PN-AAZ-772
56005

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986

Salif Ndiaye
Ibrahima Sarr
Mohamed Ayad

Ministère de l'Economie et des Finances
Direction de la Statistique
Division des Enquêtes et de la Démographie

et

Institute for Resource Development/Westinghouse

Mars 1988

Ce document présente les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal, entreprise par la Direction de la Statistique du Ministère de l'Economie et des Finances en 1986. Cette enquête fait partie du projet mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé Familale qui a pour but la collecte des données sur la fécondité, la planification familiale et la santé maternelle et infantile. Pour avoir plus de renseignements sur cette enquête, s'adresser au Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Statistique, B.P. 116, Dakar Sénégal.

L'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal a été exécutée avec l'assistance de l'Institute for Resource Development (IRD), une division de Westinghouse Electric Corporation, situé à Columbia, Maryland. L'enquête était financée par un contrat avec l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (Contrat No. DPE–3023–C–00–4083–00). Pour avoir plus de renseignements sur le projet EDS, s'adresser par écrit à: DHS, IRD/Westinghouse, P.O. Box 866, Columbia, MD, 21044, U.S.A. (Télex 87775).

TABLE DES MATIERES

Page

TABLE DES MATIERES iii

LISTE DES TABLEAUX v

LISTE DES GRAPHIQUES xi

PREFACE xiii

REMERCIEMENTS xv

CARTE DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL xviii

CHAPITRE I CADRE DE L'ENQUETE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1.1 Milieu physique et économique 1

1.2 Population 1

1.3 Situation sanitaire 2

1.4 Politique en matière de population 2

1.5 Cadre institutionnel et objectifs de l'EDS 3

1.6 Organisation de l'enquête 3

1.7 Caractéristiques de l'échantillon 6

CHAPITRE II NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

2.1 Nuptialité 13

2.2 Age au premier mariage 17

2.3 Etat d'exposition au risque de grossesse 20

2.4 Allaitement, aménorrhée et abstinence post-partum 22

2.5 Conclusion 26

CHAPITRE III FECONDITE

3.1 Niveaux et facteurs différentiels de la fécondité 30

3.2 Tendances de la fécondité 32

3.3 Fécondité cumulée 34

3.4 L'entrée dans la vie féconde 36

3.5 Conclusion 38

CHAPITRE IV CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

4.1 Connaissance de la contraception 41

4.2 Perception des problèmes de contraception 47

Page

4.3 Degré de connaissance des sources des méthodes connues 48
4.4 Utilisation á un moment quelconque 48
4.5 Utilisation actuelle de la contraception 51
4.6 Source des méthodes contraceptives 57
4.7 Connaissance de la période de fertilité 58
4.8 Raisons de non utilisation 58
4.9 Utilisation future et méthode préférée 59
4.10 Attitude des femmes à l'égard de la contraception 62
4.11 Attitude des partenaires vis-à-vis de la contraception 62
4.12 Discussion entre conjoints sur la contraception 65
CHAPITRE V PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE
5.1 Désir de ne plus avoir d'enfants 67
5.2 Délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant 69
5.3 Besoins futurs pour la planification familiale 71
5.4 Nombre moyen idéal d'enfants 73
CHAPITRE VI MORTALITE ET SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT
6.1 Mortalité 77
6.2 Santé de la mère et de l'enfant 85
6.3 Indices anthropométriques 98
CONCLUSIONS GENERALES 105
APPENDICE A: PLAN DE L'ENQUETE 107
A.1 Enchantillonnage 109
A.2 Organigramme 115
A.3 Calendrier 116
A.4 Personnel de l'EDS 117
APPENDICE B: ERREURS DE SONDAGE 121
B.1 Introduction 123
B.2 Formules et procédés d'estimation 123
B.3 Construction des tableaux 125
APPENDICE C: QUESTIONNAIRE 133
BIBLIOGRAPHIE 173

LISTE DES TABLEAUX

		Page
TABLEAU 1.1	VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE TOUTES LES FEMMES ENQUETEES DANS LE CADRE DE L'EDS ET L'ESF	7
TABLEAU 1.2	REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	10
TABLEAU 1.3	INTERRELATIONS ENTRE LES VARIABLES EXPLICATIVES	11
TABLEAU 2.1	REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET L'AGE ACTUEL	14
TABLEAU 2.2	POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI SONT EN UNION POLYGAME SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	16
TABLEAU 2.3	REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION, L'AGE MEDIAN AU PREMIER MARIAGE ET L'AGE ACTUEL	18
TABLEAU 2.4	AGE MEDIAN A LA PREMIERE UNION DES FEMMES AGEES DE 25 A 49 ANS SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	19
TABLEAU 2.5	DISTRIBUTION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ACTUEL ET L'ETAT D'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE	21
TABLEAU 2.6	PROPORTION DE FEMMES QUI SONT ENCORE ALLAITANTES, EN AMENORRHEE ET EN ABSTINENCE POST-PARTUM SELON LES MOIS DEPUIS LA NAISSANCE	23
TABLEAU 2.7	ESTIMATION DE L'ETAT ACTUEL DU NOMBRE MOYEN DE MOIS D'ALLAITEMENT, D'AMENORRHEE POST-PARTUM ET D'ABSTINENCE POST-PARTUM PARMI TOUTES LES FEMMES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	24
TABLEAU 3.1	INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE PARMI LES FEMMES 15-44 ANS ET DESCENDANCE ATTEINTE A 40-49 ANS PARMI TOUTES LES FEMMES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	31
TABLEAU 3.2	TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE SELON DIVERSES SOURCES (EN o/oo)	32
TABLEAU 3.3	TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE SELON L'AGE DE LA MERE A LA NAISSANCE	33
TABLEAU 3.4	REPARTITION EN (%) DES ENFANTS NES VIVANTS PARMI TOUTES LES FEMMES ET LES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ACTUEL DE LA FEMME	35

TABLEAU 3.5 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS PARMI LES FEMMES NON CELIBATAIRES SELON L'AGE AU PREMIER MARIAGE ET LA DUREE DEPUIS LE PREMIER MARIAGE 36

TABLEAU 3.6 REPARTITION EN (%) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A LA PREMIERE NAISSANCE (Y COMPRIS LA CATEGORIE "PAS DE NAISSANCE") ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME 37

TABLEAU 3.7 AGE MEDIAN A LA PREMIERE NAISSANCE SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME 39

TABLEAU 4.1 POURCENTAGE DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL 43

TABLEAU 4.2 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT DECLARE CONNAITRE UNE METHODE SPECIFIQUE SELON LA NATURE DE LA CONNAISSANCE ET L'AGE ACTUEL 44

TABLEAU 4.3 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 45

TABLEAU 4.4 REPARTITION (EN %) DES FEMMES SELON LE PRINCIPAL PROBLEME PERCU EN UTILISANT DES METHODES SPECIFIQUES ET LA METHODE CONNUE PAR LA FEMME 47

TABLEAU 4.5 REPARTITION (EN %) DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA SOURCE A LAQUELLE ELLES IRAIENT EN CAS DE BESOIN 49

TABLEAU 4.6 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL 50

TABLEAU 4.7 REPARTITION (EN %) DES FEMMES UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL 52

TABLEAU 4.8 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 54

TABLEAU 4.9 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES UTILISANT LA CONTRACEPTION PAR METHODE SPECIFIQUE ET PAR PAYS 56

TABLEAU 4.10 REPARTITION (EN %) DES UTILISATRICES ACTUELLES DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES SELON LA SOURCE OU ELLES ONT OBTENU LA METHODE 57

TABLEAU 4.11 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LEUR CONNAISSANCE DE LA PERIODE DE FERTILITE AU COUR DU CYCLE OVULAIRE 59

TABLEAU 4.12 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION ET EXPOSEES, NON UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION SELON LA RAISON DE NON UTILISATION ET L'AGE ACTUEL 60

TABLEAU 4.13 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI N'UTILISENT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS 60

TABLEAU 4.14 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION N'UTILISANT PAS ACTUELLEMENT LA CONTRACEPTION MAIS AYANT L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR SELON LA METHODE PREFEREE ET L'INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION DANS LES 12 MOIS A VENIR OU PLUS TARD 61

TABLEAU 4.15 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE QUI APPROUVENT LA CONTRACEPTION SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 63

TABLEAU 4.16 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE DONT LES MARIS APPROUVENT LA CONTRACEPTION SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 64

TABLEAU 4.17 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE, QUI ONT DISCUTE LA CONTRACEPTION AVEC LEURS MARIS AU MOINS UNE FOIS L'ANNEE DERNIERE SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 66

TABLEAU 5.1 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR OU DE NE PLUS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) 68

TABLEAU 5.2 DISTRIBUTION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR OU DE NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET L'AGE ACTUEL 68

TABLEAU 5.3 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI NE VEULENT PLUS D'ENFANTS SELON LE NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 70

TABLEAU 5.4 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI VEULENT UN AUTRE ENFANT SELON LE TEMPS QUE LA FEMME DEVRAIT ATTENDRE AVANT D'AVOIR UN (AUTRE) ENFANT ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) 71

TABLEAU 5.5 PARMI LES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION, LE POURCENTAGE DE CELLES QUI ONT UN BESOIN DE PRATIQUER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS L'AVENIR ET LE POURCENTAGE DE CELLES QUI SONT DANS LE BESOIN D'UTILISER LA CONTRACEPTION ET QUI ONT L'INTENTION DE PRATIQUER UNE METHODE DANS L'AVENIR, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 72

TABLEAU 5.6 DISTRIBUTION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LE NOMBRE IDEAL D'ENFANTS ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) 74

TABLEAU 5.7 NOMBRE IDEAL MOYEN D'ENFANTS PARMI TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 76

TABLEAU 6.1 REPARTITION DES DECES SELON LES PERIODES DE NAISSANCE, LE SEXE ET L'AGE AU DECES 79

TABLEAU 6.2 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS, SURVIVANTS ET DECEDES ET PROPORTION D'ENFANTS DECEDES SELON L'AGE ACTUEL DE LA MERE 80

TABLEAU 6.3 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LE SEXE ET LA PERIODE 81

TABLEAU 6.4 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET DE L'ENFANCE SELON LA PERIODE ET LES VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES DES MERES 83

TABLEAU 6.5 QUOTIENTS DE MORTALITE (EN o/oo) SELON LA PERIODE ET CERTAINS VARIABLES DEMOGRAPHIQUES 84

TABLEAU 6.6 QUOTIENTS DE MORTALITE (EN o/oo) SELON L'EDS DE 1986 ET L'ESF DE 1978 86

TABLEAU 6.7 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE DE CONSULTATIONS PRENATALES ET LE POURCENTAGE DES NAISSANCES DONT LES MERES AVAIENT RECU UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 88

TABLEAU 6.8 REPARTITION (%) DES NAISSANCES AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE D'ASSISTANCE LORS DE L'ACCOUCHEMENT SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 90

TABLEAU 6.9 PARMI LES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS, POURCENTAGE AYANT DES CARNETS DE SANTE, POURCENTAGE DES ENFANTS VACCINES D'APRES LES CARNETS DE SANTE, OU D'APRES LES REPONSES DES MERES ET PARMI LES ENFANTS AYANT DES CARNETS DE SANTE, POURCENTAGE DE CEUX QUI SONT VACCINES CONTRE LE BCG, LA DTCOQ, LA POLIO, LA ROUGEOLE ET LA FIEVRE JAUNE SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 92

TABLEAU 6.10 POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ONT EU LA DIARRHEE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 94

TABLEAU 6.11 PARMI LES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ON EU LA DIARRHEE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DES TRAITEMENTS DANS DES SERVICES DE SANTE ET POURACENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 96

TABLEAU 6.12 PARMI LES ENFANTS SURVIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ONT EU LE PALUDISME L'HIVERNAGE DERNIER, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 97

TABLEAU 6.13 REPARTITION (EN %) DU POIDS-POUR-TAILLE DES ENFANTS AGES DE 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 100

TABLEAU 6.14 REPARTITION (EN %) DE LA TAILLE-POUR-AGE DES ENFANTS AGES DE 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 101

TABLEAU 6.15 REPARTITION (EN %) DU POIDS-POUR-AGE DES ENFANTS AGES DE 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 102

APPENDICE A

TABLEAU A.1 DONNEES SUR L'ETABLISSEMENT DE L'ECHANTILLON ET TAUX DE REPONSE (EN%) 114

APPENDICE B

TABLEAU B.1 ERREURS DE SONDAGE POUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON 127

TABLEAU B.2 ERREURS DE SONDAGE SELON L'AGE ACTUEL 128

TABLEAU B.3 ERREURS DE SONDAGE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 129

TABLEAU B.4a ERREURS DE SONDAGE SELON LES REGIONS DE L'OUEST ET DU CENTRE 130

TABLEAU B.4b ERREURS DE SONDAGE SELON LES REGIONS DU NORD EST ET DU SUD 131

LISTE DES GRAPHIQUES

		Page
GRAPHIQUE 1.1	REPARTITION DES FEMMES DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE ACTUEL	8
GRAPHIQUE 2.1	DISTRIBUTION DES FEMMES SELON L'ETAT D'EXPOSITION AU RESQUE DE GROSSESSE	22
GRAPHIQUE 3.1	INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE, ET DESCENDANCE ATTEINTE A 40–49 ANS	30
GRAPHIQUE 3.2	TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE SELON DEUX SOURCES	33
GRAPHIQUE 4.1	CONNAISSANCE ET UTILISATION ACTUELLE DES METHODES CONTRACEPTIVES	53
GRAPHIQUE 5.1	DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS	73
GRAPHIQUE 6.1	QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LA PERIODE	82
GRAPHIQUE 6.2	REPARTITION DES NAISSANCES PAR TYPE DE CONSULTATIONS PRENATALES	87
GRAPHIQUE 6.3	REPARTITION DES NAISSANCES SELON LE TYPE D'ASSISTANCE LORS DE L'ACCOUCHEMENT	91
GRAPHIQUE 6.4	ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6 A 36 POIDS-POUR-TAILLE SELON TAILLE-POUR-AGE	103

PREFACE

En 1978, le Sénégal avait participé au projet Enquête Mondiale sur la Fécondité afin d'accéder à une meilleure connaissance de la fécondité et de ses déterminants. En vue d'enrichir les données collectées à cet effet et d'apprécier l'évolution du phénomène, il a été réalisé en 1986, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) qui constitue ainsi la seconde opération de cette nature. L'EDS fournit en outre, des renseignements précieux et pour la première fois au niveau national sur la santé de la mère et de l'enfant.

Le présent rapport qui constitue la première publication, présente la méthodologie et les principaux résultats. Dans la partie consacrée à l'analyse, plusieurs thèmes sont étudiés: la nuptialité, la fécondité, la planification familiale, la mortalité et la santé maternelle et infantile.

Ces informations permettront de mieux définir et orienter les actions en matière de population. Elles permettront également de définir des axes de recherche future, notamment sur des aspects particuliers déjà abordés dans ce rapport. Les travaux d'analyse ultérieurs des données de l'EDS constitueront la seconde série de publication.

Ce travail a été réalisé avec le concours de l'Institute for Resource Development (IRD) de Westinghouse et l'appui financier de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sincères remerciements.

Le Directeur de la Statistique
Awa Thiongane

REMERCIEMENTS

La réalisation d'une enquête nationale est une opération difficile. De la préparation administrative à la production du rapport d'analyse, elle exige de gros efforts intellectuels et physiques, mais aussi de grandes qualités morales de la part de l'équipe.

La réussite de l'EDS-Sénégal aura donc été celle de tout le personnel du projet, à quelque niveau que ce soit.

Je tiens à remercier sincèrement le personnel de terrain.

Les chauffeurs, malgré plusieurs centaines de kilomètres par jour, souvent sur des routes dont l'état laisse à désirer, ont pu rester consciencieux et s'acquitter de leur tâche dans des conditions défavorables.

Les enquêtrices et les enquêteurs ont accompli un travail lourd et délicat, quelques fois dans des conditions pénibles. Je mesure aujourd'hui, comme par le passé, à leur juste valeur, tous les sacrifices qu'ils ont consentis pour mener à bien la collecte des données.

Les contrôleurs et les superviseurs, ont chacun, selon son niveau d'intervention, harmonieusement associé la rigueur, le sens des responsabilités et l'humanisme.

Je remercie le personnel d'appui de bureau. Les agents de saisie, le documentaliste, les secrétaires et les imprimeurs ont fait preuve d'une compétence et d'une disponibilité à nulles autres pareilles.

Des cadres de plusieurs départements ministériels ont contribué au succès de l'EDS. J'adresse mes vifs remerciements, entre autres, à Messieurs O. Samb, Directeur du Projet Santé Familiale et Population (Ministère du Développement Social), Médecin-Colonel M. T. Sy, (Ministère de la Santé, Médecin-Lieutenant G. Oléa (Ministère de la Santé), H. Ba, Démographe (Ministére du Plan et de la Coopération), El hadji Malick Diamé, Démographe (Ministére de la Santé), à Mesdames Aminata Niang, Sage-femme (Ministére de la Santé), N. Diouf, Direction de l'Alphabétisation (Ministére de l'Education Nationale) et à Mlle N. Lo (Ministére de la Santé).

Je remercie tous les experts de l'Institute for Resource Development (IRD) de Westinghouse. Leur contribution est inestimable. Grâce à la compétence, au haut talent pédagogique et à la grande qualité morale de Jeanne Cushing et Brian Taaffe, la Division des Enquêtes et de la Démographie (DED) a pu, pour la première fois au Sénégal, exploiter une si grande enquête sur micro-ordinateur dans des délais relativement courts. Le succès des mesures anthropométriques revient à Mlle Cindi Stanton dont je salue l'intelligence et le courage. Le Dr. Chris Scott, grâce à sa profonde expérience et sa parfaite connaissance des techniques de sondage, a pu réaliser un échantillonnage de haute qualité scientifique à partir d'une base de sondage vieille de 10 ans. Que tout le personnel de l'IRD de Westinghouse, Columbia, Maryland (USA) trouve ici l'expression de mes remerciements sincères. Il a accordé une attention particulière aux deux cadres sénégalais qui ont séjourné à Columbia pour la rédaction du présent rapport. Je remercie tout particulièrement le Dr. Mohamed Ayad, Coordonnateur du projet. Il a activement participé à toutes les phases de l'EDS avec intelligence, lucidité et efficacité. Sa compétence et son haut sens des rapports humains sont en grande partie à l'origine du succès du projet.

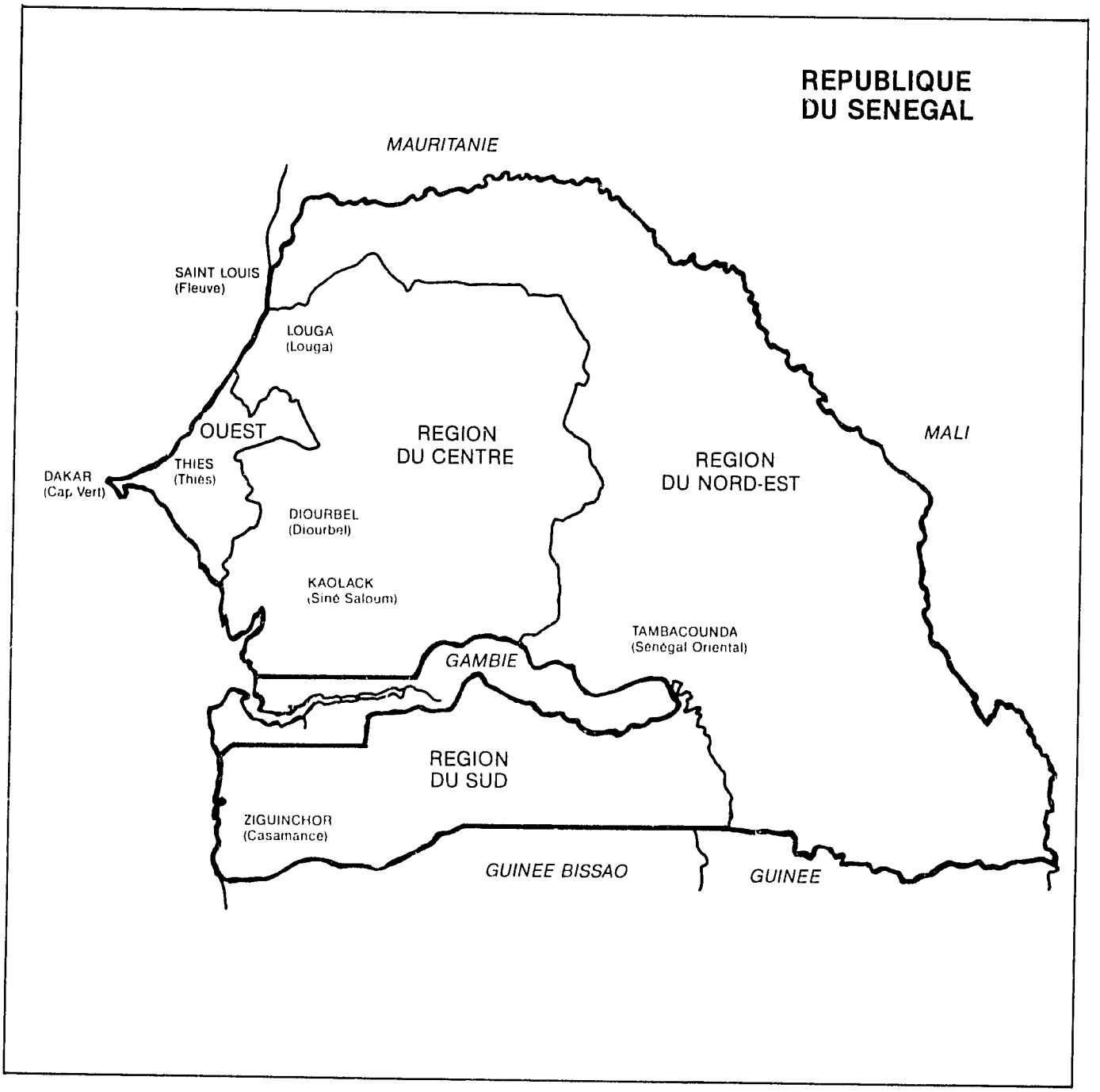
Je remercie Mme Awa Thiongane, Directrice de la Statistique, qui malgré sa charge de travail, a toujours fait preuve d'une grande disponibilité. Elle a suivi de très près et avec intérêt toutes les phases du projet. Du début de l'EDS à nos jours, la DED a eu trois chefs de Division. Chacun d'eux a apporté au projet un concours précieux. En particulier, j'ai admiré l'esprit d'initiative, l'intelligence et l'efficacité de I. L. Diop. Je le remercie sincèrement pour la confiance qu'il a su placer en moi. Son successeur, Mr. A. Sy a été brusquement arraché à notre affection. Que Dieu accorde sa grâce à ce cadre compétent. Mr. Fara G. Mbodj, actuellement Chef de la Division, fut mon premier collaborateur immédiat. Il a su me faire profiter de sa profonde expérience en matière d'enquête. J'ai beaucoup apprécié la sincérité de ses suggestions et de ses conseils. Mr. Cheikhna Camara a géré les fonds avec dévouement et honnêteté. Son intégrité force l'admiration.

Le ministre de l'Intérieur, les Gouverneurs, les Préfets et les Sous-préfets, les Maires, les Délégués de quartier et les Chefs de village nous ont assuré un appui constant. Qu'ils trouvent ici l'expression de toute ma gratitude. Je remercie tout particulièrement les populations, les femmes en particulier qui se sont vues poser des questions nombreuses et quelques fois délicates. Mais elles ont toujours su faire preuve de beaucoup d'esprit de compréhension.

Enfin et surtout, je remercie du fond de mon coeur, mes autres collègues. L'infatigable "Doyen" M. Diagne, s'est comporté en homme de terrain averti, en scientifique rigoureux et en homme tolérant. Mrs. M. M. Guèye et B. Diop n'ont pas été seulement superviseurs sur le terrain; ils ont assuré la formation des agents et ont pris une part active à l'élaboration des différents documents d'enquête. Mr. I. Sarr, a été un des piliers du projet. Il a fait montre de beaucoup de compétence, d'efficacité et de ténacité. Mrs. I. Ndiaye, M. Ndiaye et A. Sadio ont assuré, avec une main de maître, le traitement informatique. Mr. Y. Charbit Coordonnateur du Projet Population et Santé Familiale (PSF) a fait des commentaires très constructifs sur le rapport.

Il est impossible, comme j'aurais souhaité le faire, de nommer dans ce cadre toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au succès de l'Enquête Démographique et de Santé. Qu'elles trouvent ici l'expression de toute ma gratitude.

Le Directeur Technique Adjoint
Salif Ndiaye


REPUBLIQUE
DU SENEGAL
MAURITANIE
SAINT LOUIS
(Fleuve)
LOUGA
(Louga)
OUEST
THIES
(Thiès)
DAKAR
(Cap Vert)
REGION
DU CENTRE
DIOURBEL
(Diourbel)
KAOLACK
(Siné Saloum)
REGION
DU NORD-EST
MALI
TAMBACOUNDA
(Sénégal Oriental)
GAMBIE
REGION
DU SUD
ZIGUINCHOR
(Casamance)
GUINEE BISSAO
GUINEE

CHAPITRE I

CADRE DE L'ENQUETE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée en 1986, a permis d'obtenir une masse d'informations appréciables sur divers aspects (culturels, sociaux, économiques, démographiques) dont la conjugaison des effets déterminent le niveau et l'évolution des indicateurs démographiques.

Il convient donc tout d'abord de placer l'étude dans son contexte géographique, culturel et socio-économique pour permettre une analyse des résultats qui ne soit pas seulement descriptive.

1.1 Milieu physique et économique

Le Sénégal se trouve à l'extrême ouest du continent africain dans l'hémisphère du Nord. Il est situé au sud de la boucle du cours inférieur du Fleuve Sénégal. Sa superficie est de 196.722 km^2. Le Sénégal est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, à l'ouest par l'Océan Atlantique et au sud par la Guinée Bissau et la Guinée Conakry.

Le pays est caractérisé par un relief plat, à sols sablonneux dont l'altitude ne dépasse 100 m qu'à l'extrême sud-est. Son climat se caractérise par l'alternance d'une saison pluvieuse de 3 à 4 mois et d'une saison sèche de 8 à 9 mois.

En dépit de cette courte durée pluvieuse, l'économie sénégalaise est essentiellement basée sur l'agriculture (arachide, mil, riz, coton, manioc, canne à sucre). Malgré la volonté de diversification des cultures et la lutte pour l'autosuffisance alimentaire, l'arachide—produit commercial—demeure la culture dominante. La situation pluviométrique souvent déficitaire depuis plusieurs années a négativement affecté la production agricole. L'élevage, bien qu'important, a souffert lui aussi du cycle de sécheresse persistante. La pêche, aussi bien artisanale qu'industrielle, connait une forte expansion. Le secteur industriel (25 pour cent du PIB) joue un rôle très important dans l'économie nationale. L'industrie touristique est en pleine expansion. Pays en développement, le PNB par habitant est estimé par la Banque Mondiale à 490 $ US en 1982. Il existe de fortes disparités dans le niveau de vie entre la zone urbaine et la zone rurale. Il est relativement élevé dans la région de Dakar et les autres grandes villes du pays.

1.2 Population

L'effectif de la population sénégalaise a été estimé à 6.700.000 hbts en 1985, soit une densité moyenne de 34 hbts/km^2. La population est essentiellement rurale: 40 pour cent seulement vivent dans des communes. Mais la population urbaine s'accroit à un rythme très rapide (5 pour cent par an) du fait d'un exode rural important. La population sénégalaise est très inégalement répartie entre les dix régions que compte le pays. La densité varie de 6 hbts/km^2 dans la région de

Tambacounda à 2338 hbts dans la région de Dakar. Son accroissement rapide (2,9 pour cent) lui confère son caractère jeune (47 pour cent ont moins de 15 ans).

L'islam est la religion de la grande majorité (plus de 85 pour cent) de la population sénégalaise. Les autres religions sont le christianisme et l'animisme.

Les groupes ethniques dominants par rapport à la population sénégalaise d'après le recensement de 1976 sont le Wolof (43 pour cent), le Poular (23 pour cent), le Sérer (15 pour cent), le Diola et le Mandingue qui font ensemble 10 pour cent.

Le taux de scolarisation (à l'école dite française) est de l'ordre de 40 pour cent. Ce taux, beaucoup plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale, est très variable d'une région à une autre. Dans la région de Dakar, ce taux atteint plus de 70 pour cent dans le cycle primaire.

La forte islamisation du pays fait que le mariage est perçu comme l'accomplissement d'un devoir moral. L'entrée en union est précoce et la polygamie est très répandue.

La fécondité presque naturelle (non contrôlée) est relativement élevée. Le TBN se montait à 48 pour mille en 1978 selon l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF). Le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme de 45 ans ou plus est évalué à 7,2 enfants dans l'ESF (ESF, 1978, Vol. I: 85).

1.3 Situation sanitaire

En dehors de la contribution des organisations internationales, des entreprises privées, des organisations non gouvernementales (ONG), des municipalités et des conseils ruraux, l'Etat sénégalais consacre environ 6 pour cent de son budget à la santé publique. Au niveau national, il y a un médecin pour 23.000 hbts et un hôpital pour plus de 415.000 hbts. Les disparités régionales sont très importantes: Dakar dispose d'un médecin pour 7.855 hbts, tandis qu'à Louga par exemple l'indice correspondant est de 1 pour 162.000. La politique de décentralisation a conduit à l'implantation jusqu'au niveau des petites unités (villages) de structures sanitaires. Les programmes élargis de vaccination (PEV) tentent d'immuniser le plus grand nombre d'enfants contre les maladies les plus cruelles de l'enfance (fièvre jaune, rougeole, coqueluche, poliomyélite). Cependant la mortalité, bien qu'en baisse, reste toujours relativement élevée, en particulier au cours de l'enfance. Le TBM est estimé à 19 pour mille. Les données nationales les plus récentes (ESF–1978) estimaient le taux de mortalité infantile à 117 pour mille, avec une grande variation selon le lieu de résidence (71 pour mille en milieu urbain et 277 pour mille en milieu rural). Sur 1000 enfants nés vivants respectivement 190.242 et 277 n'atteignent pas 2, 3 et 5 ans (ESF, 1978, Vol. I: 104–109).

1.4 Politique en matière de population

Bien que l'on considère que le rythme d'accroissement naturel de la population n'est pas satisfaisant parce que trop élevé, le Sénégal n'a pas d'objectifs quantifiés en ce qui concerne l'accroissement démographique. Cependant, depuis l'abrogation de la loi de 1920 interdisant la propagande contraceptive en faveur du concept de "bien-être familial," des changements importants sont intervenus sur les questions de population: création de l'ASBEF (Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial) à titre de conseiller des autorités publiques et de centres

intégrés de PMI-PF pour offrir, en plus des activités habituelles, des services dans le domaine de la planification familiale (visites pré et postnatales, visites de pédiatrie), la lutte contre les MST (maladies sexuellement transmissibles) et la stérilité dans le cadre du projet "Santé Familiale" conjointement exécuté par les Ministères du Développement Social et de la Santé Publique.

1.5 Cadre institutionnel et objectifs de l'EDS

L'EDS Sénégal s'inscrit dans le cadre d'un vaste projet international de recherches sur la fécondité, la santé de la mère et de l'enfant et la planification familiale intitulé "Enquête Démographique et de Santé" (Demographic and Health Surveys). Le projet est financé par l'USAID et exécuté par l'Institute for Resource Development (IRD) de Westinghouse.

L'Enquête Démographique et de Santé du Sénégal (EDS) était réalisée au milieu de l'année 1986 par la Division des Enquêtes et de la Démographie de la Direction de la Statistique (Ministère de l'Economie et des Finances) avec l'assistance technique et financière de l'IRD.

Les objectifs assignés à l'EDS sont:

Objectifs généraux

- Recueillir des données sur les niveaux de la fécondité et de l'utilisation de la contraception et sur les facteurs qui influent sur ces niveaux;
- Recueillir des données sur certains aspects de la santé de la mère et de l'enfant (soins pré et postnatals, incidence et traitement de certaines maladies de l'enfance, vaccination, mesures anthropométriques);
- Aider les pays à l'institutionalisation d'enquêtes périodiques qui permettent d'évaluer plus efficacement les programmes publics en matière de population, de santé et de planification familiale.

