	127	2022
	0.4%	3.7%	45.7%	1.2%	17.7%	0.4%	0.1%	21.5%	2.8%	0.1%	6.3%	

TABLEAU D 8 d

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET LA RELIGION

UTILCON	SEXE = F											SEXE = M										
	REL											REL										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	Total
0	5	14	208	4	86	4	1	115	12	0	449	3	15	368	6	145	2	0	214	18	1	772
>	1.1%	3.1%	46.3%	0.9%	19.2%	0.9%	0.2%	25.6%	2.7%	0.0%	45.1%	0.4%	1.9%	47.7%	0.8%	18.8%	0.3%	0.0%	27.7%	2.3%	0.1%	96.4%
	83.3%	25.9%	42.9%	23.5%	44.3%	66.7%	33.3%	57.2%	42.9%	0.0%		100.0%	83.3%	96.6%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	96.4%	81.8%	50.0%	
1	0	2	3	0	3	0	0	0	1	0	9	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	6
>	0.0%	22.2%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.7%
	0.0%	3.7%	0.6%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%		0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	9.1%	0.0%	
2	0	7	35	2	14	1	1	9	2	0	71	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
>	0.0%	9.9%	49.3%	2.8%	19.7%	1.4%	1.4%	12.7%	2.8%	0.0%	7.1%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	13.0%	7.2%	11.8%	7.2%	16.7%	33.3%	4.5%	7.1%	0.0%		0.0%	5.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	0	5	41	2	14	0	0	10	3	0	75	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
>	0.0%	6.7%	54.7%	2.7%	18.7%	0.0%	0.0%	13.3%	4.0%	0.0%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	9.3%	8.5%	11.8%	7.2%	0.0%	0.0%	5.0%	10.7%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	4.5%	0.0%	
4	0	5	54	6	24	0	0	20	3	0	112	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
>	0.0%	4.5%	48.2%	5.4%	21.4%	0.0%	0.0%	17.9%	2.7%	0.0%	11.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	0.0%	9.3%	11.1%	35.3%	12.4%	0.0%	0.0%	10.0%	10.7%	0.0%		0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	0	6	57	2	15	1	1	15	3	0	100	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
>	0.0%	6.0%	57.0%	2.0%	15.0%	1.0%	1.0%	15.0%	3.0%	0.0%	10.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	0.0%	11.1%	11.8%	11.8%	7.7%	16.7%	33.3%	7.5%	10.7%	0.0%		0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
6	0	0	7	0	5	0	0	2	1	1	16	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	7
>	0.0%	0.0%	43.8%	0.0%	31.3%	0.0%	0.0%	12.5%	6.3%	6.3%	1.6%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.4%
	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	1.0%	3.6%	100.0%		0.0%	5.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%	0.0%	
7	1	15	77	1	31	0	0	30	3	0	158	0	0	5	0	0	0	0	3	0	1	9
>	0.6%	9.5%	48.7%	0.6%	19.6%	0.0%	0.0%	19.0%	1.9%	0.0%	15.9%	0.0%	0.0%	55.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	11.1%	1.1%
	16.7%	27.8%	15.9%	5.9%	16.0%	0.0%	0.0%	14.9%	10.7%	0.0%		0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	50.0%	
8	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	5	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	4
>	0.0%	0.0%	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	5.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	
Total	6	54	485	17	194	6	3	201	28	1	995	3	18	381	6	145	2	0	222	22	2	649
	0.6%	5.4%	48.7%	1.7%	19.5%	0.6%	0.3%	20.2%	2.8%	0.1%		0.4%	2.2%	47.6%	0.7%	18.1%	0.2%	0.0%	27.7%	2.7%	0.2%	

TABLEAU D 8 e

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

UTILCON	SMAT								Total
	CO	DO	M1	M2	M3	M4	M5	VO	
0	495	9	606	93	14	1	0	3	1221
>	40.5%	0.7%	49.6%	7.6%	1.1%	0.1%	0.0%	0.2%	68.0%
	85.1%	60.0%	62.0%	49.7%	56.0%	100.0%	0.0%	37.5%	
1	6	0	5	3	1	0	0	0	15
>	40.0%	0.0%	33.3%	20.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
	1.0%	0.0%	0.5%	1.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
2	11	0	47	14	1	0	0	0	73
>	15.1%	0.0%	64.4%	19.2%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
	1.9%	0.0%	4.8%	7.5%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
3	8	1	54	13	1	0	0	0	77
>	10.4%	1.3%	70.1%	16.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
	1.4%	6.7%	5.5%	7.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
4	11	1	80	20	2	0	0	0	114
>	9.6%	0.9%	70.2%	17.5%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%
	1.9%	6.7%	8.2%	10.7%	8.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5	6	0	63	24	4	0	1	3	101
>	5.9%	0.0%	62.4%	23.8%	4.0%	0.0%	1.0%	3.0%	5.6%
	1.0%	0.0%	6.4%	12.8%	16.0%	0.0%	100.0%	37.5%	
6	4	0	12	3	0	0	0	0	19
>	21.1%	0.0%	63.2%	15.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	0.7%	0.0%	1.2%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
7	36	2	108	17	2	0	0	2	167
>	21.6%	1.2%	64.7%	10.2%	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%	9.3%
	6.2%	13.3%	11.1%	9.1%	8.0%	0.0%	0.0%	25.0%	
8	5	2	2	0	0	0	0	0	9
>	55.6%	22.2%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.9%	13.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	582	15	977	187	25	1	1	8	1796
	32.4%	0.8%	54.4%	10.4%	1.4%	0.1%	0.1%	0.4%	