Objectifs particuliers

- Fournir des données de base sur la santé, la mortalité et la fécondité;
- Fournir des données de base sur la connaissance et la pratique de la planification familiale.

La réalisation de ces deux objectifs permettra de faire un bilan diagnostic à la veille du lancement du projet conjoint "Santé Familiale et Population" initié par les Ministères du Développement Social et de la Santé Publique.

1.6 Organisation de l'enquête

Echantillonnage

L'EDS est basée sur un échantillon stratifié auto-pondéré d'environ 5000 femmes en âge de procréer (15–49 ans) et sur un sous-échantillon de 1000 enfants âgés de 6 à 36 mois issus de mères enquêtées.

La base de sondage est constituée par les districts de recensement (DR) enquêtés lors de l'ESF (1978), districts issus des 4553 DR délimités lors du Recensement Général de la Population de 1976. Chacun de ces DR a été découpé en un nombre de sous-districts de recensement (SDR) proportionnel à sa taille (effectif de la population de droit en 1976).

Pour les besoins de l'EDS, on a tiré 190 SDR, et dans chaque SDR sélectionné, on a dénombré les concessions existantes, puis on a tiré un échantillon systématique de concessions. Dans chaque concession tirée, on a listé ses membres (tous ceux qui ont passé la nuit précédant l'interview dans la concession), et on a enquêté chaque femme âgée entre 15 et 49 ans.

Concernant le tirage des enfants pour les mesures anthropométriques, on a sélectionné, sur l'ensemble des concessions tirées, une concession sur trois. Les enfants de 6 à 36 mois issus de toutes les femmes effectivement enquêtées dans ce sous-échantillon de concessions devaient être mesurés (poids et taille). Le sondage prévoyait un minimum de 1000 enfants. Une description plus détaillée de l'échantillonnage est présentée dans l'Appendice A.

Questionnaire

Le questionnaire de l'enquête a été préparé à partir de l'une des premières versions du questionnaire de base du programme DHS, en tenant compte des réalités socio-culturelles et démographiques du Sénégal. Deux volets principaux composent le questionnaire de cette enquête: la Feuille de Concession ou le Questionnaire Collectif et le Questionnaire Individuel.

Le Questionnaire Collectif consiste en un groupe de questions relativement simples qui sont demandées pour chaque membre de la concession et chaque visiteur ayant passé la nuit précédant le jour de l'interview dans la concession: nom et prénoms, lien de parenté avec le chef du ménage, état de résidence, sexe, âge, et état matrimonial.

Le Questionnaire Individuel comprend huit sections qui traitent de trois thèmes principaux:

- Nuptialité, fécondité et mortalité infantile et juvénile, y compris l'historique des naissances de tous les enfants de chacune des femmes enquêtées;
- Régulation de la fécondité, y compris la connaissance, la pratique, et les raisons de la non utilisation de la planification familiale;
- Santé de la mère et de l'enfant, y compris les visites prénatales, l'assistance à l'accouchement, l'allaitement au sein, l'incidence et le traitement de la diarrhée et du paludisme, les vaccinations, les causes des décès des enfants, les mesures anthropométriques des enfants âgés de 6 à 36 mois.

Le questionnaire de cette enquête est reproduit dans l'Appendice C.

Formation des agents et collecte des données

La formation, aussi bien pour le pré-test que pour l'enquête proprement dite, a duré 21 jours.

Un test de pré-sélection a été organisé pour choisir les meilleurs agents parmi ceux qui se sont inscrits. Plus de 80 pour cent des agents retenus ont suivi les deux formations et assuré la collecte des données lors du pré-test.

La formation consistait en des exposés théoriques, des interviews simulées et des séances pratiques sur le terrain. Des spécialistes de la planification familiale et de la nutrition, des médecins et des sages femmes ont rehaussé la compréhension des agents sur tous les aspects que recouvre le questionnaire par le biais d'exposés suivis de discussions.

Pour être plus pratique, la formation s'est faite en français et en wolof, langue parlée par la majorité des enquêtées. En outre, on disposait de questionnaires traduits en poular, sérer et mandingue. Un dernier test a permis de sélectionner 25 enquêtrices, 5 contrôleuses, 5 contrôleurs et 5 agents chargés des mesures anthropométriques.

La phase pratique sur le terrain a duré 3 mois (21 avril–19 juillet 1986). Le personnel chargé de la collecte était divisé en deux groupes dénommés groupe Nord (2 équipes) et groupe Sud (3 équipes) dirigés chacun par deux superviseurs. Chacune des équipes comprenait un contrôleur, une contrôleuse, 5 enquêtrices, un agent chargé des mesures et un chauffeur.

Les deux groupes ont travaillé ensemble au démarrage pendant une semaine dans le département de Tambacounda. Cette phase de consolidation et d'harmonisation des instructions a permis de redresser certaines erreurs que la formation théorique ne permettait pas d'entrevoir.

Les deux groupes ont procédé par la suite à la méthode de ratissage pour converger vers la région de Dakar.

Pendant tout le temps qu'a duré la collecte, des missions de l'encadrement supérieur se rendaient souvent sur le terrain pour attirer l'attention des équipes sur la nature et la fréquence des erreurs décelées au cours des contrôles effectués au bureau. Cela a été possible grâce à la conduite simultanée de la collecte, du contrôle technique et du traitement informatique. Cette approche a sûrement contribué à améliorer de façon significative la qualité des données.

Les sections A.2, A.3, et A.4 de l'Appendice A donnent respectivement l'organigramme, le calendrier et le personnel de terrain de l'enquête.

Exploitation des données

Cette étape a comporté quatre grandes phases dans l'ordre suivant:

1. Réception et classsement des dossiers

Les questionnaires remplis et contrôlés sur le terrain, étaient envoyés au bureau central où, après contrôle d'exhaustivité, ils étaient classés par SDR et par région dans une salle équipée à cet effet et située en face de la salle d'ordinateur.

2. Vérification et codification

Quatre agents dont trois élèves-ATS de l'ENEA[1] assuraient ce travail. La vérification était axée sur tous les aspects de la qualité de la collecte: sondage, vraisemblance et cohérence des résultats, filtres, application rigoureuse des instructions. La codification concernait une seule question (Profession du mari: Q707) sur les 147 du questionnaire individuel. Les questions sur le sexe, la situation de résidence et l'état matrimonial dans le questionnaire collectif étaient codées sur le terrain par les enquêteurs (agents chargés des mesures anthropométriques).

3. Saisie des données

Elle était effectuée par trois agents temporaires sous la direction des membres de l'encadrement sur trois micro-ordinateurs IBM dont deux ont été offerts par IRD dans le cadre de cette enquête. L'entrée des données s'est faite avec le logiciel "Entry Point." Elle a commencé en début juin, après un mois d'initiation du personnel et de test des programmes. Ce logiciel de saisie a l'avantage d'effectuer simultanément les contrôles de codes.

4. Apurement des données

L'apurement (avec CONCOR) avait lieu en même temps que la saisie. Cette approche, jointe au contrôle manuel permettait de détecter rapidement les erreurs graves et fréquentes et de retourner immédiatement sur le terrain les dossiers inexploitables. Il a fallu en général deux passages au CONCOR pour obtenir un fichier propre. Les erreurs qui subsistaient après trois passages—et exceptionnellement quatre—(âge, date de naissance, jumeaux, durée de la grossesse) étaient liées au programmes lui-même. D'autres contrôles (antériorité de la date de l'enquête à certains événements) ont été ajoutés au CONCOR lors de la mission des experts de Westinghouse en octobre 1986, pour la sortie des tableaux du rapport préliminaire. Cela a entrainé pour tous les fichiers (apurés ou non) un nouveau passage au CONCOR. Les données organisées en sous-fichiers correspondant chacun à un SDR étaient archivées en double exemplaire (BATCH et BACK-UP) plus une version ASCII pour les fichiers propres. Les travaux d'apurement ont été achevés en fin novembre, tandis qu'une grande partie des tableaux préliminaires était déjà disponible en fin octobre.

1.7 Caractéristiques de l'échantillon

Taille

Dans cette enquête, 2066 concessions ont été interviewées, ce qui représente un taux de réponse de 97 pour cent. Parmi les concessions enquêtées, 4584 femmes éligibles ont été identifiées dont 4415 (96 pour cent) ont été interviewées. Les détails sur les taux de réponse et les erreurs de sondage sont présentés respectivement dans les Appendices A et B.

En ce qui concerne le sous-échantillon des enfants de 6 à 36 mois, on a mesuré 635 seulement au lieu de 1000 enfants prévus par le sondage. L'explication est que le nombre moyen d'enfants vivants de cet âge par femme (0,7) qui a servi de base au tirage des concessions concernées a été surestimé.

Structure par âge

Le tableau 1.1 donnant la répartition des femmes (en pour cent) selon l'âge actuel, montre une décroissance régulière de la proportion des femmes avec l'âge: de 22,1 pour cent à 15–19 ans, elle passe à 6,1 pour cent à 45–49 ans. Par rapport à l'ESF, la distribution semble plus régulière, en particulier au niveau des groupes d'âge 30–34 ans et 35–39 ans pour lesquels les pourcentages observés en 1978 étaient respectivement de 12,5 pour cent et 12,4 pour cent. Par contre, elle est moins régulière au niveau des groupes d'âges 40–44 ans et 45–49 ans où les pourcentages dans l'EDS sont respectivement de 6,8 pour cent et 6,1 pour cent. Par ailleurs, l'échantillon de l'EDS est plus jeune: 76,2 pour cent de femmes de moins de 35 ans contre 71,6 pour cent dans l'ESF (ESF, 1976, Vol. 1: 53).

TABLEAU 1.1 VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE TOUTES LES FEMMES ENQUETEES DANS LE CADRE DE L'EDS ET L'ESF

Variables socio-démographiques	EDS, 1986 Effectif	%	ESF, 1978* %	Variables socio-démographiques	EDS, 1986 Effectif	%	ESF, 1978* %
Groupe d'âges				Ethnie			
15-19	975	22,1	22,9	Wolof	1857	42,1	42,6
20-24	895	20,3	19,0	Poular	1014	23,0	22,8
25-29	838	19,0	16,7	Serer	638	14,4	14,2
30-34	656	14,9	12,5	Mandingue	220	5,0	4,2
35-39	480	10,9	12,4	Diola	241	5,5	3,7
40-44	300	6,8	10,0	Autres	445	10,1	12,5
45-49	271	6,1	6,5				
				Instruction			
Milieu							
				Aucune	3409	77,2	-
Urbain	1.812	41,0	35,2	Primaire	598	13,5	-
Rural	2.603	59,0	64,8	Secondaire +	408	9,2	-
Région				Alphabétisation			
Ouest	1.673	37,9	31,2	Ne sait pas lire	3545	80,3	84,6
Centre	1.528	34,6	38,9	Sait lire	870	19,7	15,4
Nord-Est	641	14,5	16,3				
Sud	573	13,0	13,7				
				Total	4415	100,0	100,0

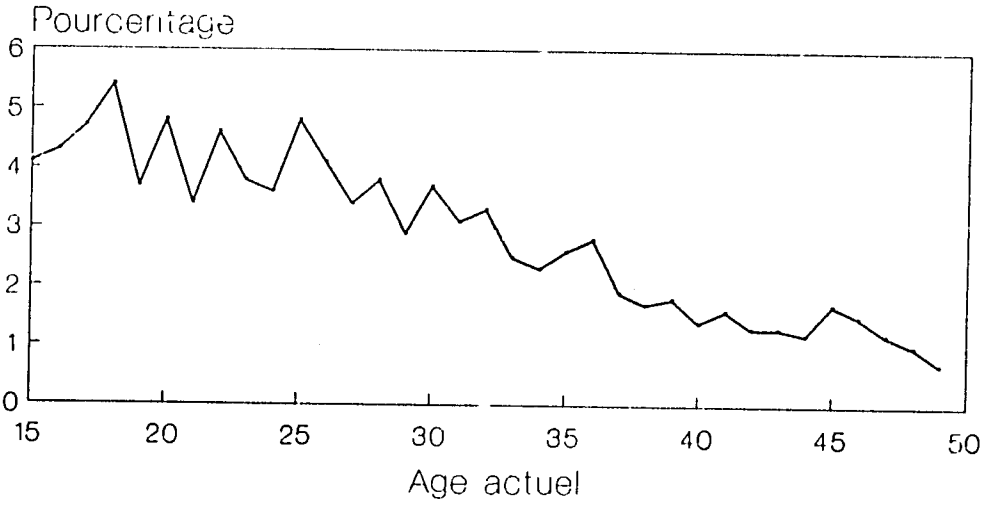
Note: Les pourcentages sont arrondis, leur total n'est nécessairement pas égal à 100.

- = Pas d'information

*Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. I, p. 53-54, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

Graphique 1.1

Répartition des Femmes de l'Echantillon Selon l'Age Actuel



Quant à la structure par année d'âge, elle présente beaucoup d'irrégularités comme le montre le graphique 1.1. On observe ainsi des pointes aux âges terminés par 0, 5 et 6. Les pointes à 0 et 5 ans sont dues à la tendance à déclarer un âge rond pour les personnes qui n'ont pas une idée exacte de leur âge, alors que la pointe à 6 ans est due à la tendance à déclarer une année de naissance terminée par 0^2 pour les personnes qui connaissent approximativement leur date de naissance.

Milieu de résidence et région

La nature du lieu de résidence est définie par rapport au caractère urbain ou rural de la localité. La zone urbaine est constituée des localités qui, au moment de l'enquête, avaient le statut de commune. La commune est un espace bien délimité soumis aux lois municipales. Bien que théoriquement différente de la définition de l'ESF en 1978 (étaient considérées comme urbaines toutes les localités de 10.000 habitants et plus), elle donne pratiquement le même résultat. En effet, si l'on applique la définition de 1978 à l'échantillon de l'EDS, seul 1 DR de la commune de Oussouye (5000 habitants) serait à sortir de l'échantillon urbain. Le tableau 1.1 montre que 41,0 pour cent des femmes enquêtées résidaient en milieu urbain. L'échantillon de l'EDS est donc plus urbain que celui de l'ESF (35,2 pour cent). L'évolution de l'urbanisation du pays qui a été constatée en 1978 se poursuit donc en s'accélérant.

Le territoire national est actuellement divisé en dix régions administratives. Pour les besoins de l'analyse, à l'image de l'ESF de 1978, on distinguera quatre grandes zones écologiques: l'Ouest, le Centre, le Nord-Est et le Sud. La zone Ouest est composée des régions de Dakar et Thiès, la zone Centre de Kaolack, Fatick (ces deux régions constituaient le Siné-Saloum), Diourbel et Louga. Les régions, de Saint-Louis et de Tambacounda d'une part et celles de Kolda et Ziguinchor (ancienne Casamance) d'autre part, constituent respectivement les zones Nord-Est et Sud.

Le même tableau 1.1 donne la répartition des femmes enquêtées selon la zone de résidence. L'Ouest abrite 37,9 pour cent des femmes, suivi du Centre 34,6 pour cent. Le Nord-Est et le Sud viennent en dernières positions avec respectivement 14,5 et 13,0 pour cent.

Par rapport à 1978, on observe une nette évolution en faveur de l'Ouest (sa représentation passe de 31,2 pour cent en 1978 à 37,9 pour cent en 1986), alors que le Centre et le Nord-Est sont les zones qui ont le plus perdu de leur effectif (38,9 pour cent en 1978 à 34,6 pour cent en 1986 pour le Centre et de 16,3 en 1978 à 14,5 pour cent en 1986 pour le Nord-Est). Ceci est le résultat des déplacements massifs (dûs surtout à la persistance de la sécheresse) de la zone rurale vers la zone urbaine, Dakar en particulier. Le Centre qui est la zone la plus importante de la culture arachidière et le Nord qui est la zone la plus touchée par la sécheresse sont les zones où les départs ont étés les plus massifs.

Groupe ethnique

Cinq grands groupes ethniques, les principaux du pays, ont été retenus. Il s'agit du Wolof (Wolof, Lébou), du Poular (Peul, Foulbé, Toucouleur), du Sérer, du Mandingue et du Diola. La catégorie "autre" regroupe aussi bien les ethnies minoritaires, que les non-sénégalaises.

Le tableau 1.1 montre que le groupe dominant reste le Wolof (42 pour cent), suivi du Poular (23 pour cent) et du Sérer (14 pour cent). Les autres groupes sont largement minoritaires (Diola: 6 pour cent et Mandingue: 5 pour cent). On retrouve les mêmes résultats qu'en 1978, cependant la représentativité des femmes Diola en s'améliorant reflète mieux la réalité.

Education et alphabétisation

La question posée dans l'EDS sur l'instruction, a permis de ventiler les enquêtées selon le niveau d'instruction le plus élevé qu'elles ont atteint, quelle que soit la dernière classe achevée, dans une école "française."

Les résultats mentionnés dans le tableau 1.1 indiquent que 77,2 pour cent des femmes (15–49 ans) n'ont jamais fréquenté l'école tandis que près de 60 pour cent de celles qui ont été à l'école n'ont pas dépassé le cycle primaire. Sur les 9 pour cent des femmes ayant atteint un niveau secondaire ou plus, un nombre négligeable (25 soit 0,6 pour cent du total) a fréquenté un niveau supérieur (université ou équivalent).

En effet, ce bas degré d'instruction, se reflète sur l'alphabétisation en français environ 20 pour cent de femmes ont déclaré savoir lire un journal. Par rapport à 1978, la situation a favorablement évolué suite aux progrès de la scolarisation parmi les générations jeunes.

Variables explicatives et âge de la femme

Il est généralement admis que les différents groupes socio-démographiques ont aussi tendance à avoir des structures par âge différentes. Le tableau 1.2 montre que, en effet, il y a certaines différences dans les divers groupes définis sur la base des variables retenues. Pour l'ensemble de l'échantillon, l'âge moyen est de 27,7 ans.

Par milieu de résidence les citadines sont plus jeunes que les femmes rurales et par région, les femmes les plus âgées vivent au Centre et au Sud. Par ailleurs, les femmes avec une éducation primaire ou secondaire sont plus jeunes que celles sans aucune instruction et donc généralement

TABLEAU 1.2 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel de la femme							Total	Age moyen	Effectif
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
Milieu										
Urbain	24,1	21,6	18,1	15,5	10,0	5,4	5,2	100,0	27,0	1812
Rural	20,7	19,3	19,6	14,4	11,5	7,8	6,8	100,0	28,2	2603
Région										
Ouest	22,5	21,1	19,4	15,8	10,5	5,7	5,0	100,0	27,3	1673
Centre	21,3	19,6	19,5	14,7	11,2	7,1	6,7	100,0	28,0	1528
Nord-Est	24,7	18,9	17,6	13,6	11,5	7,5	6,2	100,0	27,6	641
Sud	20,1	21,3	18,0	14,1	10,5	8,2	7,9	100,0	28,4	573
Ethnie										
Wolof	21,9	21,1	18,0	16,3	11,3	6,0	5,4	100,0	27,5	1857
Poular	23,7	20,3	20,1	12,4	10,1	6,6	6,8	100,0	27,4	1014
Serer	19,1	18,0	20,9	16,8	10,8	8,3	6,1	100,0	28,4	638
Mandingue	23,2	19,1	21,4	11,8	12,7	7,7	4,1	100,0	27,6	220
Diola	18,3	18,7	19,5	17,0	10,8	7,1	8,7	100,0	29,0	241
Autres	25,1	21,2	16,5	12,0	10,4	7,7	7,2	100,0	27,7	445
Instruction										
Aucune	19,6	18,7	18,8	15,1	12,0	8,3	7,6	100,0	28,7	3409
Primaire	28,6	26,3	20,4	14,6	6,7	1,7	1,7	100,0	24,6	598
Secondaire ou plus	33,3	25,0	18,4	13,5	7,1	2,0	0,7	100,0	24,1	408
Alphabétisation										
Analphabète	20,1	19,2	18,8	14,9	11,6	8,0	7,4	100,0	28,5	3545
Alphabétisée	20,3	24,5	19,7	14,6	7,8	2,0	1,1	100,0	24,6	870
Etat de l'emploi										
N'est pas occupée	25,0	21,7	18,9	13,3	9,8	5,7	5,5	100,0	26,8	3247
Occupée	14,0	16,3	19,4	19,1	13,8	9,8	7,8	100,0	30,1	1168
Total	22,1	20,3	19,0	14,9	10,9	6,8	6,1	100,0	27,7	4415

TABLEAU 1.3 INTERRELATIONS ENTRE LES VARIABLES EXPLICATIVES

Variable		Milieu		Région				Ethnie						Instruction			Alphabé-tisation		Etat de l'emploi	
		1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	1	2
Milieu																				
Urbain	100,0	100,0		71,7	12,9	7,2	8,3	48,5	19,1	10,4	3,8	7,8	10,4	53,8	24,8	21,4	58,0	42,0	71,9	28,1
Rural	100,0		100,0	14,4	49,8	19,6	16,3	37,6	25,7	17,3	5,8	3,8	9,8	93,5	5,7	0,8	95,9	4,1	74,6	25,4
Région																				
Ouest	100,0	77,6	22,4	100,0				48,6	15,8	19,0	2,2	5,9	8,6	61,6	20,3	18,2	65,3	34,8	70,3	29,7
Centre	100,0	15,3	84,7		100,0			58,4	15,8	20,1	1,3	0,3	4,2	90,4	7,1	2,5	92,6	7,4	71,3	28,7
Nord-Est	100,0	20,4	79,6			100,0		19,3	51,8	0,6	4,8	1,9	21,5	85,3	10,1	4,5	88,3	11,7	82,1	17,9
Sud	100,0	26,2	73,8				100,0	5,1	30,9	1,6	23,2	22,2	17,1	78,7	15,0	6,3	82,7	17,3	79,4	20,6
Ethnie																				
Wolof	100,0	47,3	52,7	43,8	48,0	6,7	1,6	100,0						75,2	14,2	10,6	78,0	22,0	72,3	27,7
Poular	100,0	34,1	65,9	26,0	23,8	32,7	17,5		100,0					82,6	10,0	7,4	85,5	14,5	81,3	18,7
Serer	100,0	29,6	70,4	49,8	48,1	0,6	1,4			100,0				80,4	14,0	5,6	84,3	15,7	86,1	13,9
Mandingue	100,0	31,4	68,6	16,4	9,1	14,1	60,5				100,0			78,2	14,5	7,3	81,4	18,6	78,2	21,8
Diola	100,0	58,5	41,5	40,7	1,7	5,0	52,7					100,0		62,7	24,9	12,4	66,8	33,2	62,2	37,8
Autres	100,0	42,4	57,6	32,3	14,5	31,2	22,1						100,0	76,1	11,7	12,2	79,0	21,0	75,6	24,4
Instruction																				
Aucune	100,0	28,6	71,4	30,2	40,5	16,1	12,2	41,0	24,6	15,1	5,1	4,4	9,9	100,0			99,3	0,7	72,6	27,4
Primaire	100,0	75,3	24,7	56,7	18,1	10,9	14,4	44,2	16,9	14,9	5,4	10,0	8,7		100,0		26,8	73,2	76,9	23,1
Second. ou +	100,0	94,8	5,2	74,5	9,6	7,1	8,8	48,2	18,4	8,9	3,9	7,4	13,3			100,0	0,0	100,0	76,5	23,5
Alphabétisation																				
Analphabète	100,0	29,6	70,4	30,8	39,9	16,0	13,4	40,9	24,7	15,2	5,1	4,5	9,9	95,5	4,5	0,0	100,0		73,1	26,9
Alphabétisée	100,0	87,7	12,4	67,0	13,1	8,6	11,4	46,9	16,9	11,5	4,7	9,2	10,7	2,8	50,4	47,0		100,0	75,2	24,8
Etat de l'emploi																				
N'est pas occupée	100,0	40,1	59,8	36,2	33,6	16,2	14,0	41,3	25,4	13,0	5,3	4,6	10,3	76,2	14,2	9,6	79,9	20,1	100,0	
Occupée	100,0	43,5	56,5	42,6	37,5	9,8	10,1	44,1	16,3	18,5	4,1	7,8	9,3	80,0	11,8	8,2	81,5	18,5		100,0

analphabètes. Au niveau de l'ethnie, les femmes des Sérers et des Diolas semblent être plus âgées que celles des autres groupes ethniques. Il est, enfin, intéressant de noter que les femmes qui ont une occupation rémunérée sont plus âgées que celles qui n'en ont pas.

Corrélation entre variables sociales

Certaines des variables que l'on vient de présenter et qui serviront à analyser les déterminants des différents phénomènes étudiés sont fortement corrélées entre elles. L'identification de ces corrélations est nécessaire pour mieux connaître les nuances à apporter aux commentaires qui viendront par la suite. Le tableau 1.3 fait ressortir plusieurs associations:

1. On constate une forte corrélation entre urbanisation et éducation: 46,2 pour cent des femmes enquêtées en milieu urbain ont été à l'école alors qu'en milieu rural, seulement 6,5 pour cent des femmes enquêtées y ont été. Ici chacune de ces variables est en même temps cause et effet de l'autre. En effet, si l'urbanisation induit nécessairement des taux de scolarisation accrue, l'instruction quant à elle en tant que facteur de promotion sociale qu'on attend plus en ville qu'en campagne est une condition suffisante pour émigrer en zone urbaine.

2. L'urbanisation et l'éducation constituent des caractères distinctifs très nets entre les grandes régions écologiques. Ainsi, l'Ouest où se trouve Dakar, apparait comme la région la plus urbanisée et la plus éduquée (72 pour cent d'urbaines et 88 pour cent d'alphabétisées). Dans les autres régions, les taux d'urbanisation sont compris entre 15 pour cent (Centre) et 26 pour cent (Sud); pour l'alphabétisation, les taux passent de 7 pour cent (Centre) à 17 pour cent (Sud).

3. La répartition selon le groupe ethnique obéit à certains critères régionaux. Les Wolofs et les Sérers se retrouvent surtout à l'Ouest et au Centre tandis que les Diolas ont pour fief l'Ouest et le Sud et sont aussi les plus alphabétisées. Les femmes des Poulars, en raison de leur forte propension à migrer, sont les seules à être réparties de façon assez équilibrée entre les différentes régions.

Notes:

1 ATS = Agents de Techniques de la Statistique

ENEA = Ecole Nationale de l'Economie Appliquée

2 Lorsque seule l'année de naissance est connue, l'âge en années révolues s'obtenaient en faisant 1986 (année de l'enquête) moins l'année de naissance. Toutes les années de naissance terminées par 0, conduisaient donc à des âges terminés par 6.

CHAPITRE II

NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Pays essentiellement musulman, le Sénégal, à l'image des autres pays de même religion, accorde un rôle capital au mariage. Les normes et valeurs socio-culturelles déterminent, dès la jeune enfance, la nature et la teneur de l'éducation consacrée à chacun des deux sexes. Considéré comme l'acte par lequel la femme ou l'homme entre dans une vie adulte responsable et respectée, le mariage est ici caractérisé par son caractère quasi-universel, peu de personnes restant définitivement célibataires. Par ailleurs, le mariage demeure le seul cadre socialement admis pour les liaisons sexuelles d'où les faibles proportions de naissances prénuptiales. Il sanctionne ainsi l'entrée dans la vie féconde. La grande précocité de l'âge au mariage est un caractère fondamental de la nuptialité. Entrées jeunes dans la vie féconde, les femmes peuvent ainsi mettre à profit toute leur période fertile, en vue d'atteindre l'objectif fondamental du mariage, la procréation. En effet, au delà de la consolidation des unions à laquelle elle contribue, l'existence d'enfants constitue un objet de fierté et d' "assurance vieillesse" et l'absence d'enfant dans un mariage, très mal interprétée, peut être source de conflit et d'instabilité des unions. Les résultats les plus fiables sur la fécondité (ESF, 1978) ont mis en évidence une forte dépendance de la fécondité du comportement nuptial, pour lequel un début de changement était constaté. Ainsi, le haut niveau actuel de la fécondité, de même que les différentiels sont-ils induits par les caractéristiques du mariage (calendrier et intensité) et les perturbations de parcours (rupture d'union, polygamie, remariage). Bien que le mariage sanctionne le début de l'exposition, le risque de conception dépend aussi de la fertilité de la femme et des relations sexuelles. L'allaitement, déterminant principal de la longueur de l'aménorrhée post-partum et l'abstinence prolongée jouent aussi un rôle important.

2.1 Nuptialité

L'étude de la nuptialité portera sur l'exposition au risque de procréation par la mesure de l'ampleur du phénomène et son évolution dans le temps (état matrimonial et stabilité des unions), l'entrée en union (âge au premier mariage) et enfin les facteurs différentiels de la nuptialité.

Dans l'EDS, quatre questions (Q.501 à Q.504) sont posées pour saisir la situation matrimoniale actuelle. Elles concernent aussi bien le mariage officiel que la cohabitation maritale. La femme mariée est définie dans ce rapport comme celle qui s'est déclarée telle ou bien qui vit actuellement en union avec quelqu'un. Les séparées sont les femmes qui se sont déclarées comme telles ou les célibataires qui ne vivent pas actuellement avec quelqu'un, mais l'ont fait dans le passé. La définition des veuves et des divorcées est sans ambiguité.

L'âge au premier mariage définit ici l'âge à la consommation de la première union. Cette approche a pour objet de palier le biais introduit par l'écart, au demeurant fréquent, qui peut exister entre la célébration officielle du mariage et sa consommation. Deux questions exclusives sont posées: la date de consommation (en mois et année) et si l'année n'est pas connue, on a demandé à l'enquêtée l'âge qu'elle avait à l'époque.

Etat matrimonial et stabilité des unions

Comme on l'a dit en introduction, le mariage est quasi-universel: 81,2 pour cent des femmes enquêtées ont été mariées au moins une fois, alors que 76,2 pour cent d'entre elles étaient mariées au moment de l'enquête, comme l'indique le tableau 2.1. Seulement 5 pour cent des femmes étaient en situation de rupture d'union (veuvage, divorce, séparation) au moment de l'enquête. Cela suggère une apparente stabilité des unions avec 3,8 pour cent de divorce ou de séparation. Mais la réalité est autre. En effet, d'après l'ESF, 28,7 pour cent des femmes non célibataires ont rompu leur première union, mais les ruptures d'union sont rapidement suivies de remariage rendu facile par la pratique de la polygamie notamment. Au moment de l'ESF, 89,3 pour cent des femmes ayant eu leur première union rompue étaient remariées. Depuis le début de leur mariage, il a été montré par l'enquête de 1978 que les femmes passent le plus clair de leur temps (95 pour cent) en situation de mariage (ESF, 1978, Vol. I: 72).

TABLEAU 2.1 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET L'AGE ACTUEL

Age actuel	Proportion des célibataires ESF, 1978*	Etat matrimonial, EDS 1986					
		Célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée ou séparée	Total	Effectif
15-19	40,9	56,5	41,9	0,3	1,2	100,0	975
20-24	14,1	22,6	73,1	0,6	3,8	100,0	895
25-29	4,4	7,2	86,2	1,3	5,4	100,0	838
30-34	0,2	2,7	92,5	0,8	4,0	100,0	656
35-39	0,0	-	93,5	1,0	5,4	100,0	480
40-44	0,3	-	91,0	4,3	4,7	100,0	300
45-49	0,4	-	92,6	4,1	3,3	100,0	271
Total	12,9	18,8	76,2	1,2	3,8	100,0	4415

*Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. I, p. 62, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

Naturellement, la proportion des femmes non-célibataires augmente avec l'âge actuel des femmes. Déjà à 15–19 ans, 43,5 pour cent des femmes ont contracté leur premier mariage, tandis qu'à 35–39 ans toutes les femmes se sont déjà mariées au moins une fois.

Le divorce est plus important aux âges intermédiaires (25–39 ans) qu'aux âges extrêmes. En effet dans les générations jeunes, les femmes n'ont pas encore été longuement exposées au risque de divorce, tandis que dans celles plus âgées, le divorce est plus mal vécu et surtout si le couple a une forte descendance ou des enfants âgés. Le veuvage par contre, malgré quelques fluctuations, accuse une tendance générale à la hausse, avec des fréquences particulièrement élevées à partir de 40 ans en raison de la sur-mortalité masculine et de l'écart d'âge important au mariage entre les conjoints.

La nuptialité a cependant subi une certaine évolution, au moins depuis 1978. Le même tableau 2.1 fait ressortir que le passage de la proportion des femmes non-célibataires de 87,1 pour cent en 1978 à 81,2 pour cent en 1986 révèle une baisse significative de l'intensité du phénomène aux âges jeunes. A 15–19 ans, 59,1 pour cent des femmes avaient contracté leur premier mariage en 1978, tandis qu'en 1986, le pourcentage correspondant n'était que de 43,5 pour cent. Par ailleurs, à 30–34 ans, la quasi-totalité des femmes étaient non-célibataires (99,8 pour cent) en 1978, alors qu'en 1986 au même âge, 2,7 pour cent étaient encore célibataires. Cela démontre bien une entrée plus tardive en union des femmes en 1986 qu'en 1978.

Polygamie

La polygamie est une forme d'union très courante au Sénégal. Elle est entretenue grâce à un écart d'âge important (8 ans environ) entre les conjoints. Bien qu'à degré variable, toutes les couches sociales sont concernées par le phénomène.

Dans l'EDS, trois questions sont posées sur la polygamie. La première permet de savoir si la femme vit ou non dans un ménage polygame. Deux autres permettent de saisir le nombre d'épouses du mari (ou partenaire) actuel et le rang qu'occupe la femme dans le mariage actuel si celui-ci est polygamique.

Sur l'ensemble des femmes mariées, 46,5 pour cent sont en union polygame contre 48,5 pour cent en 1978 comme le montre le tableau 2.2. Pratiquement à tous les âges, la prévalence de la polygamie est moins importante qu'elle ne l'était dans l'ESF. Mais dans les deux enquêtes, la pratique de la polygamie reste à un niveau élevé; à plus de 30 ans, plus d'une femme sur deux est en union polygame. Naturellement, les pourcentages des unions polygames augmentent régulièrement avec l'âge, les hommes préférant prendre leur première épouse parmi les femmes jeunes.

La pratique de la polygamie, compte tenu de son soubassement culturel et socio-économique, est plus ou moins acceptée, par delà, plus ou moins courante selon la catégorie sociale.

Ainsi, l'urbanisation et l'éducation apparaissent comme des facteurs très discriminants de différenciation. Dans l'ensemble, la polygamie est plus répandue en milieu rural (49,0 pour cent) qu'en milieu urbain (41,4 pour cent). La même situation prévaut à tous les âges. L'éducation est, elle aussi, un facteur très défavorable à la polygamie. Les femmes n'ayant jamais été à l'école sont à 48,7 pour cent dans des unions polygames, tandis que celles qui ont été à l'école le sont à 36,4 pour cent pour le niveau primaire et 26,8 pour cent pour le niveau secondaire ou plus. Chez les femmes ne sachant pas lire, 48,6 pour cent sont en union polygame contre 30,8 pour cent des femmes qui savent lire. Les résultats déjà révélés par l'ESF se confirment: les femmes jeunes, urbanisées et/ou éduquées sont moins intéressées par la polygamie. Les aspirations sociales et économiques des générations modernes (bien-être des membres de la famille, scolarisation, coût de la vie, problèmes d'héritage ...) expliquent probablement l'essentiel du recul de cette pratique

TABLEAU 2.2 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI SONT EN UNION POLYGAME SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel de la femme							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Milieu								
Urbain	23,8	25,2	31,3	49,6	60,9	54,2	55,0	41,4
Rural	27,7	36,8	45,7	60,3	65,2	62,1	64,9	49,0
Région								
Ouest	23,5	29,6	30,3	48,7	57,4	54,3	55,3	49,0
Centre	21,4	30,0	46,6	65,3	66,7	67,6	72,3	49,0
Nord-Est	32,0	34,3	51,0	50,0	66,7	57,4	52,5	47,0
Sud	39,7	48,4	41,6	59,0	68,3	53,5	58,5	51,7
Ethnie								
Wolof	28,6	27,5	43,3	60,4	69,4	68,3	80,2	50,1
Poular	29,1	36,6	41,9	56,9	63,5	52,5	51,5	44,8
Serer	14,3	25,0	30,4	49,0	50,0	56,0	52,6	38,0
Mandingue	26,1	35,5	47,5	58,3	74,1	*	*	48,8
Diola	*	57,1	33,3	44,4	52,2	*	*	44,2
Autres	29,8	50,0	45,8	51,0	59,1	71,0	50,0	49,1
Instruction								
Aucune	27,7	34,4	44,1	59,9	65,6	59,9	62,5	48,7
Primaire	12,5	29,2	31,4	47,9	52,9	*	*	36,4
Secondaire +	*	22,2	12,8	26,7	45,5	*	*	26,8
Alphabétisation								
Ne sait pas lire	27,7	34,8	43,9	60,1	65,8	59,7	62,6	48,6
Sait lire	13,0	22,7	23,1	35,6	48,1	*	*	30,8
Total	27,1	33,2	40,9	56,0	63,7	59,7	62,0	46,5
ESF, 1978**	30,6	35,5	46,5	57,7	56,5	65,5	64,8	48,5

*Moins de 20 femmes

**Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. I, p. 79, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

dans ces groupes. Mais de façon générale, la baisse évoquée plus haut par rapport à l'ESF se retrouve dans les sous-groupes, en particulier de façon très prononcée en milieu urbain (45,7 pour cent dans l'ESF contre 41,4 dans l'EDS) et chez les alphabétisées (37,0 et 30,8 pour cent respectivement dans l'ESF et l'EDS) (ESF, 1978, Vol. 5: 81).

Au niveau ethnique, les principaux groupes se classent ainsi: Wolof (50,1 pour cent de polygames), Mandingue (48,8 pour cent), Poular (44,8 pour cent), Diola (44,2 pour cent) et Sérer (38,0 pour cent). L'analyse des données selon l'âge révèle certaines particularités. En effet, avant 25 ans, les Poulars semblent les plus nombreuses à adhérer à la polygamie tandis que les Wolofs ne dominent qu'après cet âge. Par ailleurs, alors que chez les Wolofs, la prévalence de la polygamie augmente régulièrement avec l'âge, chez les Poulars, on observe une chute drastique à partir de 40 ans. Il est possible que les Poulars mariées plus jeunes et ayant une plus grande mobilité conjugale, pratiquent davantage ce qu'on convient d'appeler "polygamie de jeunesse" et qu'aux âges avancés, elles restent plus que les autres en situation de rupture d'union.

Les différences inter-régionales sont assez significatives. Au niveau global, le Sud a le pourcentage le plus élevé (51,7 pour cent). Il est suivi par l'Ouest et le Centre (49,0 pour cent chacun) et le Nord-Est (47,0 pour cent).

2.2 Age au premier mariage

L'indice utilisé ici pour caractériser l'âge d'entrée en union est sa valeur médiane. Le tableau 2.3 donne l'âge à la première union et les âges médians au premier mariage selon l'âge actuel.[1] La première remarque qu'inspire ce tableau est la grande précocité du mariage au Sénégal, malgré la tendance à la hausse enregistrée dans les jeunes générations. En effet, de 17,2 ans chez les femmes âgées 20–24 ans, l'âge médian diminue régulièrement pour tomber à 15,9 ans dans les plus anciennes générations (13,7 pour cent à 45–49 ans).

Cette tendance a été déjà mis en évidence par l'ESF. La comparaison avec celle-ci, montre par ailleurs, qu'entre les deux dates (8 ans d'intervalle), les changements ont été significatifs. Sauf pour les générations de 45–49 ans, des écarts entre les générations de 1978 et celles de 1986 sont du même ordre de grandeur (environ 1 an). Enfin, à tous les âges, les proportions de femmes encore célibataires à 20 ans sont plus importantes en 1986 qu'en 1978 (ESF, 1978, Vol. I: 65).

En résumé, il est établi que bien que le mariage demeure universel, les femmes y entrent de plus en plus tard. Ce retardement du mariage peut cependant être d'ampleur différente selon certaines caractéristiques socio-économiques.

Les variables socio-économiques jouent un rôle important dans le calendrier de la nuptialité. L'âge au premier mariage, bien que globalement en hausse, diffère significativement d'un groupe social à un autre.

Ainsi, comme l'indique le tableau 2.4, l'âge médian au premier mariage des femmes âgées de 25–49 ans est plus élevé d'un an et demi dans le milieu urbain (17,6 ans) que dans le milieu rural (16,0 ans). L'écart absolu entre les deux groupes augmente au fur et à mesure que les générations sont plus jeunes: de 0 an chez les femmes de 45–49 ans, il est de 2,8 ans chez celles de 25–29 ans. Ce fait s'explique par une tendance à la hausse très significative de l'âge médian en milieu urbain (15,9 à 45–49 ans et 18,8 à 25–29 ans) et une relative stabilité de cet indicateur en milieu rural (15,9 ans à 45–49 ans et 16,0 à 25–29 ans).

TABLEAU 2.3 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION, L'AGE MEDIAN AU PREMIER MARIAGE ET L'AGE ACTUEL

Age actuel	Pas mariée	Age à la première union						Total	Age médian	Effectif
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			
15-19	56,5	14,1	27,5	1,8	-	-	-	100,0	*	975
20-24	22,6	15,4	43,5	10,9	4,9	2,7	-	100,0	17,2	895
25-29	7,2	16,9	46,9	12,4	8,8	6,0	1,8	100,0	16,7	838
30-34	2,7	16,9	50,6	11,6	8,4	5,8	4,0	100,0	16,5	656
35-39	-	19,6	53,8	12,1	7,5	3,8	3,3	100,0	16,2	480
40-44	-	20,0	54,3	11,3	7,7	3,0	3,7	100,0	16,1	300
45-49	-	27,7	47,6	11,1	6,3	3,0	4,4	100,0	15,9	271
Total	18,8	17,4	43,6	9,5	5,6	3,3	1,8	100,0	16,6**	4415

*Pas de médiane

**Age médian à la première union des femmes âgées de 20 à 49 ans

L'éducation intervient plus fortement que l'urbanisation dans l'âge d'entrée en union. Les femmes sachant lire se marient presque 3 ans plus tard que les analphabètes (19,1 contre 16,2 ans). Les femmes de niveau secondaire ou plus, entrent en union 2,8 ans plus tard que celles du niveau primaire et 5,5 ans plus tard que celles n'ayant aucune instruction. Bien que dans tous les cas les premiers mariages soient de plus en plus tardifs, les changements sont nettement plus importants chez les femmes éduquées.

Par région, l'âge médian au premier mariage est le plus élevé à l'Ouest (17,1 ans), suivi du Centre et du Sud (16,2 ans chacun). C'est au Nord-Est où les femmes se marient le plus tôt (15,9 ans).

L'appartenance ethnique est elle aussi un critère de différenciation. Les Poulars sont celles qui se marient les plus jeunes (15,8 ans). Les Sérers (16,9 ans) et les Diolas (18,3 ans) sont celles qui se marient le plus tard. On sait que les filles sérers et diolas sont les plus nombreuses à émigrer vers les villes pour travailler en vue d'acquérir certains effets (vêtements, parures...) en prélude à leur futur mariage. A celà s'ajoutent la plus forte urbanisation et l'éducation plus poussée des femmes diolas.

Les écarts inter-ethniques entre d'une part les Sérers et les Diolas et d'autre part les autres groupes se sont fortement accrus des générations âgées (40 ans et plus) aux générations plus jeunes (moins de 40 ans). En effet, alors que chez les Sérers et les Diolas, il y a eu une véritable rupture (brusque hausse) des plus de 40 ans au moins âgées, dans les autres groupes, la hausse de l'âge médian des générations âgées aux plus jeunes n'est perceptible que dans les groupes de 25 à 39 ans.

TABLEAU 2.4 AGE MEDIAN A LA PREMIERE UNION DES FEMMES AGEES DE 25 A 49 ANS SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel					
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total*
Milieu						
Urbain	18,8	17,8	16,8	16,5	15,9	17,6
Rural	16,0	15,9	16,0	16,0	15,9	16,0
Région						
Ouest	18,0	17,0	16,7	16,2	15,9	17,1
Centre	16,2	16,2	16,3	16,1	15,8	16,2
Nord-Est	15,9	15,9	15,8	16,3	15,8	15,9
Sud	16,4	16,5	15,8	15,9	16,2	16,2
Ethnie						
Wolof	16,8	16,6	16,2	16,5	16,0	16,5
Poular	15,9	15,7	15,9	15,8	15,6	15,8
Serer	17,3	17,0	17,4	15,9	15,8	16,9
Mandingue	16,7	15,9	15,6	16,1	16,5	16,1
Diola	20,4	18,2	19,0	16,6	17,5	18,3
Autres	16,2	16,5	15,9	15,9	15,8	16,1
Instruction						
Aucune	16,2	16,0	16,0	16,0	15,8	16,0
Primaire	19,9	18,3	17,9	20,2	18,3	18,7
Secondaire +	21,9	22,4	20,6	20,0	25,2	21,5
Alphabétisation						
Ne sait pas lire	16,4	16,2	16,1	16,1	15,8	16,2
Sait lire	20,5	18,6	18,2	20,2	18,8	19,1
Total	16,7	16,5	16,2	16,1	15,9	16,4

*Femmes âgées de 25 à 49 ans

2.3 Etat d'exposition au risque de grossesse

Bien que l'entrée en union détermine le début de la vie féconde, l'exposition effective au risque de procréation est directement liée à d'autres variables intermédiaires (ou déterminants proches). Celles-ci sont soumises à l'influence des variables socio-économiques telles l'éducation, l'urbanisation, etc. La résultante des effets intra et inter-groupes de ces deux types de variables détermine le niveau réel de la procréation. Les variables intermédiaires étudiées ici, sont celles qui, biologiques ou de comportement, agissent directement sur le "rendement" des unions en terme d'exposition effective. Il s'agira donc de l'état d'exposition, l'infécondabilité et l'abstinence. Les autres variables qui ne sont pas étudiées dans le présent rapport, le seront ultérieurement.

Le but de cette section est d'identifier les femmes exposées au risque de grossesse qui sont considérées comme la population cible pour toute action en matière de planification familiale. Dans cette enquête, les femmes exposées sont définies comme celles qui ont probablement leur ovulation au moment de l'enquête et qui sont probablement fertiles. Pour déterminer si la femme a son ovulation ou non, on a utilisé des méthodes indirectes[2] en posant des questions sur la menstruation. Ainsi, les femmes qui sont enceintes qui n'ont pas eu leurs règles depuis 8 semaines ou qui n'ont pas revues leurs règles après la naissance de leur dernier enfant sont considérées comme n'ayant pas leur ovulation. L'infécondité ou l'inaptitude à concevoir est aussi mesurée indirectement par l'absence de naissance pendant cinq ans malgré la non utilisation de la contraception.

La répartition en pour cent des femmes en union selon l'âge actuel et l'état d'exposition au risque de grossesse est donnée dans le tableau 2.5. Dans l'ensemble, 15,3 pour cent des femmes en union sont enceintes. La distribution selon l'âge appelle certains commentaires. A moins de 20 ans, 20 pour cent des femmes sont enceintes, mais les pourcentages diminuent rapidement avec l'âge, notamment après 35 ans, en passant de 20 pour cent à 20–24 ans à 2 pour cent à 45–49 ans, groupe d'âge à la limite de la vie féconde.

La deuxième catégorie à soustraire dans l'ordre chronologique du total des femmes en union est l'effectif des femmes en aménorrhée qui sont définies comme celles qui n'ont pas eu leur menstruation depuis la naissance de leur dernier enfant. Presqu'une femme sur trois est en aménorrhée. Les proportions les plus élevées des femmes qui n'ont pas vu leurs menstrues se situent parmi celles âgées de 20 à 34 ans.

Les femmes infécondes constituent la troisième catégorie à soustraire de l'ensemble des femmes en union pour déterminer les femmes qui sont exposées au risque de la grossesse. Les femmes infécondes sont celles qui n'ont pas eu de naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête et qui n'ont jamais utilisé des moyens contraceptifs. Cette définition n'est pas aussi précise qu'on le souhaite, car, d'une part, elle inclut des femmes qui peuvent être fécondes mais qui n'ont pas eu de naissance parce qu'elles ne se sont pas sexuellement actives ou ont eu des fausses couches ou des avortements et, d'autre part, elle exclut des femmes qui peuvent être infécondes parce qu'elles sont ménopausées et qui ont été incluses dans la catégorie des femmes en aménorrhée. En raison de la présentation hiérarchique des catégories d'état d'exposition, celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives, et l'on aurait une répartition différente de ces groupes si leur ordre avait changé. Selon cette définition, le tableau 2.5 montre que presque une

femme sur cinq est considérée inféconde. Les proportions des femmes qui ne sont pas exposées à cause de l'infécondité croissent régulièrement avec l'âge jusqu'à 40–44 ans.

TABLEAU 2.5 DISTRIBUTION (EN%) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ACTUEL ET L'ETAT D'EXPOSITION AU RESQUE DE GROSSESSE

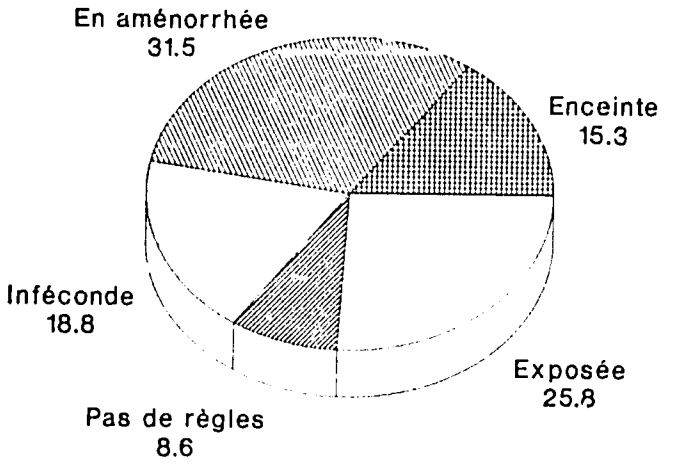
Etat d'exposition	Age actuel de la femme							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Enceinte	16,9	19,9	18,3	17,3	11,1	8,1	2,0	15,3
En aménorrhée	28,6	36,1	39,1	36,4	31,0	17,6	6,4	31,5
Inféconde	5,9	7,3	16,8	24,4	25,8	35,5	31,9	18,8
Pas de règles dans les 8 dernières semaines	7,8	4,1	3,6	4,2	7,1	16,1	41,8	8,6
Exposée	40,8	32,6	22,3	17,8	24,9	22,7	17,9	25,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	409	654	722	607	449	273	251	3365

Pour l'ensemble des femmes en union, presque 9 pour cent ont déclaré qu'elles n'ont pas eu de règles dans les huit dernières semaines. Par âge, les proportions les plus élevées sont enregistrées chez les groupes d'âges 40–44 ans (16 pour cent) et 45–49 ans (42 pour cent). Cette quatrième catégorie de femmes qui ne sont pas exposées pourrait aussi inclure des femmes ménopausées qui ne sont pas classées dans les autres catégories ou bien des femmes qui viennent de tomber enceinte sans qu'elles le sachent.

Après avoir soustrait les quatre groupes mentionnés ci-dessus, le reste constitue la catégorie des femmes exposées au risque de la grossesse au Sénégal qui est de 26 pour cent (graphique 2.1). Ce groupe constitue la population cible pour l'action de planification familiale. Par âge, les proportions des femmes exposées les plus élevées sont chez les groupes 15–19 ans (41 pour cent) et 20–24 ans (33 pour cent) et la proportion la plus faible comme il fallait s'y attendre, est parmi les femmes de 45–49 ans (18 pour cent).

Graphique 2.1
Distribution des Femmes Selon l'Etat d'Exposition au Risque de Grossesse

(Femmes actuellement en union)



2.4 Allaitement, aménorrhée et abstinence post-partum

L'intervalle entre deux naissances peut se décomposer en trois segments exclusifs: la période d'infécondité post-partum, la période d'exposition au risque, et la gestation. La durée de la gestation est prise égale à 9 mois. Par contre le deuxième segment peut être de longueur très variable: de zéro mois à la fin de la vie féconde. Cette période, dépend de la fécondabilité, l'usage de la contraception, la fréquence des rapports sexuels etc.

La première periode—le temps mort— celle que nous étudions ici, est celle pendant laquelle la conception n'est pas possible faute d'ovulation. La durée de cette période dépend essentiellement de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein. Elle peut varier de 1 mois à plus de 2 ans selon que la femme n'allaite pas du tout ou allaite de façon prolongée et intense. L'abstinence qui peut être à cheval sur les deux premiers segments jouera donc un rôle important dès lors que cette durée est supérieure à l'aménorrhée post-partum.

Les données analysées ici portent uniquement sur la dernière naissance vivante dans l'intervalle ouvert au cours des 36 derniers mois avant l'enquête. Les questions posées concernent l'allaitement, la reprise des règles et la reprise des relations sexuelles.

Le tableau 2.6 donne les proportions des femmes qui sont encore allaitantes, en aménorrhée et en abstinence post-partum selon les mois depuis la naissance des enfants. Les résultats indiquent que la pratique de l'allaitement est universelle parmi les femmes sénégalaises et que la majorité d'entre elles allaitent leurs enfants pour de longues périodes. Ainsi, 89 pour cent des

femmes allaitent encore après 9 mois et 72 pour cent après 17 mois. La durée médiane de l'allaitement est égale à 18,8 mois. La durée moyenne a elle aussi la même valeur. Ce qui place le Sénégal au rang des pays où l'allaitement est très prolongé.[3] La durée moyenne d'allaitement indiquée dans les tableaux 2.6 et 2.7 est calculée en divisant la prévalence de l'allaitement (qui est l'effectif de toutes les femmes allaitant au moment de l'enquête) par le nombre moyen de naissances par mois sur une période de 36 mois.

TABLEAU 2.6 PROPORTION DE FEMMES QUI SONT ENCORE ALLAITANTES, EN AMENORRHEE ET EN ABSTINENCE POST-PARTUM SELON LES MOIS DEPUIS LA NAISSANCE

Mois depuis la naissance	Proportion encore			Nombre de naissances*
	Allaitantes	En aménorrhée	En abstinence	
0-1	89,0	89,0	89,0	100
2-3	95,2	88,9	53,2	126
4-5	91,9	84,5	27,0	148
6-7	91,4	83,6	27,6	152
8-9	89,1	71,8	20,5	156
10-11	87,5	72,8	18,4	136
12-13	86,0	64,6	16,5	164
14-15	80,3	51,7	17,7	147
16-17	72,2	51,6	18,3	126
18-19	52,2	38,2	11,8	136
20-21	37,5	27,1	11,1	144
22-23	28,3	19,8	9,4	106
24-25	15,4	15,4	6,7	149
26-27	6,9	8,5	5,4	130
28-29	8,2	10,7	4,1	122
30-31	2,3	5,3	1,5	132
32-33	2,3	3,8	0,8	132
34-35	1,8	5,5	3,6	110
Total	53,7	45,4	18,3	2416
Médiane	18,8	16,7	2,7	
Moyenne	18,8	16,2	7,9	

*Il s'agit des naissances de 0 à 35 mois.

Cet allaitement prolongé n'est pas sans incidence sur le retour de l'ovulation. En effet, il est désormais établi qu'il contribue à l'allongement de la durée de l'aménorrhée. Dans la plupart des sociétés, cette période est de deux à trois mois, durant laquelle la femme est d'habitude inféconde. Au Sénégal, la durée moyenne d'aménorrhée post-partum est de 16 mois et sa valeur médiane est

TABLEAU 2.7 ESTIMATION DE L'ETAT ACTUEL DU NOMBRE MOYEN DE MOIS D'ALLAITEMENT, D'AMENORRHEE POST-PARTUM ET D'ABSTINENCE POST-PARTUM PARMI TOUTES LES FEMMES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Nombre moyen de mois*		
	Allaitement	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum
Age			
<30	18,6	16,0	8,6
30	19,2	16,4	6,6
Milieu			
Urbain	16,2	12,4	6,7
Rural	20,2	18,1	8,4
Région			
Ouest	17,4	14,1	6,1
Centre	19,6	17,9	4,1
Nord-Est	18,7	15,6	11,6
Sud	20,4	16,9	18,3
Ethnie			
Wolof	18,6	16,6	4,1
Poular	19,5	16,4	11,9
Serer	18,9	16,2	4,8
Mandingue	19,9	16,9	17,5
Diola	16,4	12,4	13,0
Autres	19,0	15,3	12,5
Instruction			
Aucune	19,4	17,2	8,1
Primaire	16,6	12,2	7,3
Secondaire +	14,1	9,1	5,3
Alphabétisation			
Ne sait pas lire	19,5	17,1	8,1
Sait lire	15,0	10,4	6,3
Total	18,8	16,2	7,9

*Il s'agit des naissances de 1 à 36 mois.

de 17 mois. Dans d'autres pays d'Afrique au Sud du Sahara, la durée moyenne est inférieure à celle observée au Sénégal.[3] La différence varie entre 4 et 9 mois. Le tableau montre que 28 pour cent des femmes ont leur retour des règles après 9 mois et presque 52 pour cent après 17 mois. Au delà de 25 mois, une minorité de femmes (15 pour cent) sont encore en aménorrhée.

La reprise des relations sexuelles a lieu assez tôt après l'accouchement: 11 pour cent des femmes redeviennent sexuellement actives un mois au plus après la naissance de leur dernier enfant. A 2,7 mois, seulement 50 pour cent continuent à s'abstenir. En moyenne, les femmes s'abstiennent pendant 7,9 mois. Cette courte durée d'abstinence peut avoir des soubassements culturels, l'islam ne prescrivant que 40 jours d'abstinence. L'abstinence post-partum n'aura donc pratiquement pas d'incidence sur le risque de grossesse. En effet, les relations sexuelles reprenant en moyenne, bien avant l'ovulation, seule celle-ci détermine la fin de la période de protection temporaire. Cela révèle toute l'importance de l'allaitement maternel prolongé qui demeure le moyen le plus sûr pour assurer une protection efficace plus durable en retardant le retour des règles.

En tant que comportement, l'allaitement et l'abstinence sont très sensibles aux facteurs socio-économiques et culturels, comme le montre le tableau 2.7. Cependant, les femmes plus jeunes (moins de 30 ans) ne semblent pas allaiter significativement moins longtemps que les autres. La durée moyenne de l'aménorrhée est pratiquement la même dans les deux groupes (16,0 et 16,4 mois respectivement à moins de 30 ans et à 30 ans ou plus). Par contre, l'abstinence est plus longue chez les jeunes femmes (moins de 30 ans).

L'urbanisation et l'éducation sont les variables qui font apparaître les plus fortes différences. Ainsi, les femmes urbaines et alphabétisées allaitent 4 à 5 mois moins longtemps que les groupes opposés; elles retrouvent leurs règles 5 à 8 mois plus tôt et s'abstiennent moins longtemps. L'incidence du niveau d'instruction est également très importante. Pour l'allaitement, les durées moyennes des femmes sans instruction, celles du primaire et celles du secondaire ou plus sont respectivement de 19,4, 16,6 et 14,1 mois. Les valeurs correspondantes sont pour l'aménorrhée de 17,2, 12,2 et 9,1 mois.

Au niveau ethnique, les Mandingues et les Poulars sont celles qui allaitent le plus longtemps, ensuite viennent les Wolofs et les Sérers et enfin les Diolas. Cette tendance se retrouve dans les durées moyennes d'infertilité post-partum. Ces Poulars allaitent-elles moins intensement? Les Sérers et les Wolofs sont celles qui s'abstiennent le moins longtemps (moins de 5 mois) et les Mandingues le plus longtemps (17,5 mois).

Les différences régionales sont importantes et semblent refléter en partie les structures ethniques.

Dans tous les sous-groupes étudiés, l'abstinence est partout moins longue que l'aménorrhée sauf dans deux cas: chez les Diolas et les Mandingues au niveau ethnique (écart de 0,6 mois). Dans ces deux, l'abstinence joue un rôle important en allongeant la période de non exposition post-partum d'une durée de protection égale à l'écart.

En bref, le mariage demeure universel, avec ses typologies d'antan. Il marque l'entrée légale dans la vie féconde. Il a cependant lieu de plus en plus tard, en particulier dans les groupes les plus urbanisés et les plus éduqués. Ces changements sont, toutes choses égales par ailleurs, défavorables à la fécondité. Cependant, d'autres facteurs non moins importants tels que l'allaitement et l'abstinence en regressant dans les couches sociales favorisées, ont tendance à

maximiser le rendement de la vie féconde des femmes en raccourcissant l'intervalle intergénésique, sans risque d'accroître la mortalité intra-utérine. En fait, les facteurs de changements économiques et sociaux et les variables intermédiaires sont nombreux et liés entre eux par un réseau complexe de relations. L'évolution de cet ensemble de variables ainsi que de leurs interrelations déterminent les tendances et les niveaux de la fécondité.

2.5 Conclusion

Au Sénégal, la nuptialité est essentiellement caractérisée par sa forte intensité (toutes les femmes se marient) et sa grande précocité (50 pour cent des femmes sont mariées avant 17 ans). Les ruptures d'unions sont fréquentes mais elles sont vite suivies de remariage. Les femmes passent donc l'essentiel de leur période d'aptitude à la procréation en union, c'est-à-dire exposées au risque de relations sexuelles. Celles-ci sont reprises assez tôt après l'accouchement: 2,7 mois après la naissance d'un enfant, seules 50 pour cent continuent à s'abstenir. Mais l'allaitement demeure très prolongé: les enfants sont sevrés en moyenne à 19 mois. Cela contribue sûrement à l'allongement de l'aménorrhée post-partum (durée moyenne de 16,2 mois).

Au niveau socio-économique, l'urbanisation et l'éducation constituent les facteurs différentiels les plus nets: les femmes urbanisées et éduquées se marient plus tard, allaitent moins longtemps et par conséquent, redeviennent fertiles plus tôt et elles reprennent plus tôt les relations sexuelles.

En dehors des facteurs de contrôle naturel (allaitement, abstinence), il est probable que la fécondité, fondement du mariage qui la légalise, dépendra essentiellement de la nuptialité, étant donné que l'impact de la contraception reste extrêmement limité, comme on le verra dans le chapitre 4.

Notes:

1 Il y a lieu d'interpréter les données sur l'âge à la première union avec prudence du fait que les femmes sénégalaises, comme les femmes des autres pays en développement ont des difficultés à donner la date exacte de la première union. Dans cette enquête, 17 pour cent des femmes ont donné le mois et l'année de la consommation de l'union, 9 pour cent ont donné l'année seulement et 74 pour cent ont donné l'âge à la première union. Quatre femmes seulement n'ont donné aucune information et la date de la consommation de leur première union a été imputée, en utilisant principalement la date à la naissance de leur premier enfant.

2 Le moyen direct et sûr est l'utilisation des tests cliniques.

3 Les durées moyennes d'allaitement et d'aménorrhée post-partum pour certains pays africains sont présentées respectivement comme suit:

Mauritanie:	20,1 et 11,5 mois (ENMF, 1981, Vol. I: 81–84),
Cameroun:	19,3 er 10,1 mois (ENFC, 1978, Vol. I: 123–124).
Nigéria:	16,6 et 10,4 mois (NFS, 1981–82, Vol. I: 127–129) et
Côte d'Ivoire:	16,2 et 7,9 mois (EIF, 1980–81, Vol. I: 132–136).

Le calcul des durées moyennes utilisées dans l'EDS est différent de celui utilisé dans l'Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF) où les durées moyennes sont basées sur le dernier intervalle fermé (femmes non-célibataires ayant eu au moins deux naissances vivantes, grossesse actuelle comprise, dont l'avant-dernière naissance vivante a survécu au moins 12 mois).