TABLEAU D 8 f

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON L'AGE

UTILCON	AGEG							Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	
0	3	349	213	203	241	200	12	1021
>	0.2%	28.6%	17.4%	16.6%	19.7%	16.4%	1.0%	56.0%
	100.0%	77.9%	59.7%	62.1%	66.4%	71.2%	70.5%	
1	0	4	5	3	1	1	1	15
>	0.0%	26.7%	33.3%	20.0%	6.7%	6.7%	6.7%	0.8%
	0.0%	0.9%	1.4%	0.9%	0.3%	0.4%	5.9%	
2	0	18	20	11	17	7	0	73
>	0.0%	24.7%	27.4%	15.1%	23.3%	9.6%	0.0%	4.1%
	0.0%	4.0%	5.6%	3.4%	4.7%	2.5%	0.0%	
3	0	7	23	18	19	10	0	77
>	0.0%	9.1%	29.9%	23.4%	24.7%	13.0%	0.0%	4.3%
	0.0%	1.6%	6.4%	5.5%	5.2%	3.6%	0.0%	
4	0	16	21	24	19	32	2	114
>	0.0%	14.0%	18.4%	21.1%	16.7%	28.1%	1.8%	6.3%
	0.0%	3.6%	5.9%	7.3%	5.2%	11.4%	11.8%	
5	0	8	20	27	26	18	2	101
>	0.0%	7.9%	19.8%	26.7%	25.7%	17.8%	2.0%	5.6%
	0.0%	1.8%	5.6%	8.3%	7.2%	6.4%	11.8%	
6	0	2	7	5	4	1	0	19
>	0.0%	10.5%	36.8%	26.3%	21.1%	5.3%	0.0%	1.1%
	0.0%	0.4%	2.0%	1.5%	1.1%	0.4%	0.0%	
7	0	43	41	35	36	12	0	167
>	0.0%	25.7%	24.6%	21.0%	21.6%	7.2%	0.0%	9.3%
	0.0%	9.6%	11.5%	10.7%	9.9%	4.3%	0.0%	
8	0	1	7	1	0	0	0	9
>	0.0%	11.1%	77.8%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	0.0%	0.2%	2.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	3	448	357	327	363	281	17	1796
	0.2%	24.9%	19.9%	18.2%	20.2%	15.6%	0.9%	

TABLEAU D 8 9

UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE ET L'AGE

UTILCON	SEXE = F								Total	SEXE = M								Total
	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +	-15		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 +			
0	1	92	78	81	110	79	8	449	2	257	135	122	131	121	4	772		
>	0.2%	20.5%	17.4%	18.0%	24.5%	17.6%	1.8%	45.1%	0.3%	33.3%	17.5%	15.8%	17.0%	15.7%	0.5%	96.4%		
	100.0%	50.0%	37.9%	40.3%	47.4%	50.0%	61.5%		100.0%	97.3%	89.4%	96.8%	100.0%	98.4%	100.0%			
1	0	3	2	1	1	1	1	9	0	1	3	2	0	0	0	6		
>	0.0%	33.3%	22.2%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	0.9%	0.0%	16.7%	50.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%		
	0.0%	1.6%	1.0%	0.5%	0.4%	0.6%	7.7%		0.0%	0.4%	2.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%			
2	0	17	20	11	17	6	0	71	0	1	0	0	0	1	0	2		
>	0.0%	23.9%	28.2%	15.5%	23.9%	8.5%	0.0%	7.1%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.2%		
	0.0%	9.2%	9.7%	5.5%	7.3%	3.8%	0.0%		0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%			
3	0	7	22	18	19	9	0	75	0	0	1	0	0	1	0	2		
>	0.0%	9.3%	29.3%	24.0%	25.3%	12.0%	0.0%	7.5%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.2%		
	0.0%	3.8%	10.7%	9.0%	8.2%	5.7%	0.0%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%			
4	0	15	21	23	19	32	2	112	0	1	0	1	0	0	0	2		
>	0.0%	13.4%	18.8%	20.5%	17.0%	28.6%	1.8%	11.3%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%		
	0.0%	8.2%	10.2%	11.4%	8.2%	20.3%	15.4%		0.0%	0.4%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%			
5	0	8	19	27	26	18	2	100	0	0	1	0	0	0	0	1		
>	0.0%	8.0%	19.0%	27.0%	26.0%	18.0%	2.0%	10.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%		
	0.0%	4.3%	9.2%	13.4%	11.2%	11.4%	15.4%		0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
6	0	2	4	5	4	1	0	16	0	0	3	0	0	0	0	3		
>	0.0%	12.5%	25.0%	31.3%	25.0%	6.3%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%		
	0.0%	1.1%	1.9%	2.5%	1.7%	0.6%	0.0%		0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
7	0	40	36	34	36	12	0	158	0	3	5	1	0	0	0	9		
>	0.0%	25.3%	22.8%	21.5%	22.8%	7.6%	0.0%	15.9%	0.0%	33.3%	55.6%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%		
	0.0%	21.7%	17.5%	16.9%	15.5%	7.6%	0.0%		0.0%	1.1%	3.3%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%			
8	0	0	4	1	0	0	0	5	0	1	3	0	0	0	0	4		
>	0.0%	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%		
	0.0%	0.0%	1.9%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.4%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
Total	1	184	206	201	232	158	13	995	2	264	151	126	131	123	4	801		
	0.1%	18.5%	20.7%	20.2%	23.3%	15.9%	1.3%		0.2%	33.0%	18.9%	15.7%	16.4%	15.4%	0.5%			