CHAPITRE III
FECONDITE

A la différence de l'ESF qui a collecté des informations sur toutes les grossesses, l'EDS n'a saisi que les naissances vivantes. Toutes les femmes de l'enquête individuelle ont été ainsi interrogées sur le nombre total de naissances vivantes qu'elles ont eues depuis leur entrée dans la vie féconde jusqu'à la date de l'enquête. Pour commencer, on a demandé à chaque femme de l'échantillon le nombre de garçons et de filles qui vivent avec elle, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de garçons et de filles qui sont décédées. Puis on a demandé l'histoire de toutes les naissances, y compris le nom de l'enfant, son sexe, sa date de naissance; s'il (elle) est en vie, son âge et s'il (elle) vit à la maison ou non et enfin s'il (elle) est décédé(e), l'âge au décès.

Les niveaux et les facteurs différentiels de la fécondité seront présentés en première partie où on étudiera l'indice synthétique de fécondité et le nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 40–49 ans.

Les tendances de la fécondité constituent le deuxième aspect qui sera traité dans ce chapitre. Il s'agit d'analyser les taux de fécondité générale par âge pour certaines périodes avant l'enquête.

La troisième partie sera consacrée à la fécondité cumulée ou la parité moyenne (nombre d'enfants nés vivants). Cet indice fournit des informations rétrospectives sur la fécondité.

L'entrée dans la vie féconde est le dernier aspect qui sera présenté dans ce chapitre. Elle est définie par l'âge de la femme à la naissance de son premier enfant. Cette variable est construite à partir de la date de naissance ou l'âge actuel de la mère et de la date de naissance de son premier enfant ou l'âge actuel de celui-ci s'il est en vie.

Comme on le sait, ces données souffrent sûrement de certains biais. D'abord les erreurs classiques sur les âges (des femmes et de leurs enfants) se retrouvent ici et elles sont d'autant plus graves qu'elles concernent des événements reculés dans le temps. Ensuite, malgré les nombreuses questions de contrôle et les recoupements divers, des omissions sont possibles au niveau du nombre total d'enfants, surtout s'il y a eu des enfants décédés précocément et depuis longtemps. Par ailleurs, la structure par année d'âge des données de l'enquête ménage révèle un gonflement anormal des effectifs à 50, 51 et 52 ans. Cela suggère la tendance qu'ont eu les enquêtrices à vieillir les femmes d'un peu moins de 50 ans, pour les exclure de l'échantillon de l'enquête individuelle qui était limité aux femmes de 15–49 ans. Ainsi des femmes âgées de 45–49 ans ont pu être éliminées à tort. Pour minimiser l'effet de ce biais, les indices synthétiques de fécondité présentés dans ce rapport ont été limités aux femmes âgées de 15–44 ans, au lieu du groupe d'âges 15–49[1] ans qui est habituellement utilisé. Enfin, les femmes ayant émigré ou celles décédées ne sont pas touchées par l'enquête: leur fécondité est donc ignorée.

3.1 Niveaux et facteurs différentiels de la fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est un indice transversal. Il est égal à la somme (pondérée par l'intervalle de classe d'âges) des naissances réduites (taux de fécondité générale par âge). Il correspond à la descendance moyenne à 40–49 ans, au cours d'une période donnée, d'une cohorte fictive de femmes dont les taux de fécondité par âge sont ceux observés pendant cette période. Si les données sont fiables et la fécondité plus ou moins stable dans le temps, cet indice peut être considérée comme une évaluation à peu près exacte du comportement des cohortes réelles.

Le tableau 3.1 montre qu'au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête l'ISF, basé sur les naissances issues des femmes âgées de 15 à 44 ans s'élève à 6,4. Cet indice a significativement baissé ces dernières années: 7,3 en 1980–82 et 6,4 en 1983–85, soit un écart de 0,9 enfant. Cela suggère une baisse récente de la fécondité générale. Le niveau plus élevé de la descendance atteinte (D) à 40–49 ans (7,0 enfants), résultant d'une fécondité passée, confirme bien cette tendance récente à la baisse.

Malgré le niveau globalement élevé, des différences significatives de l'ISF sont observées entre groupes sociaux. Ainsi, les femmes rurales (7,1) et les femmes non éduquées (6,8) ont des niveaux plus élevés que les groupes opposés correspondants. L'éducation joue vraisemblablement un rôle plus important que l'urbanisation dans les différences de niveaux. Par ailleurs, si la baisse récente de la fécondité est peu significative dans les groupes ruraux ou analphabètes, elle est par contre très nette chez les femmes urbaines et les éduquées (graphique 3.1). Au niveau ethnique, sauf chez les Sérers pour lesquelles la fécondité semble être demeurée stable, la tendance est à la baisse. Les Sérers (ISF de 7,2 et D de 7,5) sont avec les Mandingues (ISF de 6,6 et D de 7,3) celles qui ont les niveaux de fécondité les plus élevés.

GRAPHIQUE 3.1

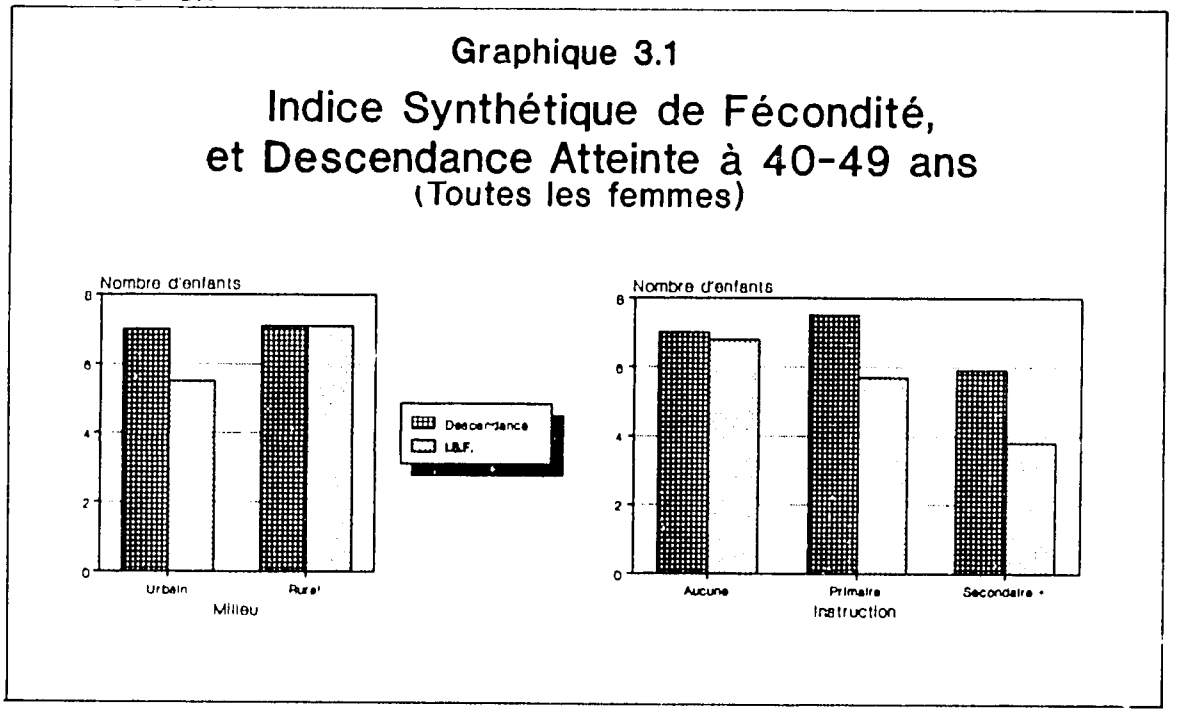


TABLEAU 3.1 INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE PARMI LES FEMMES 15-44 ANS ET DESCENDANCE ATTEINTE A 40-49 ANS PARMI TOUTES LES FEMMES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Indice synthétique de fécondité			Descendance à 40-49 ans
	1983-1985[a]	1980-1982	0-4 avant l'enquête	
Milieu				
Urbain	5,4	6,3	5,5	7,0
Rural	7,1	7,9	7,1	7,1
Région				
Ouest	5,7	6,7	5,8	7,0
Centre	6,9	7,7	6,9	7,0
Nord-Est	6,5	7,5	6,5	7,2
Sud	6,9	7,7	6,9	6,8
Instruction				
Aucune	6,8	7,6	6,8	7,0
Primaire	5,2	7,1	5,7	7,5
Secondaire +	3,7	4,2	3,8	5,9
Alphabétisation				
Ne sait pas lire	6,8	7,6	6,8	7,0
Sait lire	4,6	5,5	4,9	6,9
Ethnie				
Wolof	6,2	7,2	6,3	7,3
Poular	6,2	7,4	6,3	6,9
Serer	7,2	7,6	7,2	7,5
Mandingue	6,7	7,8	6,6	7,3
Diola	6,1	6,6	6,3	6,5
Autres	6,0	6,4	6,1	6,3
Total 15-44	6,4	7,3	6,4	7,0
Total 15-49	6,6	7,4	6,6	7,3[b]

[a]On a inclus 1986, l'année de l'enquête.

[b]Descendance à 45-49 ans

3.2 Tendances de la fécondité

Le tableau 3.2 qui donne les taux de fécondité générale par âge selon trois sources indique que la fécondité a baissé sensiblement entre les deux enquêtes (ESF, 1978 et EDS, 1986). Ainsi, l'ISF de l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (7,0 enfants pour la période de 1973–77) corrobore la conclusion d'une baisse récente de la fécondité. Mais cette baisse est essentiellement imputable aux jeunes générations de moins de 30 ans (graphique 3.2).

Par ailleurs, la comparaison des deux premières colonnes (les plus fiables et les plus complètes) du tableau 3.3, relatif aux taux de fécondité générale par période quinquennale selon l'âge de la mère à la naissance, vient en appui à cette conclusion: à âge à la maternité égal, les taux de fécondité sont plus élevés dans la période ancienne que dans la période récente. La baisse de la fécondité précoce (moins de 20 ans) s'explique surtout par le retardement de l'entrée en union.

TABLEAU 3.2 TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE SELON DIVERSES SOURCES (EN o/oo)

Age actuel de la femme	Taux de fécondité EDN, 1970-71[a]	Taux de fécondité ESF, 1978[b]	Taux de fécondité EDS, 1986
15-19	165	189	159
20-24	290	304	279
25-29	272	332	278
30-34	228	265	261
35-39	161	197	199
40-44	109	108	107
45-49	63	34	40
ISF, 15-44	6,1	7,0	6,4
ISF, 15-49	6,4	7,1	6,6

[a]Situation Economique du Sénégal, 1978, p.16, Direction de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances, Dakar.

[b]Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. I, p. 112, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

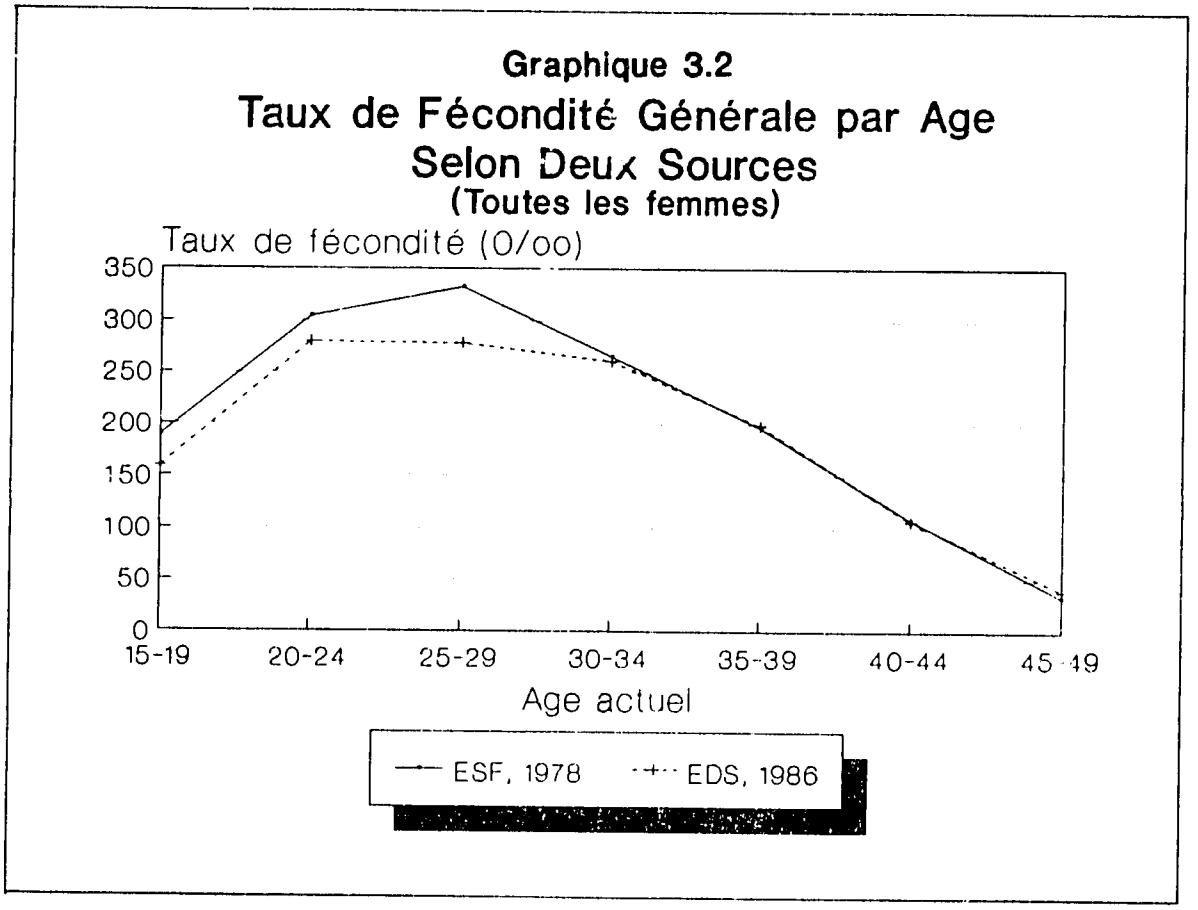


TABLEAU 3.3 TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE SELON L'AGE DE LA MERE A LA NAISSANCE

Age de la mère à la naissance	Période avant l'enquête en années						
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
15-19	0,159	0,190	0,185	0,185	0,194	0,178	(0,161)
20-24	0,279	0,311	0,303	0,314	0,290	(0,282)	
25-29	0,278	0,329	0,322	0,313	(0,304)		
30-34	0,261	0,299	0,308	(0,287)			
35-39	0,199	0,238	(0,284)				
40-44	0,107	(0,180)					
45-49	(0,040)						

Note: Les chiffres entre parenthèses représentent des cohortes incomplètes.

3.3 Fécondité cumulée

La fécondité cumulée ou parité moyenne est une mesure rétrospective de la fécondité. Cette parité (3,3 enfants) donnée par le tableau 3.4 bien qu'élevée reste inférieure à celle trouvée dans l'ESF (3,5 enfants). Dans le groupe des femmes en union, les deux enquêtes conduisent au même résultat (4,0 enfants par femme). Le nombre d'enfants augmente régulièrement avec l'âge, avec à chaque âge sauf pour les 45–49 ans, des niveaux plus importants chez les femmes en union que dans le groupe "toutes femmes." Les écarts entre ces deux catégories, plus importants avant 35 ans, s'expliquent par la moins forte fécondité des femmes non mariées (célibataires, divorcées, veuves); après 35 ans, toutes les femmes étant non célibataires, les écarts, au demeurant faibles, sont dus exclusivement aux ruptures d'union.

Le même tableau donne la répartition des femmes en pour cent selon le nombre d'enfants nés vivants et l'âge actuel. Le pourcentage de femmes sans enfants diminue rapidement avec l'âge; à 45–49 ans, 5,2 pour cent de toutes les femmes n'ont jamais eu d'enfants nés vivants, contre 4,4 pour cent pour les femmes en union. La procréation étant pratiquement achevée à 45 ans, ce dernier pourcentage donne une évaluation satisfaisante de la stérilité primaire, et probablement, définitive dans la population. La fécondité élevée est encore mise en évidence: plus de 30 pour cent de toutes les femmes et un peu moins de 40 pour cent des femmes mariées, ont 5 enfants ou plus. Ces chiffres globaux masquent l'effet de la structure par âge. Chez les femmes de plus de 35 ans (toutes femmes), plus de 75 pour cent ont 5 enfants ou plus. Plus de 4 pour cent des femmes ont 10 enfants ou plus; à 35–39 ans, ce pourcentage est de l'ordre de 9 pour cent.

Le tableau 3.5 fournit la parité moyenne selon l'âge au premier mariage et le temps écoulé depuis le début de celui-ci. Au début du mariage (5 premières années), les femmes mariées, plus tard (18 ans ou plus), ont eu plus d'enfants que celles mariées plus tôt (moins de 18 ans). On sait en effet, que cette tranche de fécondité est essentiellement déterminée par l'intervalle protogénésique qui est plus court chez les femmes mariées plus tard (arrivées à maturité). Malgré les fluctuations, cette tendance semble se maintenir jusqu'à 25 ans depuis le mariage. Après 25 ans, les femmes mariées plus tôt rattrapent les autres qui sont près d'épuiser leur faculté procréatrice. Leur longue durée d'exposition leur confère une parité moyenne plus importante en fin de parcours.

Pour toutes les femmes de 45–49 ans, celles ayant pratiquement épuisé leur capacité procréatrice, les probabilités d'agrandissement fournissent une autre mesure de la fécondité cumulée. La probabilité d'agrandissement pour un rang de naissance i, est égale à la proportion de femmes qui ont au moins i + 1 enfants par rapport à celles qui en ont au moins i.

La dernière ligne du tableau 3.4 (toutes femmes) donne en pour mille, les valeurs des probabilités d'agrandissement. Le complément à 1 de la probabilité pour le rang 0, soit 0,052 correspond à la proportion de femmes de 45–49 ans encore infécondes (sans naissance vivante). Si la probabilité augmente du rang 0 au rang 1 c'est parce que dans le premier cas toutes les femmes sont comptées au dénominateur tandis que dans le second, seules les femmes à fécondité prouvée sont prises en compte. Au delà du rang 1, malgré quelques fluctuations, la tendance générale est à la baisse. Celle-ci s'explique par la diminution progressive des capacités procréatrices avec l'âge et corrélativement avec le nombre d'enfants. Les probabilités d'agrandissement attestent elles aussi du haut niveau de la fécondité. Ainsi sur 1000 femmes ayant eu 9 enfants, 635 (plus

TABLEAU 3.4 REPARTITION EN (%) DES ENFANTS NES VIVANTS PARMI TOUTES LES FEMMES ET LES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ACTUEL DE LA FEMME

Age de la femme	Enfants vivants														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	Total	Effectif	Parité moyenne	Parité moyenne ESF, 1978*
Toutes les femmes															
15-19	73,9	20,5	5,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	975	0,3	0,4
20-24	26,4	22,9	26,7	17,5	5,1	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	895	1,6	1,7
25-29	9,4	11,2	14,0	22,2	23,2	13,5	4,1	1,7	0,7	0,1	0,0	100,0	838	3,1	3,4
30-34	5,5	5,2	6,7	9,0	14,3	18,3	21,5	10,5	5,2	2,7	1,1	100,0	656	4,7	5,3
35-39	3,3	2,5	5,6	3,8	11,5	9,8	16,2	12,5	16,0	9,8	9,0	100,0	480	6,2	5,9
40-44	4,0	4,0	4,0	4,0	6,7	8,0	10,0	9,3	15,7	13,3	21,0	100,0	300	6,8	6,8
45-49	5,2	3,7	4,4	2,2	3,0	5,2	8,1	12,5	15,1	14,8	25,8	100,0	271	7,3	7,2
Tous les âges	25,2	12,8	11,3	10,0	9,5	7,4	7,0	4,6	4,6	3,3	4,1	100,0	4415	3,3	3,5
Probabilités d'agrandissement 45-49 ans	948	961	952	974	964	936	894	817	729	635					
Femmes actuellement en union															
15-19	45,5	42,1	11,2	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	409	0,7	0,7
20-24	12,1	23,2	32,7	23,5	6,6	1,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	654	2,0	1,9
25-29	5,4	9,0	13,7	23,1	25,8	15,5	4,7	1,8	0,8	0,1	0,0	100,0	722	3,4	3,5
30-34	3,8	4,9	6,6	8,9	14,2	18,6	22,2	11,4	5,4	2,8	1,2	100,0	607	4,9	5,3
35-39	2,7	1,6	5,6	3,6	11,4	10,0	15,6	13,1	16,5	10,5	9,6	100,0	449	6,3	5,9
40-44	2,6	4,4	4,4	3,7	6,2	7,7	9,5	9,5	17,2	13,6	21,2	100,0	273	7,0	6,8
45-49	4,4	4,0	4,0	1,6	3,2	5,6	8,8	12,4	15,5	14,7	25,9	100,0	251	7,3	7,2
Tous les âges	10,6	13,3	13,3	12,2	11,6	9,3	8,6	5,9	5,9	4,1	5,1	100,0	3365	4,0	4,0

*Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. II, pp. 182-184, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

d'une femme sur deux) en auront au moins 10. Par rapport à l'ESF, les femmes ayant entre 0 et 2 enfants et 6 enfants ou plus ont moins de chance d'avoir au moins un enfant supplémentaire maintenant (EDS) qu'avant (ESF). Ces résultats semblent confirmer la tendance récente à la baisse de la fécondité.

TABLEAU 3.5 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS PARMI LES FEMMES NON CELIBATAIRES SELON L'AGE AU PREMIER MARIAGE ET LA DUREE DEPUIS LE PREMIER MARIAGE

Durée depuis le premier mariage	Age au premier mariage						
	<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	Tous les âges
0-04 ans	0,8	0,9	1,2	1,3	1,0	1,6	1,0
05-09	2,3	2,6	2,7	2,6	2,7	2,9	2,6
10-14	3,6	4,1	4,3	4,1	3,8	4,2	4,0
15-19	5,0	5,6	5,2	5,0	5,3	4,5	5,4
20-24	6,5	6,8	6,9	5,7	7,0	3,8	6,6
25-29	7,4	7,0	7,3	8,1	7,0	-	7,2
30 ou plus	7,5	7,3	8,0	-	-	-	7,4
Toutes durées	4,3	4,1	3,8	3,5	2,7	2,9	4,0

3.4 L'entrée dans la vie féconde

L'essentiel des naissances étant légitime comme nous l'avons vu plus haut, l'entrée en union sanctionnera donc l'entrée dans la vie féconde. Il est logique dès lors qu'une nuptialité précoce induise une fécondité également précoce. L'âge d'entrée dans la vie féconde est mesuré ici par l'âge des femmes à leur première naissance vivante.

Le tableau 3.6 donne pour chaque groupe d'âge actuel, la répartition des femmes selon l'âge à la première naissance vivante. Ces résultats dénotent une grande précocité de la fécondité. Sur l'ensemble des femmes, 4,8 pour cent ont leur première naissance à moins de 15 ans et 30,9 pour cent entre 15 et 17 ans révolus. En d'autres termes, si l'on considère les grossesses avant 18 ans comme à haut risque, au moins 35,7 pour cent des femmes devenues mères ont appartenu à ce groupe. Cela donne une indication précieuse sur l'ampleur des problèmes de santé et socio-économiques qu'induit la maternité précoce pour les femmes et pour leurs enfants (47,7 pour cent des premières naissances vivantes). Parmi les femmes de plus de 20 ans (celles ayant pu courir le risque de maternité avant 18 ans exacts), l'effet de génération ne semble obéir à aucune tendance précise: les pourcentages de mères ayant eu leur première naissance avant 18 ans fluctuent légère-

ment autour de la valeur moyenne de 39 pour cent. La fécondité de cette tranche d'âge n'a pas évolué de façon régulière dans le temps: hausse entre 45–49 ans et 35–39 ans (37,6 et 42,3 pour cent), baisse entre 35–39 ans et 25–29 ans (38,9 pour cent) et nouvelle hausse dans les groupes de 20 à 29 ans. La tendance générale reste cependant à une légère montée. Il en est de même de la fécondité des adolescentes (femmes de moins de 20 ans): dans toutes les générations de plus de 20 ans, environ 53 pour cent (soit 70 pour cent des premières naissances) ont été mères avant 20 ans exacts. Peu de femmes ont eu leur première naissance après 25 ans (3,9 pour cent).

TABLEAU 3.6 REPARTITION EN (%) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A LA PREMIERE NAISSANCE (Y COMPRIS LA CATEGORIE "PAS DE NAISSANCE") ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME

Age actuel de la femme	Pas de première naissance	Age à la première naissance								
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	Total	Effectif	Médiane
15-19	73,9	2,9	19,3	3,9	0,0	0,0	0,0	100,0	975	-
20-24	26,4	4,9	35,0	19,6	12,0	2,2	0,0	100,0	895	19,0
25-29	9,4	6,0	32,9	22,2	14,8	12,5	2,1	100,0	838	19,0
30-34	5,5	5,9	33,2	20,4	14,8	13,3	6,9	100,0	656	19,0
35-39	3,3	4,2	38,1	19,0	13,1	12,7	9,6	100,0	480	18,7
40-44	4,0	7,0	32,3	22,0	15,3	10,3	9,0	100,0	300	18,7
45-49	5,2	4,4	33,2	19,2	13,3	11,4	13,3	100,0	271	19,2
Tous les âges	25,2	4,8	30,9	16,8	10,7	7,6	3,9	100,0	4415	19,7

Note: Pour le calcul de l'âge médian, tous les âges actuels confondus, les moins de 20 ans ont été exclus.

Cette analyse conduit cependant à une conclusion à première vue paradoxale. En effet, l'âge au premier mariage ayant récemment reculé, on devrait s'attendre à une tendance similaire pour l'âge à la première maternité. Or il n'en est rien. On peut faire des hypothèses pour concilier les deux faits: la première serait l'augmentation des naissances prénuptiales chez les adolescentes dans les générations plus jeunes; la seconde pourrait être le racourcissement de l'intervalle protogénésique lorsque l'âge au premier mariage augmente dans un contexte de nuptialité précoce et la troisième serait la baisse de la mortalité intra-utérine consécutive à l'amélioration des conditions sanitaires. Mais l'explication la plus plausible serait liée aux déclarations des dates de naissance de la mère et de son premier enfant. Il est fort possible que les femmes les plus âgées ont eu des difficultés à se rappeler les dates de naissance de leurs premiers enfants et ont déclaré des âges plus proches de la date de l'enquête, ce qui fait qu'elles deviennent plus âgées à la naissance du premier enfant qu'elles ne le sont réellement. Il est aussi probable que des femmes appartenant réellement au groupe d'âges 40–44 ans au moment de l'enquête, soient enregistrées comme étant dans le groupe d'âges 45–49 ans. Ce qui aurait faussement augmenté l'âge à la

première naissance. Cette dernière hypothèse expliquerait également pourquoi il y a très peu de différences entre l'effectif de femmes de 40–44 ans et celui de 45–49 ans.

La relative stabilité de l'entrée dans la vie féconde qui se confirme à travers les âges médians (19,0 ans entre 20 et 35 ans et 18,7 ans entre 35 et 45 ans) cache cependant des différences importantes au niveau des groupes socio-culturels et économiques, comme l'indique le tableau 3.7.

L'analyse des facteurs urbanisation et éducation permet de classer les femmes en trois catégories:

1. Les femmes à fécondité précoce: âge médian inférieur à 19 ans. Ce groupe est constitué des femmes rurales (âge médian 18,6 ans) et des non-éduquées (18,9 ans chez les non instruites et 19,0 chez les analphabètes).

2. Les femmes à fécondité moins précoce: âge médian supérieur à 21 ans avec une légère tendance à la hausse dans le temps. Ce sont les femmes urbaines (21,4 ans). L'âge médian varie de 18,9 ans à 40–44 ans à 21,0 à 20–24 ans.

3. Les femmes à fécondité tardive: âge médian supérieur à 22 ans sans aucune tendance régulière. C'est la catégorie des femmes éduquées (instruites ou alphabétisées). Chez les plus instruites, dans toutes les générations l'âge médian est de l'ordre de 20 ans tandis que chez les alphabétisées il tourne autour de 21 ans. L'âge médian a cependant accusé une hausse très significative au cours des dernières années (femmes âgées de moins de 35 ans).

Au niveau régional, la zone Ouest (abritant Dakar) connait la fécondité la plus tardive. Elle est suivie du Sud, puis viennent le Centre et le Nord-Est. Dans la zone Ouest, la plus urbanisée, il y a une nette tendance à la hausse: 18,7 ans à 45–49 ans et 20,7 à 20–24 ans. Au Centre, c'est plutôt une baisse qui semble amorcée: 18,6 entre 25 et 34 ans et 17,8 à 20–24 ans. Au Nord-Est, la baisse était nette jusque dans les générations 30–34 ans, mais la tendance est inversée par la suite. Au Sud, il semble y avoir une baisse dans les générations intermédiaires (20,1 à 40–44 ans et 17,9 à 25–29 ans) et une hausse significative est probablement en train de se produire dans les générations les plus jeunes (18,8 à 20–24 ans).

Les différences inter-ethniques sont importantes. Les Mandingues sont celles qui ont leur premier enfant le plus tôt (18,3 ans), elles sont suivies des Poulars (19,1 ans) et ensuite des Sérers et des Wolofs qui sont à peu près au même niveau (19,7 et 19,8 respectivement). Les Diolas sont celles qui entrent le plus tard dans la vie féconde (21,7 ans). Au niveau des générations, les fluctuations ne permettent pas de dégager une tendance quelconque. Toutefois, les différences au niveau inter-ethnique déjà évoquées se retrouvent pratiquement dans toutes les générations.

3.5 Conclusion

Il ressort de ce qui précède que la fécondité est très précoce et est essentiellement déterminée par la nuptialité (âge au mariage, temps passé en union). La pratique de la contraception efficace étant très faible comme on le verra dans la suite, les facteurs limitants de la fécondité demeurent, en plus des variables de contrôle social (allaitement prolongé, abstinence post-partum, séparation des conjoints...) ceux liés à la physiologie, la mortalité intra-utérine, la stérilité secondaire, etc.

TABLEAU 3.7 AGE MEDIAN A LA PREMIERE NAISSANCE SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME

Variables socio-démographiques	Age actuel						Tous les âges
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu							
Urbain	21,0	20,0	20,2	19,2	18,9	19,2	21,4
Rural	17,9	18,1	18,2	18,5	18,6	19,1	18,6
Région							
Ouest	20,7	19,8	19,6	19,2	18,9	18,7	20,9
Centre	17,8	18,6	18,6	18,7	18,6	19,4	18,9
Nord-Est	18,4	18,1	17,4	17,8	18,4	20,2	18,8
Sud	18,8	17,9	18,9	19,0	20,1	18,3	19,1
Instruction							
Aucune	18,1	18,6	18,4	18,4	18,7	19,0	18,9
Primaire	20,9	19,9	19,9	20,6	21,0	20,0	22,0
Secondaire +	-	21,7	22,8	22,1	21,0	24,5	-
Alphabétisation							
Ne sait pas lire	18,3	18,6	18,5	18,5	18,7	19,0	19,0
Sait lire	23,2	20,8	21,0	21,5	20,8	21,0	24,5
Ethnie							
Wolof	19,0	19,3	19,3	18,6	18,6	19,4	19,8
Poular	18,2	18,5	17,7	18,5	19,1	18,7	19,1
Serer	19,2	19,2	19,3	20,0	18,2	19,5	19,7
Mandingue	18,0	17,5	17,8	17,5	18,5	18,5	18,3
Diola	20,9	20,4	20,1	22,0	20,7	20,2	21,7
Autres	19,5	18,6	18,9	17,8	18,9	19,0	19,5
Toutes les femmes	19,0	19,0	19,0	18,7	18,7	19,2	19,7

En ce qui concerne le calendrier, le niveau et l'évolution, les variables socio-économiques induisent des différences significatives: aux groupes les plus favorisés (urbanisés et/ou éduqués) correspondent des calendriers plus tardifs et des niveaux plus bas et une tendance plus nette à la baisse de la fécondité au cours des dernières années. Malgré cette tendance, la fécondité reste à un niveau élevé. La descendance atteinte à 40–49 ans est de 7,0 enfants par femme et le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme mariée s'établit à 4.

Note:

1 Pour comparer l'indice synthétique de fécondité de cette enquête avec l'ESF de 1978, on a présenté l'indice des femmes de 15–49 ans.

CHAPITRE IV

CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

L'expérience sénégalaise en matière de contraception moderne est très récente. Jusqu'à une date peu lointaine, peu de femmes connaissaient et à fortiori utilisaient la contraception moderne. L'ESF (1978) chiffrait à 23 pour cent et 55 pour cent les pourcentages respectifs de toutes les femmes connaissant au moins une méthode moderne et au moins une méthode traditionnelle. Depuis l'option du gouvernement pour le concept de "bien-être familial" intégrant Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Planification Familiale (PF) en 1980, des changements significatifs sont en train de s'opérer. Aujourd'hui au moins 20 centres de PF publics, dont 7 dans la seule région de Dakar, sont fonctionnels sur l'ensemble du territoire national.

Ces efforts devront être soutenus dans le cadre d'un vaste programme national de Santé Familiale qui vient d'entrer dans sa phase effective. Les résultats de l'EDS pourront donc être mis à profit par ce programme dans son exécution, et lui servir de référence dans son évaluation. Les thèmes abordés dans ce chapitre sont les suivants:

- La connaissance de la contraception et les facteurs différentiels;
- L'acceptation de la contraception;
- La connaissance des sources des méthodes contraceptives connues;
- L'utilisation actuelle et à un moment quelconque de la contraception et les facteurs différentiels;
- Les sources des méthodes contraceptives utilisées selon le secteur (privé, public);
- La perception des problèmes de contraception;
- Les raisons de non utilisation de la contraception;
- L'attitude vis-à-vis de la contraception.

4.1 Connaissance de la contraception

Dans l'EDS, la connaissance de la contraception a été saisie de la manière suivante:

Après avoir fait comprendre à l'enquêtée qu'il existait des méthodes ou des moyens modernes ou traditionnels qu'un couple pouvait utiliser pour retarder ou prévenir une grossesse, on lui demandait si elle connaissait ou si elle avait entendu parler de certains de ces moyens. Si la réponse était oui, on lui demandait de les citer. Chaque méthode citée ainsi était considérée comme connue "spontanément." Lorsque l'enquêtrice s'assure que l'interviewée a déclaré toutes les méthodes ainsi identifiées, elle lui faisait successivement la description de chacune des autres méthodes restantes. Toute méthode reconnue de cette manière était considérée comme connue "après description." Une méthode sera déclarée connue (tout court) si elle a été soit déclarée de

façon spontanée, soit reconnue après description. Pour chaque méthode connue, il est posé à l'enquêtée la question suivante: où iriez-vous pour l'obtenir? Cette dernière question permettait de saisir le degré de connaissance des sources de la contraception. Notons que l'approche utilisée pour mesurer l'indice de la connaissance des méthodes contraceptives a été la même que dans l'ESF (1978).

Pour les besoins de l'analyse, on distinguera, comme il est de tradition, deux catégories de méthodes:

- Les méthodes modernes qui sont composées de la pilule, du stérilet (DIU), de l'injection, des méthodes vaginales, du condom, de la stérilisation féminine et de la stérilisation masculine;
- Les méthodes traditionnelles qui comprennent la continence périodique, le retrait, l'abstinence prolongée,[1] les plantes,[2] les gris-gris[3] et les autres méthodes.

Rappelons que par rapport à l'EDS, l'ESF n'avait pas inclus dans les méthodes modernes l'injection et la stérilisation et avait omis dans les méthodes traditionnelles le retrait. Par contre, elle avait inclus en plus la douche vaginale parmi les méthodes traditionnelles.

Le tableau 4.1 donne les pourcentages de femmes toutes situations matrimoniales confondues et de femmes actuellement en union connaissant une méthode spécifique. Sur l'ensemble des 4415 femmes enquêtées, 90 pour cent ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive. Le pourcentage correspondant était de 60 en 1978, selon l'ESF, soit une augmentation de 50 pour cent.

Des méthodes modernes, la stérilisation féminine et la pilule sont les plus connues (plus d'une femme sur deux). Viennent ensuite le condom et le DIU (plus de 3 femmes sur dix). Plus d'une femme sur quatre a déclaré connaître l'injection. Les méthodes vaginales (11 pour cent) et la stérilisation masculine (4 pour cent) sont les moins connues. Les méthodes modernes sont moins connues des femmes mariées que de l'ensemble des femmes.

Parmi les méthodes traditionnelles, l'abstinence prolongée est la méthode la plus connue. Elle a été citée par environ 8 femmes sur dix. Elle est suivie du gris-gris (65 pour cent des femmes) et des plantes médicinales (27 pour cent des femmes). La continence périodique (19 pour cent) et le retrait (14 pour cent) sont les moins connues. Ces deux dernières méthodes ont été plus citées par le groupe "toutes femmes" que celui des femmes en union. Par contre dans les deux groupes de femmes les pourcentages sont voisins pour les autres méthodes traditionnelles. Cela suggère que le niveau de connaissance est à peu près le même quelle que soit la situation matrimoniale.

Le même tableau montre que la contraception moderne est moins connue des femmes jeunes (15–19 ans) et des femmes âgées (40 ans et plus) que des groupes intermédiaires. La tendance observée pour les méthodes modernes prévaut pour la continence périodique et le retrait. Pour les autres méthodes traditionnelles (abstinence, plantes médicinales et gris-gris), les jeunes (moins de 20 ans) sont moins informées que les autres pour lesquelles le niveau de connaissance est quasi-invariable avec l'âge.

Par rapport à l'ESF, le niveau de connaissance des méthodes modernes a au moins triplé. Par ailleurs, les méthodes ont été plus spontanément citées par les enquêtées qu'en 1978 (comme l'indique le tableau 4.2). S'il n'y avait pas eu description, les niveaux de connaissance observés auraient été au moins une fois et demi moins importants. Au cours des dernières années se sont opérées une augmentation du niveau de la connaissance et probablement une amélioration

TABLEAU 4.1 POURCENTAGE DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL

Age actuel	Pourcentage connaissant au moins une méthode	Pourcentage connaissant au moins une méthode moderne	Méthode												
			Pil.	DIU	Inj.	M.vag	Cond	St.f	St.m	C.pér	Ret.	Abst.	Pl.m	Gris	Autres
							Toutes les femmes								
15-19	74,6	58,3	44,3	22,2	18,5	7,1	28,9	40,0	2,5	15,8	5,6	57,6	17,2	47,9	0,7
20-24	93,1	75,5	60,6	34,6	29,5	14,1	39,9	60,9	4,6	22,7	17.0	79,2	29,2	65,5	0,9
25-29	91,8	72,3	57,3	35,0	32,6	11,1	34,7	60,1	3,7	22,3	17,3	82,3	29,8	72,0	1,3
30-34	95,0	74,8	58,1	39,5	33,5	13,4	35,1	63,9	4,1	20,6	18,9	83,1	31,2	74,4	1,5
35-39	94,0	70,8	55,6	32,5	31,9	10,8	29,6	59,6	4,0	17,9	16,2	84,4	29,4	70,8	1,7
40-44	91,3	65,3	48,0	28,0	25,0	7,7	19,3	56,3	3,3	13,7	11,0	86,0	28,0	69,0	1,3
45-49	92,3	66,4	46,1	26,9	25,8	4,8	18,5	58,7	1,5	15,9	10,3	86,3	29,2	68,6	1,1
Total	89,8	69,2	53,7	31,5	28,0	10,5	31,9	56,0	3,5	19,2	13,9	77,1	26,9	65,2	1,2
ESF 1978[a]	58,9	22,6	19,9	10,4	n	2,5	10,4	n	n	11,9	n	48,6	2,3	22,7	6,5[b]
							Femmes actuellement en union								
15-19	81,9	50,1	33,5	16,1	16,4	4,9	18,1	36,2	1,5	9,6	5,4	70,2	17,9	49,6	0,5
20-24	93,6	72,6	55,7	27,5	26,1	10,4	30,9	59,0	4,0	16,0	13,4	72,0	28,6	64,5	1,0
25-29	91,0	69,4	53,3	30,5	30,1	7,8	28,5	58,4	3,0	18,0	15,5	82,8	30,1	71,1	1,5
30-34	94,6	73,5	56,0	37,6	32,6	12,2	33,3	62,3	4,1	19,0	17,8	82,9	30,1	73,5	1,3
35-39	93,8	69,7	53,7	30,7	30,3	9,1	27,2	57,9	3,6	16,3	14,7	83,7	28,5	69,3	1,6
40-44	91,2	63,4	47,3	26,7	23,1	6,6	17,2	54,2	2,9	11,7	8,8	86,1	27,2	67,8	1,5
45-49	91,6	64,9	43,8	24,7	23,9	4,4	15,9	57,4	1,2	14,3	8,8	85,7	28,7	67,3	1,2
Total	91,5	67,6	50,7	28,7	27,2	8,6	26,5	56,0	3,2	15,8	13,1	81,7	27,8	66,8	1,2

n = Pas d'information sur la méthode

[a]Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. II, p. 266, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

[b]Dans 'Autres', on a inclus Douche Vaginale avec un pourcentage de 4,5%.

qualitative de celle-ci. Ces changements sont essentiellement imputables à la campagne de sensibilisation et d'information entreprise au cours de cette période. A cela s'ajoute la plus grande réceptivité de l'échantillon de l'EDS: relativement plus jeune, plus urbanisé et plus instruit.

TABLEAU 4.2 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT DECLARE CONNAITRE UNE METHODE SPECIFIQUE SELON LA NATURE DE LA CONNAISSANCE ET L'AGE ACTUEL

	Méthode													
	Pilule		DIU		Injection		Méth.vag.		Condom		St.Fém.		St.Masc.	
Age actuel	Spon	Desc	Spon	Desc	Spon	Desc	Spon	Desc	Spon	Desc	Spon	Desc	Spon	Desc
15-19	15,6	28,8	4,4	17,7	2,5	15,9	2,5	4,6	3,4	25,5	0,6	39,4	0,1	2,2
20-24	26,0	34,5	9,4	25,3	5,0	24,5	4,1	9,9	6,0	33,9	2,0	58,9	0,1	4,5
25-29	25,1	32,2	11,5	23,3	6,8	25,8	4,9	6,2	5,4	29,4	1,1	59,1	0,1	3,5
30-34	26,7	31,4	16,6	22,9	8,2	25,3	3,8	9,6	5,3	29,7	3,0	60,8	0,2	4,0
35-39	22,1	33,5	12,5	20,0	6,9	24,8	4,0	6,9	3,5	26,0	4,0	55,6	0,6	3,3
40-44	19,7	28,3	7,7	20,3	4,0	21,0	1,3	6,3	3,3	16,0	5,7	50,7	-	3,3
45-49	17,0	29,2	5,9	21,0	3,3	22,5	1,1	3,7	0,7	17,7	1,5	57,2	-	1,5
Total	22,2	31,5	5,8	21,7	5,3	22,6	3,5	7,0	4,4	27,5	2,1	53,9	0,2	3,3
ESF, 1978*	9,0	10,9	2,7	7,7	n	n	0,4	2,1	1,1	9,3	n	n	n	n

n = Pas d'information sur la méthode

*Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. I, p. 135, et Vol. II, p. 266, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

Le pourcentage de femmes en union (tableau 4.3) connaissant une méthode de contraception moderne est au niveau le plus bas chez les femmes ayant zéro ou un enfant vivant (57 et 63 pour cent respectivement). A deux enfants ou plus, ce pourcentage se stabilise au tour de 70. Cette relation, au demeurant plausible, s'explique par la correlation positive entre l'âge et le nombre d'enfants.

L'urbanisation apparait comme un facteur favorable à la connaissance des méthodes modernes. En effet, le tableau 4.3 montre que, quel que soit le nombre d'enfants vivants, les méthodes modernes sont 1,5 fois plus connues en milieu urbain qu'en milieu rural. Par contre, les méthodes traditionnelles sont 3 fois plus connues des femmes rurales que des urbaines.

De même, l'éducation influe favorablement sur le niveau de connaissance des méthodes modernes. Les pourcentages correspondant aux différents niveaux d'instruction sont: 64 pour les sans instruction, 87 pour le primaire et 97 pour le niveau secondaire ou plus. Cette tendance se

TABLEAU 4.3 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Nombre d'enfants vivants							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
Milieu								
Urbain								
Moderne	78,9	87,2	86,6	89,4	89,1	93,6	88,0	87,5
Traditionnelle	11,7	11,0	9,5	8,8	9,4	3,7	8,5	9,1
Rural								
Moderne	47,8	56,1	62,2	60,4	61,0	58,2	60,8	58,1
Traditionnelle	30,1	30,3	30,8	32,1	31,2	32,1	30,4	30,9
Région								
Ouest								
Moderne	80,0	86,2	85,6	85,7	86,8	82,2	88,4	85,4
Traditionnelle	10,8	10,5	10,1	10,3	10,1	10,2	5,6	9,4
Centre								
Moderne	54,9	69,8	75,5	69,6	72,8	76,4	73,1	70,1
Traditionnelle	22,2	69,8	18,8	69,6	21,1	26,8	24,0	21,8
Nord-Est								
Moderne	31,1	38,2	35,1	43,7	40,0	41,9	42,4	38,6
Traditionnelle	40,0	42,1	54,1	42,3	46,2	44,2	44,6	44,5
Sud								
Moderne	54,2	44,3	51,9	51,1	53,2	52,6	64,4	53,3
Traditionnelle	34,7	42,9	41,8	45,6	43,6	36,8	27,4	39,0
Ethnie								
Wolof								
Moderne	61,3	76,8	85,5	78,3	77,1	85,2	85,0	79,1
Traditionnelle	17,6	16,1	10,5	17,7	16,3	9,9	11,2	14,1
Poular								
Moderne	48,3	49,0	47,4	52,4	52,0	62,7	52,5	50,8
Traditionnelle	31,3	40,1	44,9	42,9	40,8	30,5	40,0	38,2
Serer								
Moderne	69,6	72,4	82,7	75,5	82,4	51,2	75,3	74,2
Traditionnelle	14,3	16,1	12,0	16,0	13,2	39,5	14,3	16,6
Mandingue								
Moderne	69,2	54,6	65,2	66,7	50,0	64,7	60,0	61,9
Traditionnelle	23,1	22,7	26,1	24,2	40,9	23,5	24,0	26,2
Diola								
Moderne	71,4	*	79,2	76,9	86,4	*	87,9	81,4
Traditionnelle	19,1	*	20,8	15,4	13,6	*	12,1	15,4
Autres								
Moderne	42,3	52,1	52,9	48,0	54,8	42,9	47,6	49,1
Traditionnelle	40,4	33,8	35,3	44,0	40,1	42,9	40,5	39,0

TABLEAU 4.3 (suite)

Variables socio-démographiques	Nombre d'enfants vivants							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Education								
Aucune								
Moderne	54,7	62,4	64,4	64,8	64,7	68,1	69,2	64,0
Traditionnelle	26,1	26,8	28,6	28,5	28,3	24,5	23,7	26,7
Primaire								
Moderne	65,9	75,5	92,4	95,7	95,6	90,5	91,8	86,9
Traditionnelle	17,1	17,0	4,6	4,4	4,4	0,0	4,1	7,8
Secondaire +								
Moderne	*	92,9	100,0	95,0	100,0	*	*	97,3
Traditionnelle	*	3,6	0,0	5,0	0,0	*	*	2,0
Alphabétisation								
Analphabète								
Moderne	54,9	61,7	64,8	65,2	65,5	67,8	69,3	64,0
Traditionnelle	26,0	27,1	28,1	28,3	27,8	24,5	23,4	26,6
Alphabétisée								
Moderne	81,3	89,7	98,8	100,0	98,0	96,9	93,8	94,9
Traditionnelle	9,4	7,4	1,2	0,0	2,0	0,0	4,7	3,3
Total								
Moderne	56,8	65,1	70,1	69,1	69,3	70,8	72,3	67,6
Traditionnelle	24,8	24,7	23,9	25,1	24,8	22,0	21,1	23,8

*Moins de 20 femmes

maintient même après la prise en compte du nombre d'enfants survivants. Aussi bien chez les femmes du niveau primaire que chez celles sans instruction, il y a une nette hausse du degré de connaissance entre 0 et 3 enfants. Par contre, le niveau de connaissance des méthodes traditionnelles diminue avec le niveau d'éducation. Pour l'alphabétisation, il y a aussi une corrélation positive entre cette variable et la connaissance de la contraception.

L'analyse des données selon le groupe ethnique montre que les Diolas sont les plus nombreuses à connaître la contraception aussi bien pour l'ensemble qu'à nombre d'enfants donné sauf pour trois enfants. Pour les méthodes modernes, les Diolas sont les plus informées (81 pour cent). Elles sont suivies dans l'ordre décroissant par les Wolofs (79 pour cent), les Sérers (74 pour cent), les Mandingues (62 pour cent) et les Poulars (51 pour cent). Bien que la tendance générale soit à la hausse, les pourcentages fluctuent de façon assez sensible avec le nombre d'enfants. Il demeure néanmoins, que les pourcentages les plus faibles à un enfant ou plus sont enregistrés chez les

Poulars et les Mandingues. La situation assez particulière des femmes sans enfants vivants mérite d'être évoquée. En effet, les Wolofs qui font partie des plus informées ont le pourcentage le plus faible (61 pour cent) après les Poulars (46 pour cent). Par contre, les Mandingues qui sont de la catégorie de faible niveau de connaissance (Mandingues et Poulars), ont le pourcentage le plus fort (76 pour cent) de toutes les ethnies.

Pour les méthodes traditionnelles, les Poulars sont en tête (39 pour cent). Viennent ensuite les Mandingues (26 pour cent), puis les Sérers (16 pour cent), les Diolas (15 pour cent) et les Wolofs (14 pour cent). Ces derniers groupes ethniques constituent une catégorie à plus faible niveau de connaissance. La même tendance se maintient après contrôle du nombre d'enfants. Malgré les fluctuations, il y a une certaine tendance à la hausse avec le nombre d'enfants chez les Poulars et les Mandingues, tandis que chez les autres ethnies c'est la situation inverse.

4.2 Perception des problèmes de contraception

A chaque femme et pour toute méthode spécifique déclarée connue (sauf le retrait et l'abstinence), il était posé la question suivante: "Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant cette méthode?"

Le tableau 4.4 donne la répartition des femmes selon leur perception des problèmes de contraception pour chaque méthode déclarée connue.

TABLEAU 4.4 REPARTITION (EN %) DES FEMMES SELON LE PRINCIPAL PROBLEME PERCU EN UTILISANT DES METHODES SPECIFIQUES ET LA METHODE CONNUE PAR LA FEMME

	Méthodes									
Principal problème perçu	Pilule	DIU	Injec.	M.vag	Cond	St.f	St.m	C.pér	Plantes médic.	Gris-gris
Aucun	24,0	29,1	29,5	37,1	22,9	45,2	30,7	44,9	19,8	27,6
Accès	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,7	1,0	0,4	0,1
Coût	0,1	0,2	0,2	0,2	-	0,0	-	-	0,3	0,1
Effets secondaires	19,8	21,0	14,2	11,2	6,1	9,1	15,0	6,4	18,4	16,8
Méthode inefficace	4,2	4,5	2,0	6,9	21,5	0,7	-	13,1	12,1	14,8
Opposition du mari	0,6	0,4	0,4	-	0,7	0,7	-	0,6	1,2	1,0
Autre	5,6	4,2	5,1	7,3	6,9	8,9	15,7	5,4	15,6	11,0
NSP	45,5	40,5	48,4	37,1	41,7	35,3	37,9	28,6	32,2	28,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Non déclarée	8	5	11	-	9	7	-	9	14	38
Effectif	2371	1389	1233	464	1410	2472	152	847	1178	2876

Pour toutes les méthodes moins de 1 pour cent des femmes ont cité l'accès ou la disponibilité, le coût ou l'opposition du mari comme problèmes majeurs pour l'utilisation de la contraception.

Par contre, un nombre important de femmes ont déclaré que les effets secondaires constituent le problème majeur quand on utilise certaines méthodes: pilule (20 pour cent des femmes), DIU (21 pour cent), injection (14 pour cent), méthodes vaginales (11 pour cent). La stérilisation féminine, le condom et la continence périodique sont les moins cités pour leurs effets secondaires (10 et 6 pour cent respectivement). Entre 16 et 18 pour cent des femmes mettent les extraits de plantes médicinales et les gris-gris dans cette catégorie (des méthodes à effets secondaires). En ce qui concerne l'efficacité du contraceptif, les méthodes modernes sauf le condom (21 pour cent) ont été moins souvent mises en doute. L'injection est la méthode qui a été jugée le moins inefficace (2 pour cent), elle est suivie de la pilule et du DIU (4 pour cent) et des méthodes vaginales (7 pour cent). Pour les méthodes traditionnelles, les pourcentages varient entre 12 et 15 pour cent. Les aspects concernant l'efficacité et les effets secondaires font partie des éléments les plus déterminants dans l'acceptabilité de la contraception et le choix de la méthode. Pour les méthodes modernes, entre 23 pour cent (condom) et 45 pour cent (stérilisation féminine) des femmes estiment qu'aucun problème ne se pose dans leur utilisation. La continence périodique est la méthode traditionnelle la plus souvent classée dans la catégorie "aucun problème."

Beaucoup de femmes (37 pour cent) ont déclaré ne pas savoir le problème que pose l'utilisation des méthodes modernes. Ces cas sont un peu moins fréquents avec les méthodes traditionnelles.

4.3 Degré de connaissance des sources des méthodes connues

D'une façon générale, lorsqu'une méthode est connue, sa source l'est aussi (tableau 4.5). Sauf pour la pilule et le condom, plus de 80 pour cent des femmes (soit 4 femmes sur cinq) ont déclaré connaître une source à laquelle elles iraient si elles voulaient obtenir chaque méthode qu'elles ont déclaré connaître. Pour la stérilisation féminine et la continence périodique, ces chiffres atteignent respectivement 89 et 92 pour cent.

Pour les méthodes cliniques, le secteur public, les hôpitaux en particulier, est la source à laquelle les femmes auraient le plus souvent recours en cas de besoin (plus de 2 femmes sur 3). Les services spécialisés pour la planification familiale (CPF, PMI, centre de santé et dispensaires) auraient recueilli moins de clientes que les hôpitaux. En ce qui concerne les méthodes d'approvisionnement, environ une femme sur deux s'adresserait au secteur privé, surtout les pharmacies pour les méthodes vaginales et le condom, tandis que pour la pilule moins d'une femme sur trois aurait recours à cette source. Les cliniques et cabinets médicaux ont été les moins cités de toutes les sources spécifiques comme recours.

4.4 Utilisation à un moment quelconque

Le tableau 4.6 donne les pourcentages de femmes qui ont utilisé au moins une méthode contraceptive. Si on se réfère à la population totale du sous-groupe (toutes femmes ou femmes en union), on constate que les niveaux de l'utilisation des moyens modernes bien qu'ils aient progressé depuis 1978 (1 pour cent), restent toujours bas (6 pour cent). Pour les méthodes modernes, la plus utilisée est la pilule (4 pour cent). Pour les autres méthodes, les pourcentages n'atteignent pas 2 pour cent. Sur les 4415 femmes, 26 pour cent ont déclaré avoir utilisé seulement une méthode traditionnelle. Parmi les moyens traditionnels, l'abstinence prolongée a été la

plus utilisée (24 pour cent), tandis que pour les autres méthodes le degré d'utilisation varie entre 0,4 pour cent (plantes médicinales) et 4 pour cent (gris-gris). Entre les femmes en union et l'ensemble, les écarts sont très faibles, sauf pour l'abstinence à laquelle les femmes en union ont naturellement plus fait recours.

TABLEAU 4.5 REPARTITION (EN %) DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA SOURCE A LAQUELLE ELLES IRAIENT EN CAS DE BESOIN

	Méthodes									
Source	Pilule	DIU	Injec.	M.vag	Cond	St.f	St.m	C.pér	Plantes Médic.	Gris-gris
Secteur public	41,1	70,9	67,3	35,6	14,0	80,1	76,5	23,3	0,7	0,3
Hôpital	23,2	41,0	45,5	15,3	6,4	77,3	75,1	8,0	0,4	0,2
CS,DISP, CPF	9,7	14,8	12,5	9,5	2,6	2,4	0,7	9,0	0,3	0,1
PMI	8,1	15,0	9,3	10,8	5,0	0,4	0,7	6,3	-	-
Secteur privé	28,3	10,7	14,1	47,4	55,8	8,4	7,2	58,6	0,1	0,1
Clinique										
Cab.privé	3,2	7,5	4,9	2,6	0,6	8,0	5,9	1,8	0,1	0,0
Pharm.	25,1	3,2	9,2	44,8	55,2	0,4	1,3	56,8	-	0,1
Autres	2,2	0,5	1,1	2,6	1,9	0,6	1,3	15,9	86,1	91,1
NSP	28,5	17,9	17,5	14,4	28,3	10,9	15,0	2,2	13,1	8,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	2371	1389	1233	464	1410	2472	153	847	1179	2876

CS = Centre de Santé
CPF = Centre de Planification Familiale
PMI = Protection Maternelle et Infantile
DISP = Dispensaire

Le classement des données selon l'âge révèle que, comme pour la connaissance, les générations jeunes (moins de 25 ans) et âgées (plus de 40 ans) ont utilisé la pilule et le DIU moins que les femmes d'âge intermédiaire (25–39 ans). Les plus grandes utilisatrices du condom sont relativement plus jeunes (20–34 ans). Les autres méthodes modernes sont faiblement utilisées à tous les âges.

TABLEAU 4.6 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL

Age actuel	Pourcentage ayant utilisé au moins une méthode	Pourcentage ayant utilisé au moins une méthode moderne	Méthode												
			Pil	DIU	Inj	M.vag	Cond	St.f	St.m	C.pér	Ret.	Abst.	Pl.m	Gris	Autres
							Toutes les femmes								
15-19	11,5	1,1	0,7	-	-	0,2	0,6	0,2	-	1,4	0,5	9,5	0,1	0,6	0,1
20-24	32,0	5,4	2,0	0,6	0,2	1,1	3,0	-	-	4,0	1,8	23,4	0,4	3,5	0,1
25-29	40,6	7,4	5,1	1,2	0,5	0,6	2,0	-	-	5,6	2,0	28,7	0,7	5,6	0,4
30-34	39,5	9,8	6,6	2,9	0,5	1,7	2,4	0,2	-	5,3	1,8	25,6	0,9	6,9	0,5
35-39	44,6	10,4	7,7	3,3	0,2	1,5	1,0	0,8	-	4,4	2,1	31,9	-	7,3	0,2
40-44	37,6	6,3	4,0	1,3	0,3	-	1,3	0,3	-	2,3	0,3	29,3	0,3	4,7	0,7
45-49	39,9	6,3	4,4	1,1	1,1	0,4	0,4	0,7	-	3,6	0,7	31,4	-	4,1	0,7
Total	32,6	6,3	3,9	1,3	0,3	0,8	1,7	0,2	-	3,8	1,4	23,5	0,4	4,3	0,3
ESF 1978[a]	9,9	1,0	0,7	0,2	0,4	0,1	0,2	n	n	1,2	n	7,3	1,1	0,0	0,4[b]
							Femmes actuellement en union								
15-19	24,0	1,5	0,7	-	-	-	0,5	0,2	-	1,5	0,5	20,5	-	1,2	0,2
20-24	37,6	3,8	1,9	0,5	0,3	0,9	2,0	-	-	4,0	1,7	30,4	0,5	3,8	0,2
25-29	40,6	5,4	3,2	1,2	0,4	0,6	1,7	-	-	3,9	1,8	31,4	0,7	5,7	0,4
30-34	39,5	8,9	6,3	2,6	0,5	1,6	2,1	0,2	-	4,9	1,0	26,9	0,7	6,6	0,3
35-39	44,1	9,1	6,5	3,1	0,2	1,3	0,9	0,7	-	4,0	1,6	31,8	-	7,3	-
40-44	38,1	6,2	4,0	1,5	0,4	-	1,1	0,4	-	1,1	0,4	30,4	0,4	3,7	0,7
45-49	38,7	4,4	2,8	1,2	0,8	0,4	0,4	0,8	-	1,2	0,8	31,1	-	2,8	0,4
Total	37,9	5,7	3,5	1,5	0,4	0,8	1,4	0,2	-	3,4	1,2	29,0	0,4	4,8	0,2
ESF 1978[a]	11,0	1,0	0,7	0,2	n	0,1	0,2	n	n	1,2	n	8,2	1,1	0,0	0,4[b]

n = Pas d'information sur la méthode

[a]Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. II, p. 274-275, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

[b]Dans 'Autres', on a inclus Douche Vaginale avec un pourcentage de 0,4.

Pour la continence périodique et le retrait, les plus faibles pourcentages sont observés à 15–19 ans et à 40 ans et plus. Les pourcentages d'utilisatrices de l'abstinence prolongée et des gris-gris varient peu au delà de 20 ans. Pour chacune des méthodes, (modernes ou traditionnelles) aussi bien pour toutes les femmes que pour les femmes en union, les pourcentages les plus faibles sont enregistrés dans le groupe 15–19 ans dont la plupart sont célibataires ou viennent d'entrer en union.

La propension à utiliser une méthode (rapport entre le nombre de femmes ayant utilisé une méthode et le nombre de femmes ayant déclaré la connaître) est plus importante pour les femmes en union et pour les méthodes traditionnelles. Les méthodes vaginales, la pilule et le condom sont, dans l'ordre décroissant, les méthodes modernes pour lesquelles cet indice est le plus élevé (5 à 7 pour cent). A 40–49 ans où toutes les femmes sont non-célibataires (avec 92 pour cent de mariées), la propension est beaucoup plus forte chez celles qui sont en union que chez les autres.

Parmi les méthodes traditionnelles, les propensions les plus élevées observées pour l'abstinence (30 pour cent), suivie de la continence périodique (20 pour cent), du retrait (10 pour cent) et des gris-gris (7 pour cent). La forte proportion observée pour l'abstinence doit être interprétée avec prudence. En effet, d'après la définition retenue dans l'enquête, toute femme s'étant abstenue volontairement de relations sexuelles après la période postpartum, par coutume ou pour d'autres raisons est considérée comme ayant utilisé la méthode dès lors que l'effet est de nature contraceptive.

Malgré cette faible tendance des femmes à faire usage de la contraception, les niveaux ont fortement progressé par rapport à l'ESF de 1978 aussi bien pour les méthodes modernes (6 fois plus) que pour les méthodes traditionnelles (plus de 2 fois plus). Cependant les plus grandes utilisatrices restent toujours les femmes d'âge intermédiaire (25–39 ans ou 20–39 ans).

4.5 Utilisation actuelle de la contraception

Dans l'EDS, l'utilisation actuelle désigne la pratique d'une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête par les femmes de 15–49 ans interrogées. Le pourcentage d'utilisatrices actuelles est le taux de prévalence contraceptive.

Le tableau 4.7 donne les pourcentages des femmes toutes situations matrimoniales confondues et ceux des femmes en union utilisant une méthode contraceptive spécifique au moment de l'enquête. Moins de 12 pour cent (11,3 pour cent) des femmes en union utilisent une méthode quelconque de contraception et 2,4 pour cent seulement d'entre elles recourent à des méthodes modernes. En 1978, la prévalence était de 3,9 pour cent. Le moyen contraceptif moderne le plus commun est la pilule (1,2 pour cent). Partout ailleurs, le degré d'utilisation actuelle est inférieur à 1 pour cent. Pour les méthodes traditionnelles, les niveaux sont du même ordre de grandeur que pour les moyens modernes, sauf pour l'abstinence prolongée où l'utilisation atteint 6,7 pour cent pour les femmes en union. Si on ne tient pas compte de cette méthode dont la définition reste vague, le taux de prévalence contraceptive sera seulement de 4,6 pour cent, contre 1,3 pour cent en 1978, selon l'ESF. Dans l'intervalle de huit ans, la prévalence contraceptive a au moins triplé (graphique 4.1).

TABLEAU 4.7 REPARTITION (EN%) DES FEMMES UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SPECIFIQUE SELON L'AGE ACTUEL

Age actuel	Pourcentage utilisant actuellement une méthode quelconque	Pourcentage utilisant une méthode moderne	Méthode												N'utilisant pas actuellement	Total	Effectif
			Pil	DIU	Inj	M.Vag	Cond	St.f	Trad.	C.pér	Ret.	Abst.	Pl.m	Gris			
								Toutes les femmes									
15-19	5,1	0,6	0,2	-	-	0,1	-	0,3	4,5	0,5	0,2	3,5	-	0,3	94,9	100,0	975
20-24	10,1	2,0	1,2	0,2	0,1	0,3	0,2	-	8,1	0,6	0,2	5,9	0,2	1,2	89,9	100,0	895
25-29	14,0	3,6	2,3	0,8	0,2	0,1	0,2	-	10,4	1,6	0,1	7,0	-	1,7	86,0	100,0	838
30-34	13,1	5,1	2,7	1,7	-	0,2	0,3	0,2	8,0	1,2	-	5,3	-	1,5	86,9	100,0	656
35-39	13,2	4,0	1,9	1,3	-	-	-	0,8	9,2	1,3	0,2	6,7	-	1,0	86,8	100,0	480
40-44	7,9	0,9	0,3	0,3	-	-	-	0,3	7,0	1,3	-	4,7	-	1,0	92,1	100,0	300
45-49	4,4	2,2	1,5	-	-	-	-	0,7	2,2	-	-	1,8	-	0,4	95,6	100,0	271
Total	10,0	2,6	1,5	0,6	0,1	0,1	0,1	0,2	7,4	0,9	0,1	5,3	0,0	1,1	90,0	100,0	4415
								Femmes actuellement en union									
15-19	9,4	0,4	0,2	-	-	-	-	0,2	9,0	0,7	-	7,6	-	0,7	90,6	100,0	409
20-24	10,9	0,9	0,5	0,2	0,2	-	-	-	10,0	0,6	0,3	7,6	0,3	1,2	89,1	100,0	654
25-29	13,2	2,3	1,2	0,8	0,1	0,1	0,1	-	10,9	1,0	0,1	8,0	-	1,8	86,8	100,0	722
30-34	13,2	4,9	2,5	1,8	-	0,2	0,2	0,2	8,3	1,2	-	5,8	-	1,3	86,8	100,0	607
35-39	13,3	3,8	1,8	1,3	-	-	-	0,7	9,5	1,3	-	7,1	-	1,1	86,7	100,0	449
40-44	12,4	1,2	0,4	0,4	-	-	-	0,4	11,2	1,1	-	5,1	-	5,0	87,6	100,0	273
45-49	4,4	2,4	1,6	-	-	-	-	0,8	2,0	-	-	1,6	-	0,4	95,6	100,0	251
Total ESF	11,3	2,4	1,2	0,7	0,1	0,1	0,1	0,2	9,0	0,9	0,1	6,7	0,1	1,2	86,6	100,0	3365
1978*	3,9	0,6	0,3	0,2	n	0,0	0,1	n	3,3	0,4	n	2,6	0,3	0,0	96,1	100,0	3298

Notes: Les données de l'ESF sont rapportées aux femmes actuellement en union pour qu'elles soient comparables avec les données de cette enquête.

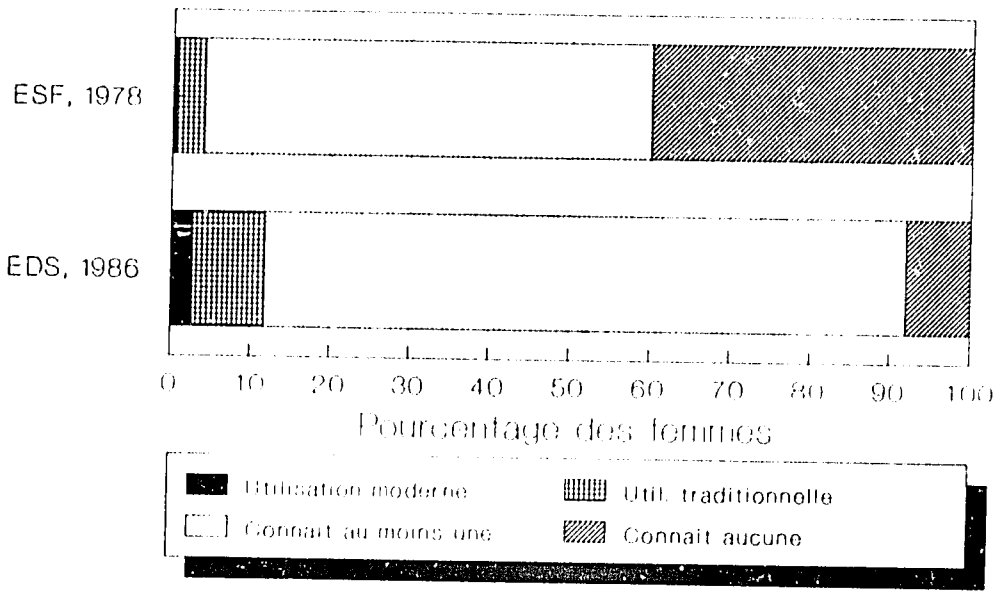
n = Pas d'information sur la méthode

*Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. II, p. 281, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

Graphique 4.1

Connaissance et Utilisation Actuelle des Méthodes Contraceptives

(Femmes actuellement mariées)



L'analyse des données selon l'âge montre que les pourcentages les plus importants sont observés entre 25 et 39 ans. Sauf pour l'abstinence pour laquelle la prévalence varie moins avec l'âge chez les femmes mariées que dans le groupe "toutes femmes," les tendances sont les mêmes dans les deux catégories.

Le tableau 4.8 donne la prévalence contraceptive moderne et traditionnelle selon le nombre d'enfants vivants et les variables socio-démographiques. L'impact du nombre d'enfants sur l'utilisation actuelle de la contraception est très nette entre les femmes sans enfant et celles ayant un enfant ou plus quelle que soit la caractéristique socio-démographique étudiée.

Par milieu de residence, les méthodes modernes sont presque exclusivement utilisées en milieu urbain et en particulier parmi les femmes ayant 2 enfants vivants ou plus (8 à 10 pour cent). Seulement 1 femme sur 100 n'ayant pas d'enfants vivants fait usage d'une contraception moderne et 4 sur 100 chez celles ayant un enfant. Par contre l'utilisation des méthodes traditionnelles a des niveaux comparables dans les deux zones bien qu'elle soit plus importante en zone rurale (10 pour cent) qu'en zone urbaine (8 pour cent). Comme pour les méthodes modernes, les niveaux les plus bas sont enregistrés chez les femmes sans enfants vivants (rural 1 pour cent, urbain 3 pour cent). C'est pour cette seule catégorie de femmes que les méthodes traditionnelles sont plus utilisées en zone urbaine. A un enfant ou plus, le niveau se stabilise à environ 10 pour cent dans les campagnes, alors qu'il est le plus fort entre 1 et 4 enfants dans les villes (8 à 10 pour cent).

L'éducation et l'alphabétisation influent aussi favorablement sur l'utilisation actuelle des méthodes modernes. Pour l'ensemble des femmes en union, la prévalence passe de 1 pour cent chez les femmes sans instruction à 6 pour cent chez celles avec une éducation primaire et 22 pour

TABLEAU 4.8 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Nombre d'enfants vivants							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu								
Urbain								
Moderne	0,8	3,7	8,9	6,9	7,8	5,5	10,3	6,7
Traditionnelle	2,3	8,5	8,9	10,0	8,6	5,5	7,1	7,5
Rural								
Moderne	0,0	0,3	0,3	0,8	0,0	0,5	0,3	0,3
Traditionnelle	0,6	11,4	10,5	11,0	10,1	11,2	11,8	9,6
Région								
Ouest								
Moderne	0,0	4,0	7,5	6,9	5,4	3,4	8,1	5,5
Traditionnelle	1,7	7,2	8,0	5,7	9,3	6,8	5,6	6,4
Centre								
Moderne	0,6	0,0	0,5	0,5	0,6	1,0	1,2	0,6
Traditionnelle	1,2	7,1	5,3	8,2	3,9	3,8	9,6	5,9
Nord-Est								
Moderne	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	2,3	1,1	0,6
Traditionnelle	1,1	10,3	9,5	8,5	10,8	11,6	7,6	8,1
Sud								
Moderne	0,0	0,0	2,5	1,5	3,2	2,6	6,9	2,4
Traditionnelle	0,0	30,0	27,9	33,8	25,8	29,0	24,7	24,0
Ethnie								
Wolof								
Moderne	0,0	0,9	3,6	2,7	2,7	2,8	6,0	2,8
Traditionnelle	0,7	4,0	5,0	6,2	5,4	4,9	7,7	5,1
Poular								
Moderne	0,0	2,0	3,6	1,0	0,0	0,0	3,3	1,2
Traditionnelle	1,4	17,7	16,0	15,2	9,2	13,6	13,3	12,3
Serer								
Moderne	0,0	1,1	2,7	4,3	2,9	0,0	2,6	2,2
Traditionnelle	1,8	8,1	4,0	4,3	7,4	2,3	2,6	4,6
Mandingue								
Moderne	0,0	4,6	4,4	3,0	0,0	5,9	4,0	3,0
Traditionnelle	0,0	13,6	21,7	30,3	36,4	17,7	20,0	20,2
Diola								
Moderne	4,8	*	0,0	3,9	9,1	*	6,1	4,5
Traditionnelle	4,8	*	29,2	11,5	13,6	*	24,2	18,6
Autres								
Moderne	0,0	0,0	7,8	2,0	2,4	3,6	2,4	2,4
Traditionnelle	0,0	16,9	7,8	20,0	16,7	17,9	7,1	12,2

TABLEAU 4.8 (suite)

Variables socio-démographiques	Nombre d'enfants vivants							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Education								
Aucune								
Moderne	0,3	0,6	0,9	1,3	0,8	0,4	2,2	1,0
Traditionnelle	0,5	10,7	10,3	9,5	9,4	9,5	10,6	8,8
Primaire								
Moderne	0,0	0,0	3,0	6,5	2,2	14,3	20,4	5,9
Traditionnelle	4,9	11,3	7,6	19,6	11,1	0,0	4,1	9,0
Secondaire +								
Moderne	*	14,3	30,6	20,0	30,0	*	*	22,2
Traditionnelle	*	7,1	11,1	16,0	10,0	*	*	10,7
Alphabétisation								
Analphabète								
Moderne	0,2	0,6	0,4	1,3	0,8	0,4	1,9	0,8
Traditionnelle	0,5	10,4	10,4	9,7	9,9	9,5	10,3	8,8
Alphabétisée								
Moderne	0,0	5,9	17,4	13,3	13,7	18,8	23,4	14,0
Traditionnelle	9,4	11,8	8,1	18,3	7,8	6,3	6,3	9,9
Total								
Moderne	0,2	1,2	3,1	2,6	2,3	2,3	4,5	2,4
Traditionnelle	1,1	10,6	10,0	10,7	9,6	9,2	9,8	9,9

*Moins de 20 femmes

cent chez les femmes qui ont une instruction secondaire ou plus. Pour les méthodes traditionnelles, les différences sont beaucoup moins prononcées.

Par région, la prévalence des moyens modernes la plus élevée quelle que soit la taille de la famille se trouve à l'Ouest (6 pour cent) suivi du Sud (2 pour cent). La prévalence dans chacune des deux autres régions est de 0,6 pour cent seulement. Pour la contraception traditionnelle, c'est le Sud qui vient en tête (24 pour cent), suivi de loin par le Nord-Est (8 pour cent). L'Ouest (6 pour cent) et le Centre (6 pour cent) ont les taux d'utilisation des moyens traditionnels les plus faibles.

Au niveau ethnique, les Diolas, les Mandingues et les Wolofs sont les plus nombreuses à utiliser la contraception moderne. Pour les méthodes traditionnelles, ce sont les Mandingues, les Diolas et les Poulars qui les utilisent le plus. Les Sérers semblent être le groupe ethnique qui utilise le moins les méthodes contraceptives (modernes ou traditionnelles).

TABLEAU 4.9 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES UTILISANT LA CONTRACEPTION PAR METHODE SPECIFIQUE ET PAR PAYS

TABLEAU 4.9 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES UTILISANT LA CONTRACEPTION PAR METHODE SPECIFIQUE ET PAR PAYS

Pays	Année de l'Enquête	Source	Pilule	DIU	Stérilisation	Total	Rang
Thailande	1981	EPC	19,0	4,2	22,6	45,8	1
République Dominicaine[1]	1986	EDS	9,0	3,0	33,0	45,0	2
Colombie[1]	1986	EDS	16,5	10,3	17,8	44,6	3
Corée du Sud	1979	EPC	7,2	9,6	20,4	37,2	4
Tunisie*	1983	EPC	5,3	13,2	12,5	31,0	5
Indonésie* (régional)	1982	EPC	21,0	8,0	0,7	29,7	6
Egypte*	1980	EMF	19,0	5,0	0,3	24,3	7
Malaisie*	1974	EMF	19,0	0,6	4,6	24,2	8
Maroc*	1983-84	EPC	16,8	2,0	1,7	20,5	9
Jordanie*	1976	EMF	15,1	2,7	2,4	20,3	10
Sri Lanka	1982	EPC	2,6	4,7	9,9	17,2	11
Syrie*	1978	EMF	15,0	0,6	0,5	16,1	12
Philippines	1978	EMF	6,0	3,0	6,0	15,0	13
Pérou	1981	EPC	5,0	4,0	4,0	13,0	14
Népal	1981	EPC	1,1	0,1	5,2	6,4	15
Bangladesh*	1981	EPC	2,7	0,2	3,4	6,3	16
Libéria[1]	1986	EDS	1,2	0,7	0,2	2,1	17
Soudan (Nord)*	1979	EMF	3,5	0,1	0,2	3,8	18
Pakistan*	1975	EMF	1,3	0,9	1,4	3,6	19
Kenya	1978	EMF	2,0	0,7	0,9	3,6	20
Haïti	1983	EPC	2,2	0,2	0,7	3,1	21
Sénégal*	1986	EDS	1,2	0,7	0,2	2,1	22
Burundi[1]	1987	EDS	0,2	0,3	0,1	0,6	23
Côte d'Ivoire[2]	1980	EMF	0,4	0,1	0,0	0,5	24
Bénin[2]	1982	EMF	0,2	0,2	0,0	0,4	25
Cameroun[2]	1978	EMF	0,2	0,2	0,0	0,4	26
Mauritanie*	1981	EMF	0	0	0,2	0,2	27

EDS = Enquêtes Démographiques et de Santé
EPC = Enquêtes de Prévalence Contraceptive
EMF = Enquête Mondiale sur la Fécondité
*Pays musulman
[1]Rapports préliminaires
[2]Rapports nationaux

Source: Mohamed Ayad et Younès Zoughlami, Fécondité et Planification Familiale en Tunisie, 1983, Rapport sur les Résultats de l'Enquête de Prévalence de la Contraception, p.91, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, juillet 1985.

Enfin, le tableau 4.9 donne le taux de prévalence contraceptive de trois méthodes modernes (pilule, DIU et stérilisation) pour 26 pays en développement. Avec un pourcentage de 2,1, le Sénégal se classe en bas du tableau avec les pays africains qui n'ont pratiquement pas de programme officiel de planification familiale.

4.6 Source des méthodes contraceptives

Les femmes utilisant actuellement la contraception moderne ont été interrogées sur les lieux où elles ont obtenu leur méthode la dernière fois. Le tableau 4.10 montre que la plupart des méthodes utilisées sont d'approvisionnement (66 pour cent) et surtout la pilule. Celle-ci est essentiellement fournie par les cliniques et cabinets privés (43 pour cent des utilisatrices de pilule)

TABLEAU 4.10 REPARTITION (EN %) DES UTILISATRICES ACTUELLES DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES SELON LA SOURCE OU ELLES ONT OBTENU LA METHODE

	Méthode[a]		
Source	Pilule	DIU	Total
Secteur public	43,1	66,6	46,7
Hôpital	18,5	14,8	16,8
Centre de santé, Cen.P.F., dispens.	13,8	29,6	17,8
PMI	10,8	22,2	12,1
Secteur privé	46,2	25,9	43,0
Clinique, cabinet privé	43,1	25,9	38,3
Pharmacie	3,1	-	4,7
Autre	10,8	7,4	10,3
Total	100	100	100
Effectif	65	27	107[b]

[a]Pour les autres méthodes modernes au nombre de 14, nous avons omis d'indiquer les sources d'approvisionnement étant donné leur faible effectif.

[b]La question sur les services de planification familiale pour les dix utilisatrices de la stérilisation féminine n'a pas été posée.

et les hôpitaux (19 pour cent). Pour le DIU, deux femmes sur trois se sont adressées au secteur public: centre de PF et dispensaire (30 pour cent), PMI (22 pour cent) et hôpital (15 pour cent). Le rôle du secteur privé, par contre, reste limité pour l'insertion de cette méthode (26 pour cent).

4.7 Connaissance de la période de fertilité

En tant qu'élément de la connaissance de la physiologie de la reproduction, la connaissance de la période de fertilité au cours du cycle menstruel est une condition déterminante de l'efficacité de l'utilisation de certaines méthodes contraceptives, la continence périodique plus particulièrement. La question posée dans l'EDS était la suivante (Q230): "Au cours de son cycle mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte?" La question précodée avait pour modalités celles indiquées dans le tableau 4.11. En cycle normal, la ponte ovulaire ayant essentiellement lieu pendant la semaine médiane du cycle (11^e au 19^e jour), on peut regrouper les femmes en trois catégories selon leur réponse:

- Celles qui connaissent; elles ont répondu: milieu du cycle;
- Celles dont la connaissance est douteuse; elles ont répondu: juste après ou juste avant les règles.

En effet pour ces deux cas, on ignore la borne supérieure des "juste après" et la borne inférieure des "juste avant." Il n'est donc pas exclu que ces deux segments empiètent plus ou moins sur la période d'ovulation selon l'idée que les enquêtées se font de leur longueur.

Celles qui ne connaissent pas; elles ont répondu: pendant les règles, n'importe quand, ne sait pas.

Le tableau 4.11 montre que d'une manière générale, moins d'une femme sur dix connait de façon précise la période fécondable au cours du cycle et plus d'une femme sur deux (51 pour cent) la localise assez mal. Deux sur cinq (39,4 pour cent) ignorent totalement la période d'ovulation. Parmi les 166 femmes (3,8 pour cent de l'échantillon) ayant utilisé la continence périodique moins de quatre femmes sur dix connaissent bien cette période, tandis que plus d'une femme sur deux (57 pour cent) n'en a qu'une connaissance douteuse. Six pour cent de ces femmes utilisent la continence périodique presque sans aucune chance de succès.

4.8 Raisons de non utilisation

A toutes les femmes en union, exposées et qui n'utilisaient pas de contraception au moment de l'enquête, il a été demandé les raisons de la non utilisation. Les réponses spécifiées peuvent être regroupées en 4 catégories:

- l'infertilité (infertilité post-partum, allaitement, stérilité, ménopause);
- l'inactivité sexuelle (absence du mari ou polygamie);
- les problèmes liés à la contraception (information, accès, effets secondaires);
- la religion ou les coutumes (religion, opposition du mari, désir d'enfant).

TABLEAU 4.11 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LEUR CONNAISSANCE DE LA PERIODE DE FERTILITE AU COUR DU CYCLE OVULAIRE

Connaissance	Toutes femmes	Femmes ayant utilisé la cont. périodique
Connait	9,5	37,4
Milieu du cycle	9,5	37,4
Connaissance douteuse	51,1	56,6
Juste après	45,5	50,6
Juste avant	5,6	6,0
Ne connait pas	39,4	6,0
Pendant les règles	0,7	-
N'importe quand	9,7	1,2
Ne sait pas	29,0	4,8
Total	100,0	100,0
Effectif	4415	166

Les résultats indiqués dans le tableau 4.12 montrent que dans l'ensemble la raison la plus couramment évoquée par les femmes est la religion et la tradition. Le poids de cette raison intervient pour 50 pour cent à travers le désir d'avoir des enfants essentiellement. Les problèmes liés à la contraception (15 pour cent) sont la deuxième raison principale de non utilisation de la contraception. L'inactivité sexuelle et l'infertilité post-partum sont les deux autres raisons citées (5 pour cent chacune) par les femmes interrogées. Cependant, des différences sont observées entre les générations jeunes (moins de 30 ans) et les générations plus âgées (30 ans ou plus). En effet, pour le premier groupe, la religion et les coutumes interviennent pour 62 pour cent (53 pour cent pour le désir d'enfant), les questions liées à la méthode pour 18 pour cent, l'inactivité sexuelle (5 pour cent) et les aspects physiologiques pour 2 pour cent. Dans le deuxième groupe, les aspects culturels dominent largement (60 pour cent). Ensuite, viennent dans l'ordre décroissant, les problèmes d'accès et les effets secondaires (10 pour cent), l'infertilité (10 pour cent) et l'inactivité sexuelle (5 pour cent).

4.9 Utilisation future et méthode préférée

Parmi les femmes en union non utilisatrices actuelles de contraception, le tableau 4.13 donne une indication sur la demande potentielle de service dans le futur proche (12 prochains mois) et plus tard. Près de 77 pour cent n'ont pas du tout l'intention d'utiliser la contraception. Si à celles-là, on ajoute les femmes non décidées, on aboutit à presque 83 pour cent des enquêtées qui selon leur déclaration ne sont probablement pas demandeuses. Au total, 17 pour cent ont l'intention d'utiliser dans le futur et parmi elles presque les deux tiers au cours des 12 prochains mois.

TABLEAU 4.12 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION ET EXPOSEES, NON UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION SELON LA RAISON DE NON UTILISATION ET L'AGE ACTUEL

Raison	Age actuel		Total
	<30 ans	30+	
Allaitement	2,4	4,6	3,1
Stérilité/Ménopause	-	5,0	1,6
Absence du mari ou polygamie	5,4	4,5	5,1
Manque d'information, et de connaissance de la contraception	14,5	5,9	11,7
Difficultés d'accès	0,7	-	0,4
Effets secondaires	2,6	4,1	3,1
Coutumes/religion	6,9	10,0	7,9
Opposition du mari	2,6	4,1	3,1
Désir d'avoir un enfant	52,7	45,5	50,4
Indécise	3,7	5,0	4,1
Autres	8,5	11,4	8,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	461	220	681

TABLEAU 4.13 REPARTITION (EN%) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI N'UTILISENT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS

Intention d'utiliser	Nombre d'enfants survivants (y compris la grossesse actuelle)					
	0	1	2	3	4 ou +	Total
A l'intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	1,9	7,1	10,5	12,1	16,7	11,6
A l'intention d'utiliser plus tard	6,6	7,3	6,9	7,1	4,0	5,8
Pas sûre	6,1	6,6	7,1	4,8	5,3	5,8
N'a pas l'intention d'utiliser	85,4	79,0	75,5	76,0	74,0	76,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	438	500	477	463	1108	2986

La variation des pourcentages selon le nombre d'enfants vivants, ne révèle aucune tendance nette. Cependant, pour les 12 mois à venir, les pourcentages augmentent avec le nombre d'enfants vivants.

Pour les programmes de planification familiale, le volet le plus intéressant de la demande potentielle demeure celui des méthodes modernes, bien que dans le contexte sénégalais, les moyens traditionnels continuent à jouer un rôle important. Il ressort du tableau 4.14 que sur 347 femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode au cours des 12 prochains mois, presque 6 sur 10 préfèrent les méthodes modernes, en particulier la pilule (32 pour cent), l'injection (12 pour cent) et le DIU (8 pour cent). Les méthodes traditionnelles interviennent pour 43 pour cent, en particulier l'abstinence prolongée (21 pour cent) et le gris-gris (12 pour cent). La demande potentielle de méthodes modernes au delà de 12 mois représente 50 pour cent de l'ensemble pour la période.

TABLEAU 4.14 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION N'UTILISANT PAS ACTUELLEMENT LA CONTRACEPTION MAIS AYANT L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR SELON LA METHODE PREFEREE ET L'INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION DANS LES 12 MOIS A VENIR OU PLUS TARD

Méthode préférée	Intention d'utiliser			
	Dans les 12 mois à venir	Plus tard	Pas sûre	Total
Méthodes modernes	57,1	49,1	20,3	50,0
Pilule	32,0	26,6	15,2	28,3
DIU	7,5	8,7	3,8	7,3
Injections	11,5	9,8	1,3	9,7
Méthodes vaginales	2,6	-	-	1,5
Condom	-	1,7	-	0,5
Stérilisation féminine	3,5	2,3	-	2,7
Méthodes tradit.	42,9	50,9	30,3	44,5
Continence périodique	3,8	1,2	1,3	2,7
Abstinence	20,5	29,5	20,3	23,0
Gris-gris	11,5	12,7	6,3	11,2
Autres	7,1	7,5	2,4	6,6
Pas sûre	-	-	49,4	6,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	347	173	79	599

4.10 Attitude des femmes à l'égard de la contraception

L'approbation ou la non approbation de la contraception conditionne l'acceptation ou le rejet et par la suite l'utilisation de celle-ci. Comme telle, elle fournit, en identifiant les groupes les plus hostiles à la contraception, une information utile dans la formulation d'un programme de planificaiton familiale. Par ailleurs, elle explique en bonne partie la propension à recourir à la contraception.

Le tableau 4.15 indique que parmi les femmes qui connaissent au moins une méthode contraceptive, presque 45 pour cent approuvent la contraception. Les forts pourcentages d'approbation sont enregistrés à tous les âges en milieu urbain (60 pour cent), dans les régions de l'Ouest (59 pour cent) et le Sud (54 pour cent), chez les femmes éduquées (primaire: 61 pour cent et secondaire ou plus: 83 pour cent) ou alphabétisées (75 pour cent) et dans les groupes ethniques des Diolas (58 pour cent), des Mandingues (46 pour cent) et des Wolofs (45 pour cent).

4.11 Attitude des partenaires vis-à-vis de la contraception

La perception des partenaires sur la contraception devrait avoir une influence importante sur l'attitude des femmes sur cette question dans un contexte socio-culturel où le pouvoir de décision en ce qui concerne les problèmes du ménage, de fécondité en particulier, reste le monopole des maris. Les résultats disponibles dans l'EDS ne permettent pas d'appréhender de façon sûre l'opinion des maris, les questions n'ayant été posées qu'aux femmes. Cependant, l'idée que celles-ci se font sur l'opinion de leur mari, est en elle-même une information intéressante. En plus, elle renseigne sur l'attitude réelle des conjoints. En effet, comme l'indique le tableau 4.16, 18 pour cent des femmes ont répondu que leurs maris approuvent la contraception. Les hommes les plus à approuver la contraception sont ceux mariés aux femmes âgées de 20 à 39 ans (18 à 22 pour cent des femmes). En milieu rural, les pourcentages de femmes dont les époux sont favorables fluctuent entre 11 et 15 pour cent. Par contre en zone urbaine, les pourcentages varient entre 12 et 35 pour cent. Par région, le Sud et l'Ouest ont les pourcentages les plus élevés de maris qui approuvent la contraception, (36 et 25 pour cent respectivement). Par contre, au Centre, il y a seulement 7 pour cent de femmes qui ont déclaré que leurs époux approuvent la planification familiale.

L'éducation et l'alphabétisation semblent le plus influencer les niveaux d'approbation de la contraception par les maris. Ainsi, chez les femmes sans aucune instruction, les pourcentages se situent entre 10 et 17 pour cent, chez celles qui ont une éducation primaire, les pourcentages sont de 19 à 44 pour cent et chez les femmes avec une éducation secondaire ou plus les pourcentages varient entre 50 et 74 pour cent.

Enfin, par groupe ethnique, les Diolas et les Mandingues sont celles qui sont les plus nombreuses à déclarer que leurs maris approuvent la contraception (26 et 24 pour cent respectivement). Elles sont suivies par les Poulars (20 pour cent) et les Wolofs (16 pour cent). Les Sérers sont celles qui ont le niveau d'approbation le plus faible (11 pour cent).

TABLEAU 4.15 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE QUI APPROUVENT LA CONTRACEPTION SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu								
Urbain	47,3	61,8	67,4	69,7	65,9	50,5	51,1	60,2
Rural	33,7	37,5	37,5	29,9	33,1	25,8	29,3	33,3
Région								
Ouest	48,7	61,7	64,8	66,0	61,7	47,2	48,2	58,9
Centre	32,3	36,2	34,3	30,2	32,9	26,4	28,3	32,5
Nord-Est	27,1	34,3	27,1	30,4	27,3	15,8	8,8	27,0
Sud	48,9	52,2	59,0	52,0	57,9	45,0	59,5	53,5
Ethnie								
Wolof	41,6	46,4	49,2	46,6	50,0	37,4	31,9	45,1
Poular	34,8	46,0	37,2	43,2	41,8	33,3	37,0	39,6
Serer	37,2	48,6	47,1	43,1	34,4	31,3	22,9	40,8
Mandingue	47,6	43,6	54,8	50,0	48,0	*	*	45,9
Diola	48,6	54,8	67,4	58,5	56,0	*	66,7	57,8
Autres	42,2	60,7	65,1	62,2	45,5	34,5	51,7	53,0
Instruction								
Aucune	31,8	38,5	40,0	37,9	40,2	31,6	35,0	36,9
Primaire	46,0	62,8	63,9	70,2	69,2	*	*	60,9
Secondaire ou plus	68,6	85,0	90,7	96,4	89,7	*	*	82,7
Alphabétisation								
Analphabète	32,0	38,8	39,7	37,9	39,6	31,5	35,6	36,9
Alphabétisée	60,1	77,3	80,5	84,9	82,1	*	*	74,9
Total	40,3	48,4	48,6	47,4	45,9	34,4	37,4	44,8

*Moins de 20 femmes

TABLEAU 4.16 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE DONT LES MARIS APPROUVENT LA CONTRACEPTION SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu								
Urbain	11,8	25,5	34,6	33,2	31,8	12,5	19,5	27,7
Rural	13,2	14,6	13,4	11,0	15,9	11,2	13,0	13,3
Région								
Ouest	13,2	21,9	30,7	30,5	27,2	10,8	19,2	24,9
Centre	6,4	6,1	8,4	8,3	9,8	3,0	5,9	7,2
Nord-Est	16,2	25,6	12,8	13,5	20,3	5,3	5,9	15,8
Sud	26,0	36,8	38,6	28,8	40,4	42,1	36,8	35,5
Ethnie								
Wolof	7,0	14,1	18,3	20,6	18,6	10,1	10,7	15,8
Poular	12,2	23,4	21,6	17,6	26,1	13,2	18,3	19,8
Serer	14,3	8,6	15,3	13,4	8,6	2,3	2,9	10,6
Mandingue	20,0	17,9	25,7	31,8	33,3	*	*	24,3
Diola	*	20,0	28,6	25,0	27,3	*	35,0	26,0
Autres	26,1	33,9	34,0	29,6	33,3	22,2	24,0	30,1
Instruction								
Aucune	11,7	15,3	15,2	13,0	16,6	10,3	14,6	14,1
Primaire	19,1	25,0	32,1	39,7	43,8	*	*	32,6
Secondaire ou plus	*	50,0	74,4	64,4	72,7	*	*	62,2
Alphabétisation								
Analphabète	11,5	15,6	15,0	12,9	15,8	10,2	14,4	14,0
Alphabétisée	31,8	33,7	52,4	55,0	62,3	*	*	48,2
Total	12,9	18,1	20,9	20,2	21,6	11,7	15,2	18,3

*Moins de 20 femmes

4.12 Discussion entre conjoints sur la contraception

Bien que la discussion entre conjoints sur la contraception ne conditionne pas nécessairement leur plus grand recours à celle-ci, l'absence de discussion ne semble pas non plus être une attitude favorable à son acceptation. Les discussions devraient refléter une prise de position (favorable ou défavorable) sur la question.

Du tableau 4.17, il ressort que seulement une femme sur cinq a abordé avec son mari la question de planification familiale au moins une fois. Les femmes qui ont discuté plus souvent sont celles âgées de 20 à 39 ans.

Comme il fallait s'y attendre, les femmes urbaines et éduquées ou alphabétisées sont les plus nombreuses à discuter de ce sujet avec leurs maris. Si l'on voit de plus près les résultats selon la variable alphabétisation, les proportions de femmes sachant lire ou écrire sont plus de quatre fois plus élevées que les proportions de celles qui sont illetrées.

Par région, les femmes de l'Ouest (34 pour cent) ont discuté de cette question plus que les femmes des autres régions (Nord-Est: 18 pour cent, Sud: 17 pour cent et Centre: 12 pour cent).

Au niveau de l'ethnie, les pourcentages les plus élevés des femmes qui ont parlé des moyens contraceptifs avec leurs maris sont parmi les Diolas (27 pour cent) et les Wolofs (24 pour cent). Pour les autres groupes ethniques, les différences sont minimes.

Notes:

1 En dehors du 40 jours d'abstinence consécutive à l'accouchement prescrits par l'Islam, les femmes s'abstiennent de relations sexuelles pendant une période plus ou moins longue. Cette période qui peut durer des mois définit l'abstinence prolongée.

2 Les extraits de plantes médicinales (racines, écorce, feuille...) fournis par un guerrisseur ou un charlatan agissent suivant un procédé chimique.

3 Le gris-gris est en général une petite pochette en cuir contenant des versets de Coran, des herbes, etc., donné par un marabout ou un féticheur pour obtenir certaines choses pour se préserver des mauvais sorts. Les femmes peuvent demander en particulier des gris-gris pour tout ce qui concerne la fécondité, la stérilité, l'espacement des naissances. (ESF, 1978, Vol. I: 131).

TABLEAU 4.17 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE CONTRACEPTIVE, QUI ONT DISCUTE LA CONTRACEPTION AVEC LEURS MARIS AU MOINS UNE FOIS L'ANNEE DERNIERE SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Milieu								
Urbain	22,1	37,5	41,1	47,5	37,8	30,0	26,0	38,1
Rural	7,0	13,8	12,4	14,0	13,0	8,3	10,5	11,9
Région								
Ouest	18,2	34,4	34,5	44,4	34,0	24,3	26,0	34,0
Centre	5,7	11,7	14,0	14,7	12,4	10,0	10,6	11,9
Nord-Est	11,8	24,4	18,6	16,2	21,9	18,4	8,8	18,0
Sud	10,0	18,4	18,1	26,0	15,8	7,9	13,2	16,9
Ethnie								
Wolof	7,8	22,4	25,4	33,0	25,7	22,2	19,1	24,2
Poular	10,3	17,7	21,1	18,5	17,4	9,4	15,0	16,7
Serer	14,3	14,8	17,4	21,7	15,5	4,6	11,8	15,7
Mandingue	15,0	25,0	20,0	18,2	16,7	*	*	17,6
Diola	*	40,0	25,7	36,1	27,3	*	15,0	27,2
Autres	13,0	29,0	22,0	31,8	23,8	22,2	16,1	23,3
Instruction								
Aucune	8,1	15,9	15,7	18,9	16,4	12,8	14,1	15,1
Primaire	28,6	41,7	39,3	54,4	50,0	*	*	44,1
Secondaire ou plus	*	65,4	79,5	80,0	72,7	*	*	74,3
Alphabétisation								
Analphabète	8,0	16,0	15,3	18,8	15,8	12,3	14,0	14,9
Alphabétisée	45,5	55,8	61,2	71,0	64,2	*	*	62,2
Total	10,5	21,6	22,5	27,9	21,9	15,3	15,7	20,8

*Moins de 20 femmes

CHAPITRE V
PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Dans le chapitre 3, on a présenté le comportement réel des femmes enquêtées en matière de fécondité et on a étudié différents indices de la fécondité vécue.

Le présent chapitre est consacré à l'analyse des données sur les attitudes envers la procréation.

Il est nécessaire de noter qu'il y a des incertitudes dans toute information sur les préférences en matière de fécondité du fait qu'elle se réfère à l'opinion et aux intuitions donc à des situations hypothétiques et non à des faits réels. Par ailleurs, l'analyse des données sur les désirs est toujours problématique et particulièrement quand ces données sont recueillies à partir d'un échantillon de femmes appartenant à différents moments de leur vie féconde. Pour les femmes au début du mariage, les réponses représentent une information pour un objectif à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont inconnues. Pour les femmes à la fin de leur vie féconde, les données sur les préférences en matière de fécondité sont inévitablement influencées par leur expérience.

Malgré les problèmes d'interprétation que pose l'analyse de données sur les intentions vis-à-vis de la reproduction, nous pensons que les résultats de ce chapitre pourront aider à expliquer les forces qui affectent la fécondité dans un pays comme le Sénégal où la natalité reste élevée. De telles données pourront être utilisées pour mesurer le degré de motivation chez les femmes sénégalaises pour le contrôle de leur fécondité.

Dans le questionnaire de cette enquête, on a inclus un nombre de questions sur les intentions en matière de fécondité sur les thèmes suivants:

- Le désir de ne plus avoir d'enfants dans l'avenir;
- Le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant;
- Le nombre idéal d'enfants.

5.1 Désir de ne plus avoir d'enfants

Pour un nombre total d'enfants désirés donné, le désir d'avoir des enfants dans l'avenir dépendra essentiellement du nombre d'enfants actuellement en vie. Le désir très prononcé d'enfants supplémentaires apparait nettement dans le tableau 5.1. En effet, 79 pour cent des femmes actuellement en union désirent d'autres enfants tandis que 19 pour cent n'en veulent plus. A l'inverse des pourcentages de femmes désirant encore des enfants, ceux des femmes qui ne veulent plus d'enfants augmentent régulièrement avec le nombre d'enfants vivants. De 2 pour cent à zéro enfant, ils passent à 62 pour cent à 6 enfants ou plus avec un coefficient de corrélation très élevé ($r = 0,89$).

Ces femmes ne désirant plus d'enfants, ont en principe atteint leur descendance souhaitée. Elles devraient donc recourir à la contraception pour éviter d'avoir des grossesses "excédentaires" non désirées.

L'analyse des données selon l'âge actuel du tableau 5.2 conduit à un résultat attendu en raison de la forte corrélation positive (r = 0,99) entre cette variable et le nombre d'enfants. En effet, les pourcentages de femmes qui désirent s'en tenir à leur descendance actuelle, augmente régulièrement avec l'âge. Ils passent de 1,2 pour cent à 15–19 ans à 59,0 pour cent 45–49 ans avec une corrélation linéaire de l'ordre r = 0,97.

TABLEAU 5.1 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR OU DE NE PLUS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE)

Préférence en matière de fécondité	Nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle)							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
Désire avoir d'autres enfants	97,0	97,2	94,7	88,6	80,1	66,3	34,4	79,3
Ne désire plus avoir d'enfants	1,9	2,1	4,2	10,9	18,8	31,0	61,6	19,0
Pas sûre/NSP	0,9	0,7	1,1	0,5	0,9	2,7	3,8	1,6
ND	0,2				0,2		0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	369	534	566	550	443	332	571	3365

TABLEAU 5.2 DISTRIBUTION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR OU DE NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET L'AGE ACTUEL

Préférences en matière de fécondité	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Désire avoir d'autres enfants	98,5	98,2	91,8	78,1	61,7	45,8	33,9	79,3
Ne désire plus avoir d'enfants	1,2	1,7	7,6	19,4	36,5	50,5	59,0	19,0
Pas sûre/NSP	-	0,1	0,6	2,3	1,6	3,7	7,1	1,6
ND	0,2			0,2	0,2			0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	409	654	722	607	449	273	251	3365

La variation du désir de ne plus avoir d'enfants est révélatrice de certaines différences culturelles, sociales et économiques.

Il ressort du tableau 5.3 qu'aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, les pourcentages de femmes ne désirant plus d'enfants augmentent régulièrement avec le nombre d'enfants vivants. Cependant, les pourcentages sont près de deux fois plus importants en milieu urbain qu'en milieu rural. Par ailleurs, dans les villes, on observe une corrélation entre le nombre d'enfants et le désir de limiter la descendance plus forte et un rythme d'accroissement plus rapide de ce dernier.

La situation au niveau régional est le reflet du degré d'urbanisation: l'Ouest a un caractère plus urbain que les autres régions. Les différences inter-ethniques ne peuvent être évoquées que pour les Wolofs et les Poulars, les effectifs étant insignifiants dans les autres groupes. Le nombre d'enfants vivants intervient dans le même sens dans chacun des groupes, mais plus fortement dans le premier à partir du troisième enfant. L'éducation apparait comme très favorable au désir de ne plus avoir d'enfants, surtout au delà de l'école primaire.

En résumé, on peut retenir que l'accroissement du désir de ne plus avoir d'enfants avec le nombre d'enfants vivants, est une constante sociale, indépendante de variables de contrôle utilisées ici. L'intensité de ce désir est favorisée par l'éducation et l'urbanisation. Par ailleurs, les variations de ce désir sont plus sensibles chez les femmes éduquées et chez les urbaines.

5.2 Délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant

Le délai en question est référencié par rapport à la date de l'enquête. Comme tel, il ne saurait donner une indication précise sur l'espacement souhaité, mais il fournit une indication précieuse sur la demande de contraception d'espacement.

Le délai d'attente médian (tableau 5.4) est de l'ordre de 18 à 20 mois chez les femmes qui ont plus d'un enfant, alors que chez celles qui n'ont pas d'enfants, il est inférieur à 12 mois. Le délai médian pour l'ensemble des femmes est de 16 mois (1,3 ans)

La répartition des femmes selon le temps d'attente montre que 31 pour cent veulent avoir leur prochain enfant au cours des 12 mois à venir, 11 pour cent dans 12 à 24 mois, 40 pour cent au-delà de 24 mois surtout entre 24 et 48 mois, 18 pour cent ont donné des réponses non-numériques (dépend de Dieu, quand Dieu le voudra, NSP...). Les femmes ayant peu d'enfants désirent avoir leur prochain enfant plus tôt. Les chiffres révèlent cependant une forte répulsion pour 1 an (dans les 12 à 24 mois à venir). En effet, quel que soit le nombre d'enfants, l'essentiel des effectifs est concentré à moins de 12 mois et à 24–48 mois, à 24–36 mois notamment. Il est possible que les femmes qui n'ont pas déclaré un intervalle inférieur à 12 mois aient eu tendance à donner une réponse (2 ans) habituellement considérée comme norme d'espacement au Sénégal au détriment de 1 an. Cela, contrairement aux instructions d'enquête, référencie le temps par rapport à la dernière naissance et non à la date de l'interview.

Les femmes qui ont répondu 24 mois et plus tard, soit 40 pour cent de l'ensemble des femmes en union voulant avoir un (autre) enfant, constituent une population potentiellement demandeuse de services de contraception au cours des deux années consécutives à la date de l'enquête.

TABLEAU 5.3 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI NE VEULENT PLUS D'ENFANTS SELON LE NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Nombre d'enfants survivants (y compris la grossesse actuelle)							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu								
Urbain	2,0	2,5	6,7	16,9	29,4	41,2	74,0	28,5
Rural	1,9	1,9	3,1	8,5	14,0	25,7	52,3	14,5
Région								
Ouest	1,1	2,6	5,3	10,7	26,6	35,9	68,5	20,3
Centre	1,4	0,5	3,2	9,8	15,8	33,3	58,0	16,0
Nord-Est	1,3	6,0	4,8	12,7	10,6	24,4	57,1	17,3
Sud	5,5	-	3,9	13,2	17,5	18,2	55,1	16,7
Ethnie								
Wolof	0,7	1,5	3,9	13,2	18,2	38,2	66,8	22,3
Poular	3,3	3,4	4,5	9,7	17,8	31,3	62,8	17,5
Serer	-	-	5,9	6,7	20,3	22,2	51,2	15,6
Mandingue	*	-	-	12,9	17,4	*	37,0	11,9
Diola	*	-	4,2	-	21,7	*	69,4	22,4
Autres	-	4,6	3,9	14,0	19,5	28,1	54,5	16,1
Instruction								
Aucune	2,1	2,4	3,2	9,9	17,4	29,3	60,2	18,4
Primaire	-	-	4,8	11,8	17,1	37,0	73,6	20,3
Secondaire ou +	-	-	17,1	29,2	45,5	53,3	64,7	28,2
Alphabétisation								
Analphabète	2,0	2,4	2,9	9,8	16,8	29,1	60,2	18,0
Alphabétisée	-	-	11,6	19,4	34,0	45,0	72,1	27,0
Total	1,9	2,1	4,2	10,9	18,8	31,0	61,6	19,0

*Moins de 20 femmes

TABLEAU 5.4 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI VEULENT UN AUTRE ENFANT SELON LE TEMPS QUE LA FEMME DEVRAIT ATTENDRE AVANT D'AVOIR UN (AUTRE) ENFANT ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE)

	Nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle)							
Préférences	0	1	2	3	4	5	6+	Total
<12 mois	74,8	32,4	27,3	23,6	22,4	20,9	20,4	31,2
1 année	4,8	13,5	11,2	12,1	11,9	11,4	7,1	10,8
2 années	3,4	24,3	23,5	28,1	28,8	24,5	33,2	23,3
3 années	2,8	10,2	15,9	15,2	13,8	15,9	9,7	12,2
4 années	-	1,9	2,8	2,5	2,5	3,6	3,6	3,3
5 années ou plus	-	0,4	1,7	0,4	1,1	1,4	1,5	0,9
Réponse non numérique	12,0	15,2	15,5	16,7	15,8	18,2	21,4	15,9
NSP	2,2	2,1	2,1	1,4	3,7	4,1	3,1	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médiane en années	<1	1,2	1,5	1,5	1,5	1,7	1,7	1,3
Effectif	357	519	536	487	354	220	196	2669

5.3 Besoins futurs pour la planification familiale

Parmi les femmes en union, on a sélectionné dans le tableau 5.5 deux groupes de femmes qui peuvent être considérés comme des populations cibles pour l'action du programme de planification familiale au Sénégal.

Le premier groupe comprend les femmes qui sont dans le besoin d'être protégées par la contraception. Il s'agit des femmes en union qui sont fertiles, n'utilisant pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête et qui ne veulent plus avoir d'enfants ou qui veulent retarder la prochaine naissance pour une période de deux ans ou plus.

Le second groupe comprend les femmes qui sont dans le besoin de pratiquer la contraception et qui ont l'intention de l'utiliser dans l'avenir. Il a les mêmes caractéristiques que les femmes du premier groupe, plus l'intention de pratiquer une méthode anti-conceptionnelle dans le futur.

Pour l'ensemble du premier groupe, presque 4 femmes sur 10 sont dans le besoin de pratiquer la planification familiale. Les femmes qui ne veulent plus d'enfants représentent la moitié de celles qui veulent espacer. Au niveau du second groupe, on trouve seulement un peu plus d'une femme sur dix qui est dans le besoin d'utiliser la contraception, et qui a l'intention de recourir à un moyen anti-conceptionnel dans l'avenir. Cela montre que l'impact de l'action de la planification familial reste encore limité, malgré une demande potentielle importante pour les services de contraception.

TABLEAU 5.5 PARMI LES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION, LE POURCENTAGE DE CELLES QUI ONT UN BESOIN DE PRATIQUER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS L'AVENIR ET LE POURCENTAGE DE CELLES QUI SONT DANS LE BESOIN D'UTILISER LA CONTRACEPTION ET QUI ONT L'INTENTION DE PRATIQUER UNE METHODE DANS L'AVENIR, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

	Désir d'avoir d'autres enfants					
	Dans le besoin[1]			Dans le besoin et ont l'intention d'utiliser la contraception[2]		
Variables socio-démographiques	Ne veut plus d'enfants	Veut espacer	Total	Ne veut plus d'enfants	Veut espacer	Total
Milieu						
Urbain	17,7	24,8	42,5	7,5	11,4	18,0
Rural	9,5	25,5	35,0	2,1	5,7	7,8
Région						
Ouest	15,1	28,7	43,8	6,4	11,3	17,7
Centre	10,8	28,6	39,3	2,8	6,3	9,1
Nord-Est	11,4	17,7	29,2	1,3	3,0	4,2
Sud	10,2	16,9	27,1	3,9	7,4	11,3
Ethnie						
Wolof	13,6	28,5	42,1	4,5	8,1	12,6
Poular	11,5	21,0	32,6	3,2	6,0	9,3
Serer	11,2	32,4	43,6	3,0	8,0	11,0
Mandingue	7,7	14,9	22,6	3,0	6,0	8,9
Diola	12,8	17,9	30,8	6,4	9,0	15,4
Autres	11,6	20,2	31,8	3,3	8,3	11,6
Instruction						
Aucune	12,2	24,7	37,0	3,3	6,5	9,8
Primaire	12,5	28,7	41,1	8,4	11,5	19,9
Secondaire ou +	10,7	28,2	38,9	4,7	18,1	22,8
Alphabétisation						
Analphabète	11,9	24,8	36,7	3,2	6,5	9,7
Alphabétisée	14,0	28,8	42,7	8,9	15,3	24,2
Total	12,2	25,3	37,4	3,9	7,5	11,4

[1]Pour les trois premières colonnes le dénominateur est l'effectif des femmes actuellement en union. Le numérateur comprend les femmes qui sont fertiles, n'utilisant pas la contraception au moment de l'enquête et qui ne veulent plus d'enfants ou bien veulent retarder la prochaine naissance deux ans ou plus.

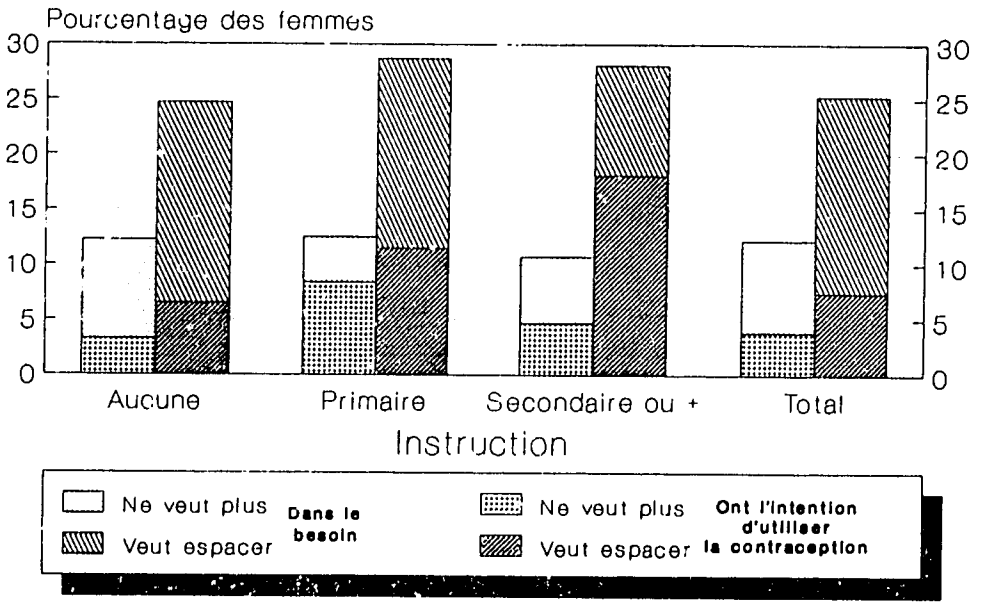
[2]Pour les trois dernières colonnes, le dénominateur est l'effectif des femmes actuellement en union et le numérateur comprend les femmes qui sont fertiles, qui n'utilisent pas la contraception au moment de l'enquête, qui veulent limiter ou retarder et qui ont l'intention d'utiliser la contraception.

Les variations des besoins en contraception sont sensibles aux caractéristiques socio-démographiques, surtout au niveau du second groupe. On constate que la proportion des femmes qui ont l'intention de pratiquer la planification familiale est en corrélation positive avec l'urbanisation et aussi avec le niveau d'instruction et l'alphabétisation. Pour l'instruction, la différence entre les proportions des différentes catégories est appréciable comme le montre le graphique 5.1. Les femmes de l'Ouest, ainsi que celles appartenant aux ethnies diolas et wolofs

Graphique 5.1

Désir d'Avoir d'Autres Enfants

(Femmes actuellement en union)



font également partie du groupe de femmes qui sont les plus nombreuses à avoir l'intention de pratiquer la contraception dans l'avenir.

5.4 Nombre moyen idéal d'enfants

La taille idéale de la famille souhaitée est saisie à l'aide de la question suivante:

- Pour les femmes qui n'ont pas d'enfants, on a demandé: "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?"
- Pour les femmes qui ont des enfants, la question est posée comme ceci: "Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?"

Cette question d'opinion a été posée à toutes les femmes de l'échantillon quel que soit leur état matrimonial. Le tableau 5.6 montre que les femmes sénégalaises sont très attachées à la famille nombreuse, bien qu'il y ait des changements importants dans la dimension idéale de la

TABLEAU 5.6 DISTRIBUTION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LE NOMBRE IDEAL D'ENFANTS ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE)

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle)							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
0	0,2	0,2	-	0,2	0,4	1,1	0,5	0,3
1	0,1	-	0,5	-	-	0,6	0,5	0,2
2	3,3	2,0	3,7	1,9	2,8	2,0	4,3	2,9
3	6,0	5,0	2,4	4,0	2,2	4,3	5,4	4,4
4	18,3	11,6	11,8	9,1	10,3	6,0	14,5	12,9
5	17,5	12,8	12,0	12,9	8,6	12,0	9,5	13,0
6	11,0	17,7	13,1	14,0	15,1	11,7	11,9	13,3
7+	34,4	40,0	47,4	43,6	48,3	49,6	39,0	41,6
Réponse non numérique	7,2	9,7	8,6	12,4	11,8	10,6	12,9	10,0
NSP	1,9	1,1	0,5	1,9	0,5	2,1	1,5	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1134	662	626	580	464	351	598	4415
Nombre moyen idéal d'enfants (toutes les femmes)[1]	6,6	6,6	6,9	6,9	6,9	7,4	7,5	6,8
Nombre moyen idéal d'enfants (femmes en union)[2]	7,5	7,3	7,1	7,3	7,4	7,3	7,0	7,2
ESF, 1978[3]	8,1	8,6	8,8	9,0	9,0	9,2	9,5	8,8

[1]Le nombre moyen idéal d'enfants est calculé sur un effectif de 3.912 femmes (toutes les femmes).

[2]Le nombre moyen idéal d'enfants est calculé sur un effectif de 2.957 femmes actuellement en union. Dans les 2 cas, il s'agit des femmes qui ont donné une réponse numérique.

[3]Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Vol. II, p.207, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, juillet 1981.

famille entre 1978 et 1986. En effet, l'EDS donne un nombre moyen idéal d'enfants de l'ordre de 7 enfants aussi bien parmi toutes les femmes (6,8) que parmi les femmes actuellement en union (7,2) alors qu'en 1978, l'ESF l'évaluait à 9 environ parmi les femmes en union. En plus le taux de réponse non-numérique a fortement baissé entre les deux enquêtes. Il est passé de 29 pour cent en 1978 (ESF) à 11 pour cent en 1986 (EDS). Il est évident que même si les questions étaient semblables dans les deux cas, l'EDS a beaucoup insisté pendant la formation des agents et à la collecte des données pour amener les enquêtées à donner des réponses numériques.

La proportion de femmes ayant eu plus d'enfants vivants que d'enfants désirés augmentent rapidement avec le nombre d'enfants vivants de 0,2 pour cent à zéro et un enfant, il passe à 35,0 pour cent à 6 enfants et plus. Quel que soit le nombre d'enfants survivants, environ 80 pour cent des femmes désirent avoir quatre enfants ou plus.

La variation du nombre idéal d'enfants est très sensible aux variables éducation et urbanisation. Les écarts observés (tableau 5.7) entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, et entre les éduquées et les non-éduquées d'autre part donnent une indication précieuse sur les mutations sociales dont ces facteurs de modernisme sont inducteurs. Dans le milieu rural (essentiellement analphabète) où l'enfant est de moins en moins une source objective de richesse et de prestige alors que dans les villes (à forte proportion d'éduquées), il coûte plus qu'il ne rapporte, il est presque certain que les tendances que révèlent les chiffres et qui sont la traduction de changements vont s'accentuer dans le temps par le biais de l'urbanisation et de la scolarisation et leurs effets de contamination.

Le degré d'instruction apparait comme une variable négativement corréiée avec le nombre d'enfants idéal. L'impact de l'éducation semble plus important que celui de l'urbanisation. En moyenne, les écarts absolus sont de 2,1 enfants, entre le milieu urbain et le milieu rural, de 2,4 entre les alphabétisées et les analphabètes et 2,9 entre celles qui n'ont jamais été à l'école et celles qui ont un niveau secondaire ou plus.

Au niveau régional, les femmes de l'Ouest semblent désirer le moins d'enfants (5,9), alors que l'inverse s'observe au Sud (7,9).

Par ethnie, les femmes Diolas et Wolofs sont celles qui aimeraient avoir une dimension relativement reduite (6,6). Les femmes Mandingues, par contre, appartiennent au groupe de femmes qui désireraient avoir une famille nombreuse (8,2).

Malgré l'adhésion de la plupart des femmes au grand nombre d'enfants, des différences significatives apparaissent entre certains sous-groupes de la population.

En dépit des fluctuations—faibles—avec l'âge, la tendance générale est à une légère baisse du nombre idéal d'enfants. Cependant, par rapport aux données de l'ESF, il semble que les corrélations et les pentes des droites d'ajustement (nombre moyen en fonction de l'âge) soient devenues moins fortes à l'EDS. Si cela était réel, on pourrait en conclure une diminution de la dépendance du nombre idéal d'enfants de l'âge actuel.

TABLEAU 5.7 NOMBRE IDEAL MOYEN D'ENFANTS PARMI TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE ACTUEL ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Milieu								
Urbain	5,4	5,4	5,7	5,7	5,5	6,3	5,9	5,5
Rural	7,6	7,5	7,7	7,9	7,8	7,9	8,3	7,6
Région								
Ouest	5,8	5,5	6,0	5,9	6,0	6,9	6,6	5,9
Centre	7,4	7,3	7,4	7,6	6,7	7,1	7,6	7,3
Nord-Est	6,8	7,1	7,2	7,2	7,7	8,0	7,4	7,2
Sud	7,0	7,7	7,8	8,2	9,2	8,4	9,0	7,9
Ethnie								
Wolof	6,7	6,3	6,8	6,5	6,3	7,1	6,7	6,6
Poular	6,6	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	7,8	6,8
Serer	6,6	7,1	6,8	7,8	7,0	7,5	8,0	7,1
Mandingue	7,3	7,9	8,7	8,3	9,0	9,5	7,9	8,2
Diola	5,7	6,1	6,6	6,9	6,2	8,5	8,3	6,6
Autres	6,5	6,5	7,2	7,1	8,3	7,3	8,0	7,0
Instruction								
Aucune	7,4	7,3	7,3	7,4	7,3	7,4	7,6	7,4
Primaire	5,4	5,3	6,2	5,4	5,3	6,0	5,1	5,6
Secondaire ou +	4,4	4,4	4,6	4,5	4,1	6,2	4,0	4,5
Alphabétisation								
Analphabète	7,3	7,2	7,3	7,5	7,3	7,5	7,6	7,3
Alphabétisée	4,8	4,7	5,2	4,8	4,7	5,9	4,4	4,9
Total	6,6	6,6	6,9	6,9	6,9	7,4	7,5	6,8

Note: Les moyennes sont calculées sur les femmes qui ont donné une réponse numérique. Le total de ce groupe est égal à 3912.

CHAPITRE VI
MORTALITE ET SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

L'étude de la mortalité infantile et juvénile d'une part et celle de la santé de la mère et de l'enfant d'autre part constituent deux objectifs essentiels de l'EDS au Sénégal. En effet, l'enquête a collecté dans la section 4 du questionnaire individuel relative à l'historique des naissances des données qui permettent d'estimer les niveaux et tendances de la mortalité des enfants par les méthodes directes.

L'enquête a, par ailleurs recueilli dans la section 4 du questionnaire individuel des renseignements de première importance sur la santé de la mère et de l'enfant touchant les aspects suivants:

- Les visites prénatales, l'injection contre le tétanos et le type d'assistance à l'accouchement dont la femme a bénéficié.
- Les vaccinations contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie-le tétanos-et-la coqueluche (DTCoq), la rougeole et la fièvre jaune.
- L'incidence et le traitement de la diarrhée et du paludisme.

La dernière partie de ce chapitre se propose d'étudier les indices anthropométriques dont les données proviennent de la section 8 consacrée au poids et la taille des enfants âgés de 6 à 36 mois.

6.1 Mortalité

L'EDS est la quatrième enquête démographique nationale, entreprise depuis l'indépendance qui nous permet d'obtenir des estimations sur les niveaux de la mortalité infantile et juvénile à l'échelle du pays. Si les deux premières études, à savoir l'Enquête Démographique de 1960 et l'Enquête Démographique à Passages Répétés n'ont été que partiellement analysées, la troisième enquête qui est l'ESF de 1978 a, par contre, étudié ce phénomène démographique d'une manière plus exhaustive.

Les autres études, menées au Sénégal et consacrées à la mortalité infantile et juvénile, qui ne manquent pas, d'ailleurs, d'intérêt méthodologique certain, sont plutôt régionales. Parmi ces études, nous citons l'Enquête Démographique à Passages Répétés du Siné Saloum qui a commencé en décembre 1962, les Enquêtes Démographiques à Passages Répétés de Bandafassi (Sénégal Oriental) qui ont débuté en janvier 1964, l'Enquête sur la Mortalité Infantile (EMIS) de 1981 et l'Enquête sur la Santé Familiale du Siné Saloum de 1982–83.

Cette section analysera les différents aspects de la mortalité infantile et juvénile à partir des données de l'EDS en trois parties successives: la première sera consacrée à l'examen de la qualité des données et la présentation de la méthodologie pour les estimations directes de la mortalité, la seconde à l'étude des niveaux et tendances de la mortalité, ainsi que des variations différencielles et la dernière à la comparaison des estimations de l'EDS à celles de l'ESF.

Méthodologie et qualité des données[1]

Les quotients de mortalité sont présentés pour trois groupes d'âges: la mortalité infantile (de 0 à 1 an exact) la mortalité des enfants à bas âge (de 1 à 5 ans exacts) et la mortalité des enfants de moins de 5 ans (de 0 à 5 ans exacts). Les quotients de mortalité selon la période qui sont présentés dans ce chapitre sont préférables aux quotients selon la génération pour deux raisons. Premièrement, les quotients selon la période sont plus utiles pour l'analyse démographique et l'évaluation des programmes et deuxièmement, l'approche de la période permet de calculer les quotients pour tous les groupes d'âges dans la période précédant immédiatement l'enquête; ce qui n'est pas le cas avec l'approche de la génération (pour les générations nées au cours des cinq années précédant l'enquête, les données nécessaires pour le calcul des quotients de mortalité infantile et juvénile ne sont disponibles que partiellement).

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les données sur les estimations de la mortalité infantile et juvénile proviennent de la section sur la Reproduction du Questionnaire Individuel. La section commence par cinq questions pour déterminer le nombre de naissances vivantes des enquêtées (le nombre de garçons et de filles vivant à la maison, vivant ailleurs et décédés). Ces questions sont une prélude à l'historique complet des naissances qui est la source des données pour les estimations de la mortalité. Dans le tableau des naissances, l'information est donnée sur chacun des enfants nés vivants: sexe, date de naissance, état de survie, âge actuel et âge au décès

L'approche de l'historique des naissances pour la collecte des données pose elle aussi des problèmes. Elle a des limitations structurelles et peut engendrer des erreurs de collecte. Pour ce qui est des limitations structurelles, nous pouvons dire que l'information qui est fondée uniquement sur les femmes âgées de 15 à 49 ans en 1986, ne pourrait, en aucun cas, être considérée comme représentative de la période couvrant l'historique des naissances (les 35 années précédant l'enquête) et représentative des différents intervalles de cette période (par exemple, pour la période de 10 à 15 ans précédant l'enquête, il n'y a aucune information sur les naissances issues des femmes âgées de 40 à 49 ans).

Mais ce problème ne peut pas être considéré comme sérieux, étant donné que les périodes étudiées sont proches de la date de l'enquête.

Les imperfections dans la collecte des données, sont dues au sous-enregistrement des événements (omission des enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance) et aux erreurs de déclaration de la date de naissance et de l'âge au décès (effet d'attraction par l'âge de 12 mois).

La validité des enregistrements de l'âge au décès est évaluée ici afin de détecter ces deux types d'imperfection. Notons que cette vérification de validité ne peut que déceler les erreurs majeures dans les données, mais ne peut pas détecter celles qui sont minimes ou établir la qualité de l'ensemble des données d'une manière définitive.

Dans l'EDS au Sénégal, l'information sur l'âge au décès est recueillie de la manière suivante: en jours pour les décès de moins d'un mois, en mois pour les décès de moins de deux ans et en années pour les décès de deux ans ou plus. Ce qui permet de déterminer le sous-enregistrement des événements en classant le nombre de décès en trois groupes: les décès qui sont survenus dans

les premiers jours de la vie (la première semaine), dans la période néo-natale (le premier mois de la vie) et dans l'enfance (dans la première année de la vie).

Le panneau A du tableau 6.1 montre que la première semaine de la vie compte pour la grande partie de la mortalité néo-natale avec 65 pour cent ou plus de décès de moins d'un mois et avec 30 pour cent ou plus de décès de moins d'un an, aussi bien pour les garçons que pour les filles (à l'exception des filles de la période 1971–75 où 28 pour cent de la mortalité infantile est survenue dans les sept premiers jours de la vie). Ainsi, on peut dire que, d'une manière générale, les données n'indiquent pas une sous-déclaration substantielle des décès des enfants, sauf, peut-être, pour les filles nées en 1971–75.

Le panneau B du même tableau qui donne l'âge au décès par mois de 5 à 18 mois, indique qu'il y a d'une part une attraction des chiffres multiples de 6 et que d'autre part, il y a un déficit de décès dans les mois, qui précèdent et qui viennent après 6, 12 et 18 mois. Une des solutions à ce

TABLEAU 6.1 REPARTITION DES DECES SELON LES PERIODES DE NAISSANCE, LE SEXE ET L'AGE AU DECES

	1981-85*		1975-80		1971-75	
Age au décès	SM	SF	SM	SF	SM	SF
			Panneau A			
0-7 jours (a)	83	64	84	60	57	39
0-30 jours (b)	116	96	124	85	88	58
<1 an (c)	224	188	213	162	165	140
Rapport a/b	0,72	0,67	0,68	0,71	0,65	0,67
Rapport a/c	0,37	0,34	0,39	0,37	0,35	0,28
			Panneau B			
5 mois	6	10	5	6	6	9
6 mois	15	19	9	8	14	9
7 mois	8	5	8	5	6	3
8 mois	13	11	8	5	3	6
9 mois	8	6	6	6	5	1
10 mois	4	10	5	8	2	4
11 mois	3	4	4	1	3	2
12 mois	10	16	11	11	6	11
13 mois	2	1	3	1	2	1
14 mois	4	1	2	2	0	3
15 mois	4	3	2	3	0	1
16 mois	4	1	2	2	1	2
17 mois	1	3	0	2	1	1
18 mois	17	19	10	11	13	15

*On a inclus 1986, l'année de l'enquête.

problème serait de réajuster les données par le transfert de la moitié des décès déclarés à 12 mois à ceux déclarés à moins d'un an pour le calcul des niveaux de la mortalité infantile.[2] Un tel réajustement augmenterait les quotients de mortalité infantile de 3 pour cent pour les deux sexes dans les trois périodes (de 1,8 à 2,6 pour cent pour les garçons et de 3,4 à 4,2 pour cent pour les filles).

Incidence des décès des enfants

L'impact des décès des enfants parmi les femmes enquêtées est analysée à partir de la différence entre la fécondité cumulée qui est le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme et la taille actuelle de la famille définie par le nombre moyen d'enfants encore en vie au moment de l'enquête.

Le tableau 6.2 donne le nombre moyen d'enfants nés vivants, survivants et décédés et la proportion des enfants décédés au moment de l'enquête selon l'âge de la mère. Les données de ce tableau portent sur toutes les femmes de l'Enquête Individuelle.

Les femmes âgées de 45 à 49 ans ont en moyenne 7,3 enfants nés vivants dont 5,1 sont encore en vie au moment de l'enquête. Les femmes de ce groupe d'âges ont perdu plus de deux enfants sur sept et celles qui sont âgées de 15 à 49 ans ont perdu près du quart des enfants nés vivants.

La proportion d'enfants décédés augmente avec l'âge actuel de la mère passant de 15 pour cent chez les femmes de 15–19 ans à 30 pour cent chez celles de 45–49 ans. Les accroissements les plus forts des proportions des décès s'observent entre 20–24 ans et 25–29 ans et plus particulièrement entre 30–34 ans et 35–39 ans: 21 pour cent et 38 pour cent d'augmentation respectivement.

TABLEAU 6.2 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS, SURVIVANTS ET DECEDES ET PROPORTION D'ENFANTS DECEDES SELON L'AGE ACTUEL DE LA MERE

	Toutes femmes			
	Nombre moyen d'enfants			
Age actuel	Nés vivants	Sur-vivants	Décédés	Proportion de décédés
15-19	0,32	0,27	0,05	0,153
20-24	1,57	1,30	0,27	0,171
25-29	3,09	2,47	0,62	0,201
30-34	4,74	3,72	1,02	0,215
35-39	6,17	4,51	1,66	0,269
40-44	6,83	4,91	1,92	0,281
45-49	7,27	5,11	2,16	0,297
Total	3,26	2,48	0,78	0,239

Le tableau 6.2 qui est purement une présentation descriptive des décès des enfants montre cependant des niveaux relativement élevés de la mortalité infantile et juvénile au Sénégal. La sous-section suivante sera consacrée à l'étude détaillée de ces niveaux de mortalité.

Niveaux et tendances de la mortalité infantile et juvénile

Les quotients de mortalité des enfants selon le sexe et la période qui sont présentés dans le tableau 6.3 sont estimés par des méthodes directes à partir de l'historique des naissances.

TABLEAU 6.3 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LE SEXE ET LA PERIODE

	Quotients en pour mille								
	$_1q_0$			$_4q_1$			$_5q_0$		
Période	SM	SF	Les deux	SM	SF	Les deux	SM	SF	Les deux
1981-85*	91,9	80,6	86,4	117,0	111,5	114,3	198,2	183,1	190,8
1976-80	105,2	87,2	96,5	153,1	156,5	154,8	242,2	230,0	236,3
1971-75	128,2	112,1	120,3	175,2	204,8	189,5	281,0	293,2	287,0

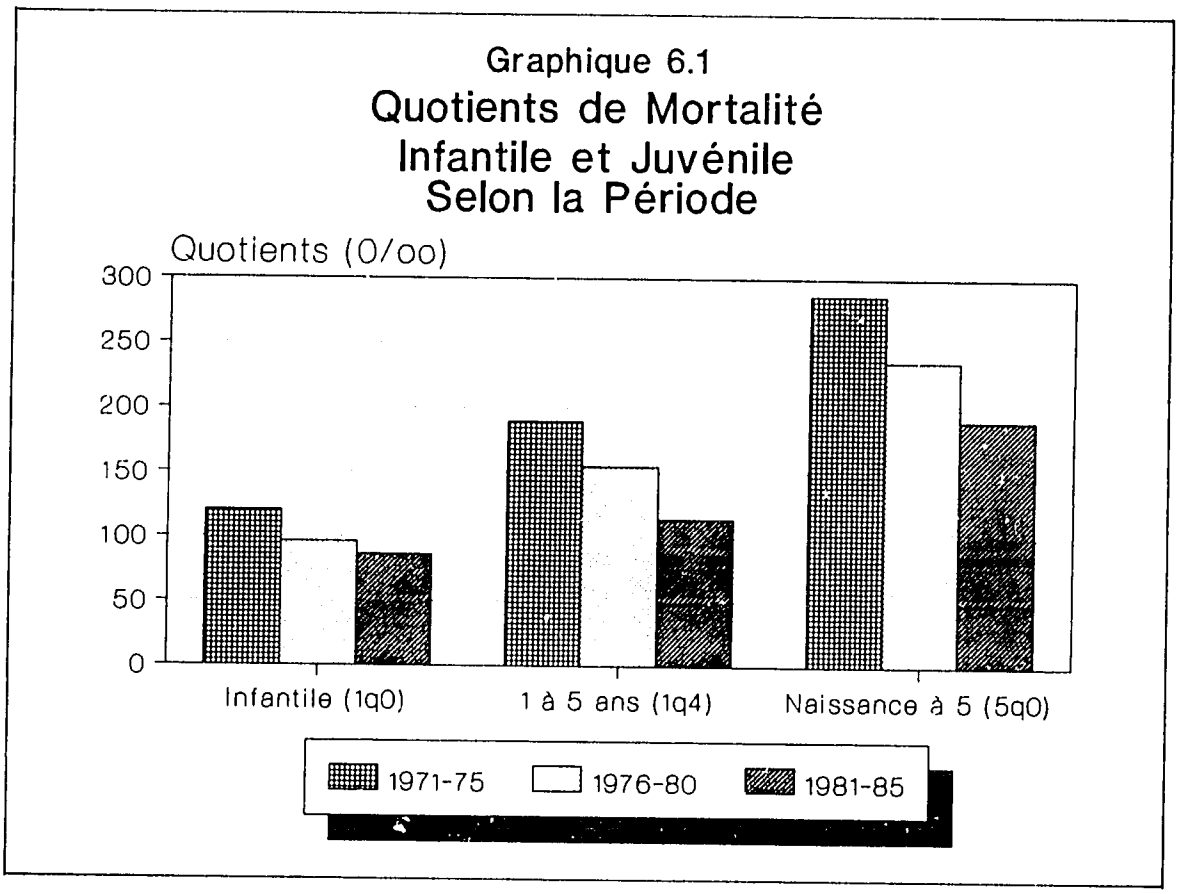
*On a inclus 1986, l'année de l'enquête.

Durant la période la plus récente: 1981–85, le quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) au Sénégal est estimé à 86 pour mille. Chez les enfants ayant atteint leur premier anniversaire, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième ($_4q_1$) est de 113 pour mille. La mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans, plus importante entre 1 et 2 ans, reste élevée alors que la mortalité infantile connait une baisse non négligeable. La sur-mortalité juvénile qui a été observée dans d'autres enquêtes menées au Sénégal, pourrait s'expliquer par les conditions sociales et le contexte environnemental (ESF, 1978, Vol.I: 109). Enfin, pour l'ensemble des enfants âgés de 0 à 4 ans, la probabilité de décéder entre la naissance et avant d'atteindre le cinquième anniversaire ($_5q_0$) est de 191 pour mille.

L'examen des données pour la période récente montre que la mortalité infantile des garçons (92 pour mille) est supérieure à celle des filles (81 pour mille). Les quotients de mortalité $_4q_1$ et $_5q_0$ du sexe masculin (117 et 198 pour mille) sont également plus élevés que ceux estimés pour le sexe féminin (112 et 183 pour mille).

Durant les trois périodes quinquennales les plus récentes, les quotients de mortalité $_1q_0$ et $_4q_1$ ont enregistré une baisse continue. Pour la période de 10 ans entre 1971–75 et 1981–85, la mortalité infantile chez les deux sexes réunis est passé de 120 pour mille à 86 pour mille, soit une baisse de 28 pour cent. Cette baisse est la même aussi bien chez les garçons que chez les filles

(graphique 6.1). La mortalité après le premier anniversaire semble avoir baissé plus que la mortalité infantile durant la même période. En effet, le quotient 4q1 est passé de 189 pour mille en 1971–75 à 114 pour mille en 1981–85, soit une diminution de 40 pour cent. La baisse est plus prononcée chez les filles (45 pour cent) que chez les garçons (33 pour cent).



Variations différentielles de la mortalité des enfants

Les tableaux 6.4 et 6.5 donnent les quotients de mortalité infantile et juvénile dans la période de dix ans qui précède l'enquête selon certaines variables socio-démographiques de la mère ou de l'enfant.

L'examen de la variation différentielle de la mortalité des enfants, présentée dans le tableau 6.4 montre que les quotients 1q0, 4q1 et 5q0 sont nettement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. La différence la plus importante se situe au niveau de 4q1. Ainsi, la probabilité de décéder après le premier anniversaire des enfants ruraux est plus de deux fois supérieure à celle des enfants urbains.

La région et l'ethnie semblent aussi influencer la mortalité infantile et juvénile. En effet, les quotients les plus bas sont enregistrés dans l'Ouest, la région la plus urbanisée du pays, où vivent la majorité des Wolofs et des Serers. Ainsi, le quotient de mortalité infantile 1q0 chez ces deux groupes ethniques est moins élevé que chez les autres ethnies. Les quotients de mortalité dans le Sud sont les plus élevés. C'est la région des Diolas et de nombreux autres groupes ethniques où

TABLEAU 6.4 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET DE L'ENFANCE SELON LA PERIODE ET LES VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES DES MERES

	Mortalité infantile $_1q_0$	Mortalité de l'enfance $_4q_1$	Les deux $_5q_0$
Variables socio-économiques	1976-85*	1976-85	1976-85
Milieu			
Urbain	69,8	70,6	135,4
Rural	102,3	164,1	249,6
Région			
Ouest	72,8	89,4	155,7
Centre	93,9	166,2	244,4
Nord-Est	101,4	109,2	199,6
Sud	117,7	163,8	262,2
Ethnie			
Wolof	82,0	125,5	197,2
Poular	106,9	118,2	212,5
Serer	82,6	155,9	225,6
Mandingue	(86,7)	(191,3)	(261,5)
Diola	(99,7)	(111,0)	(199,6)
Autres	106,1	(114,8)	(208,7)
Instruction			
Aucune	96,4	142,4	225,1
Primaire	65,9	79,9	140,5
Secondaire +	(49,8)	(23,9)	(72,4)
Alphabétisation			
Ne sait pas lire	96,2	142,4	224,9
Sait lire	57,3	51,7	106,1
Total	91,0	130,4	209,5

Note: Les chiffres entre parenthèses représentent des quotients calculés sur moins de 500 naissances.

*On a inclus 1986, l'année de l'enquête.

TABLEAU 6.5 QUOTIENTS DE MORTALITE (EN o/oo) SELON LA PERIODE ET CERTAINS VARIABLES DEMOGRAPHIQUES

Variables démographiques	Mortalité infantile $_1q_0$ 1976-85*	Mortalité de l'enfance $_4q_1$ 1976-85	Les deux $_5q_0$ 1976-85
Sexe de l'enfant			
Masculin	98,0	131,0	216,2
Féminin	83,6	129,7	202,4
Rang de naissance de l'enfant			
1	112,3	123,0	221,5
2,3	86,2	128,2	203,3
4,6	82,2	140,6	211,2
7+	91,8	125,0	205,3
Intervalle précédant			
<24 mois	114,9	139,0	237,9
24-47 mois	72,4	133,4	196,1
48 mois +	57,9	(96,5)	(148,9)
Age de la mère à la naissance de l'enfant			
<20	119,1	134,1	237,2
20-29	83,2	130,4	202,7
30-34	84,4	134,5	207,5
35 ou plus	85,8	117,6	193,3

Note: Les chiffres entre parenthèses représentent des quotients calculés sur moins de 500 naissances.

*On a inclus 1986, l'année de l'enquête.

la mortalité infantile est des plus élevées. Les conditions climatiques du Sud expliquent en partie la surmortalité observée dans cette zone. Dans les régions du Centre et du Nord-Est qui sont habités par la grande majorité des Pouiars, le niveau de la mortalité est intermédiaire.

Selon le niveau d'instruction, il y une liaison négative entre cette variable et les quotients de mortalité infantile et juvénile. Les enfants des femmes sans instruction ont une probabilité de décéder plus élevée que celle des enfants des femmes éduquées. Comme pour l'instruction, il y a une corrélation négative entre la mortalité des enfants et l'alphabétisation de la mère.

Pour ce qui suit, nous examinerons la liaison entre la mortalité des enfants et les trois variables: l'âge de la mère, le rang de naissance de l'enfant et l'intervalle précédant la naissance.

Il ressort du tableau 6.5 que les quotients de mortalité $_1q_0$ et $_5q_0$ des enfants nés des femmes de moins de 20 ans sont nettement supérieurs à ceux des enfants nés des mères des autres groupes d'âges. La mortalité infantile est pratiquement la même aux autres différents groupes d'âges et la mortalité juvénile la plus faible se situe à l'âge de 35 ans ou plus.

Concernant le rang de naissance de l'enfant, la mortalité infantile baisse lorsque le rang de naissance augmente, puis reprend légèrement après le sixième enfant.

La longueur de l'intervalle précédant la naissance a un effet négatif apparent sur la mortalité des enfants. Ainsi, pour l'intervalle de moins de 24 mois, le quotient $_1q_0$ est plus de deux fois supérieur à celui chez les enfants qui sont nés 48 mois ou plus après la naissance précédante.

Estimations comparatives

Dans cette sous-section, nous examinerons les données sur la mortalité infantile et juvénile à l'échelle nationale à partir de deux sources, à savoir l'ESF de 1978 et l'EDS de 1986. La comparaison des résultats entre les deux études est possible du fait de la similarité de leur méthodologie.

La source des données pour les estimations directes de la mortalité des enfants dans l'ESF est l'historique des grossesses. Dans l'EDS, comme nous l'avons noté plus haut, la source de l'information sur la mortalité est l'histoire des naissances.

Les quotients $_1q_0$ et $_4q_1$ estimés par l'EDS pour 1971–75 d'une part et par l'ESF pour 1970–74 d'autre part sont présentés dans le tableau 6.6. Ainsi, les quotients $_1q_0$ estimés par l'ESF et l'EDS sont respectivement de 116 et 120 pour mille. En tenant compte des erreurs d'observation et des erreurs d'échantillonnage, il ressort de ce tableau que les données des deux enquêtes concernant la mortalité des enfants semblent être consistantes et ne souffrent pas d'erreurs graves de collecte. Toutefois, il est nécessaire d'entreprendre des analyses ultérieures approfondies sur ce thème en utilisant les données des deux enquêtes afin de mieux apprécier la qualité de l'information, d'une façon plus détaillée.

6.2 Santé de la mère et de l'enfant

Cette partie du chapitre est consacrée à l'examen des données sur la santé de la mère et de l'enfant qui proviennent des questions de la section 4 du Questionnaire Individuel intitulé "Santé et Allaitement." L'analyse des réponses à ces questions portera sur les quatre thèmes suivants:

TABLEAU 6.6 QUOTIENTS DE MORTALITE (EN o/oo) SELON L'EDS DE 1986 ET L'ESF DE 1978

	EDS, 1986	ESF, 1978
Quotient	Période 1971-75	Période 1970-74*
1q0		
S. Masculin	128,2	131,9
S. Féminin	112,1	99,5
Les deux	120,3	116,2
4q1		
S. Masculin	175,2	159,1
S. Féminin	204,6	168,2
Les deux	189,5	168,5

*Shea O. Rutstein, Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials, World Fertility Survey, Comparative Studies Number 43, p. 46, Voorburg, Netherlands, International Statistical Institute, 1984.

- Les consultations prénatales et la prévention anti-tétanique pour les naissances des cinq dernières années;
- L'assistance à l'accouchement;
- La couverture vaccinale des enfants survivants âgés de moins de cinq ans;
- La morbidité infantile.

Deux autres thèmes abordés par la section sur la santé maternelle et infantile ne seront pas examinés ici. Le premier, qui traite de l'allaitement, l'aménhorrée et l'abstinence post-partum, a été déjà présenté dans le chapitre sur la nuptialité et l'exposition au risque de grossesse. Le second qui est consacré aux causes des décès sera étudié dans le cadre des analyses ultérieures et sera présenté dans une publication séparée.

L'analyse de ces données sur la santé pourra aider à mieux évaluer l'action des services de la protection de la santé de la mère et de l'enfant au Sénégal.

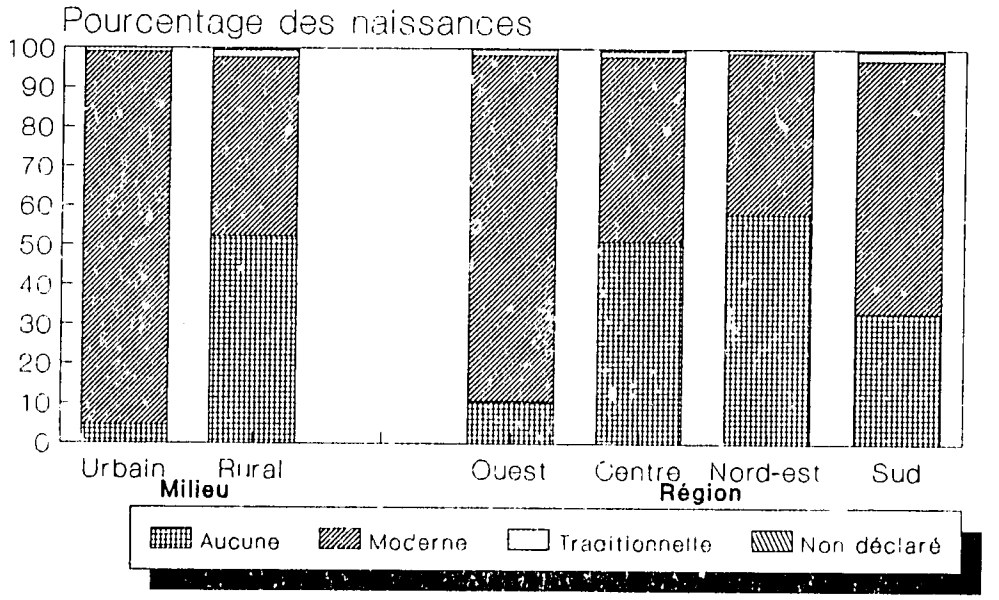
Consultations prénatales et injections contre le tétanos

L'étude des consultations prénatales et de l'immunisation contre le tétanos est fort utile étant donné la corrélation négative qui existe entre les soins durant la grossesse et la mortalité de la femme et de l'enfant.

Il ressort du tableau 6.7 et du graphique 6.2, relatifs à la répartition des naissances au cours des cinq dernières années selon le type de consultations prénatales et les variables socio-démographiques, que plus de 6 femmes sur dix ont bénéficié au moins d'une visite à un service sanitaire. Les services de santé (hôpital, PMI, dispensaire, etc.) sont les plus fréquentés (33 pour cent), suivis de près par la sage-femme ou l'infirmière (27 pour cent). Le médecin joue un rôle extrêmement limité (3 pour cent).

Graphique 6.2

Répartition des Naissances par Type de Consultations Prénatales



Selon le milieu de résidence, presque la quasi totalité (95 pour cent) des femmes urbaines ont recouru aux services de santé. En milieu rural par contre, moins de la moitié des femmes (46 pour cent) ont effectué des visites prénatales à des institutions ou au personnel de santé.

Au niveau de la région, le pourcentage de soins prénataux le plus élevé est observé, comme il fallait s'y attendre, à l'Ouest (88 pour cent). Le Sud (64 pour cent) vient en deuxième position, tandis que les pourcentages les plus faibles sont enregistrés au Centre (47 pour cent) et au Nord-Est (41 pour cent).

Le niveau d'instruction et l'alphabétisation ont une influence sur la fréquence des consultations prénatales. Moins de 6 femmes sur 10 sans aucune instruction ont visité un service de santé alors presque la totalité des femmes avec une éducation quelconque (primaire: 90 pour cent et secondaire: 98 pour cent) ou alphabétisées (94 pour cent) ont effectué au moins une visite de soins durant la grossesse.

Le même tableau donne les proportions des naissances au cours des cinq dernières années dont les mères ont reçu une injection contre le tétanos selon les variables socio-démographiques.

TABLEAU 6.7 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE DE CONSULTATIONS PRENATALES ET LE POURCENTAGE DES NAISSANCES DONT LES MERES AVAIENT RECU UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Type de visites prénatales								Pourcentage des naissances dont les mères avaient reçu une injection contre le tétanos	Effectif des naissances
	Aucune	Médecin	Sage-femme/ Infirmière	Service de santé	Matrone	Autre	ND	Total		
Milieu										
Urbain	4,5	6,2	48,5	39,9	0,5	0,4	-	100,0	53,8	1473
Rural	52,2	1,8	15,0	28,8	1,3	0,6	0,4	100,0	18,9	2771
Région										
Ouest	10,7	5,2	38,9	43,6	0,6	0,9	-	100,0	49,1	1455
Centre	50,9	1,6	16,7	28,9	1,2	0,4	0,4	100,0	19,2	1596
Nord-Est	58,0	3,5	16,2	21,5	0,7	0,2	-	100,0	18,0	605
Sud	33,2	3,4	34,0	26,6	1,7	0,5	0,5	100,0	32,0	588
Niveau d'instruction										
Non scolarisée	41,7	2,1	23,1	31,3	0,9	0,6	0,3	100,0	26,8	3520
Primaire	8,0	4,9	44,1	40,6	2,0	0,4	-	100,0	47,9	512
Secondaire +	1,9	19,8	42,9	34,9	-	0,5	-	100,0	61,8	212
Alphabétisation										
Ne sait pas lire	40,9	2,2	23,5	31,5	0,8	0,5	0,3	100,0	27,0	620
Sait lire	4,8	10,2	44,8	38,9	1,0	0,6	-	100,0	54,5	3624
Total	35,7	3,3	26,6	32,6	1,0	0,5	0,2	100,0	30,9	4244*

*Il s'agit des naissances dans la période 1-59 mois avant l'enquête.

Il y a deux remarques à faire sur les données relatives au tétanos. Premièrement, il n'est pas sûr que les femmes enquêtées sont en mesure de distinguer entre un vaccin anti-tétanique et un autre. Deuxièmement, les réponses peuvent être affectées par la sous-déclaration des événements. Par ailleurs, une femme qui n'est pas immunisée contre le tétanos durant une des grossesses au cours des cinq dernières années n'est pas nécessairement exposée au risque de cette maladie infectueuse grave; elle pourrait être protégée par le vaccin anti-tétanique reçu dans la période antérieure à celle des cinq dernières années.

Malgré les difficultés d'interprétation des données sur le tétanos, la proportion des femmes vaccinées contre cette maladie durant la grossesse est un indice de base pour évaluer l'action des services de PMI.

Les résultats de l'enquête montrent que la prévention contre le tétanos est faible chez les femmes sénégalaises. En effet, il y a moins du tiers des mères interviewées (31 pour cent) seulement qui ont déclaré avoir été vaccinées.

Par variables socio-démographiques, la proportion des femmes ayant reçu le vaccin anti-tétanique croit avec le degré d'urbanisation (milieu et région) et l'éducation (niveau d'instruction et alphabétisation). Pour ne citer que le milieu de résidence, il ressort du tableau 6.7 que plus de la moitié des femmes urbaines (54 pour cent) ont reçu une injection contre le tétanos et que moins d'une femme rurale sur cinq (19 pour cent) seulement est vaccinée contre la même maladie.

Assistance à l'accouchement

La question sur l'accouchement s'adresse aux femmes qui ont eu des naissances au cours des cinq dernières années et elle est posée comme suit: "Qui vous assistait quand vous accouchiez de (NOM DE L'ENFANT)?"

Le tableau 6.8 indique que plus de la moitié des accouchements ont eu lieu sans l'aide des services de santé (58 pour cent). C'est la parente ou la voisine qui assiste le plus de femmes dans leur accouchement (26 pour cent), suivie de très près par l'accoucheuse traditionnelle ou la matrone (26 pour cent). La proportion des femmes qui ont enfanté chez elles sans l'aide de personne est relativement importante (6 pour cent), étant donné que le risque de la mère et/ou de l'enfant de décéder durant la délivrance augmente si les femmes ne sont pas assistées dans l'accouchement.

La proportion des femmes qui accouchent avec l'aide des services de santé reste peu élevée (41 pour cent). L'assistance aux accouchements du personnel paramédical (sage-femme, infirmière et auxiliaire de santé) est prédominante dans les formations sanitaires. La part du médecin, par contre, est négligeable (1 pour cent).

Comme le montre le même tableau 6.8, les variables de base ont une influence sur les lieux d'accouchement et les catégories de personnel qui assistent dans l'accouchement.

Par milieu de résidence, on remarque que la majorité des femmes en milieu urbain accouchent avec l'assistance des formations sanitaires (82 pour cent). En milieu rural, par contre, la plupart des femmes accouchent sans l'aide de ces services (72 pour cent).

Au niveau régional, on constate que l'accouchement avec l'assistance du personnel de santé est prédominant seulement à l'Ouest (70 pour cent). Dans les autres régions, la part de ce person-

TABLEAU 6.8 REPARTITION (%) DES NAISSANCES AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE D'ASSISTANCE LORS DE L'ACCOUCHEMENT SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Type d'assistance lors de l'accouchement								Total	Effectif
	Aucune	Médecin	Sage-femme	Service de santé	Matrone	Accoucheuse tradit.	Autre	ND		
Milieu										
Urbain	1,5	1,7	46,2	34,5	8,1	2,6	5,4	-	100,0	1473
Rural	8,2	0,4	8,1	11,3	8,0	26,2	37,5	0,3	100,0	2771
Région										
Ouest	2,0	1,9	35,1	33,3	6,7	7,2	13,8	-	100,0	1455
Centre	6,4	-	11,8	12,4	7,8	24,1	37,0	0,4	100,0	1596
Nord-Est	10,2	1,2	13,2	11,9	5,3	25,6	32,6	-	100,0	605
Sud	9,4	0,2	21,3	11,4	14,8	20,6	22,1	0,3	100,0	588
Instruction										
Aucune	6,5	0,5	16,8	16,9	7,8	20,9	30,3	0,3	100,0	3520
Primaire	3,3	0,8	39,1	30,9	10,5	5,5	10,0	-	100,0	512
Secondaire +	0,9	6,1	52,8	32,5	5,7	0,9	0,9	-	100,0	212
Alphabétisation										
Ne sait pas lire	6,6	0,5	17,2	16,8	7,9	20,5	30,3	0,2	100,0	620
Sait lire	1,6	3,1	45,3	34,0	9,0	3,5	3,4	-	100,0	3624
Total	5,8	0,8	21,3	19,3	8,0	18,0	26,4	0,2	100,0	4244*

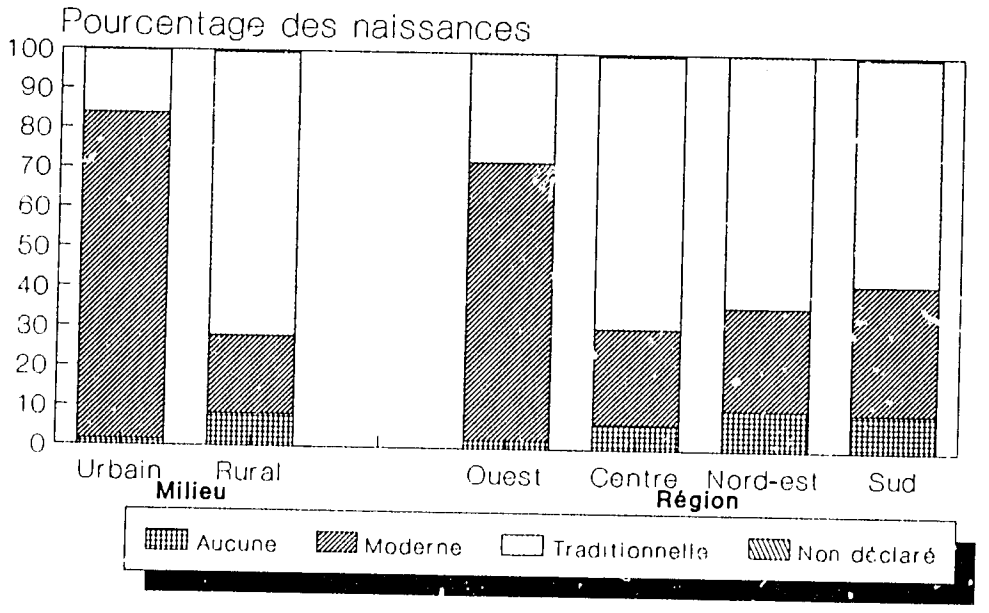
*Il s'agit des naissances dans la période 1-59 mois avant l'enquête.

nel reste peu développée, variant de 33 pour cent dans le Sud à 24 pour cent au Centre (graphique 6.3).

Par éducation, le pourcentage des accouchements sans l'assistance du personnel de santé diminue avec l'élévation du niveau d'instruction. Chez les femmes sans aucune éducation, il représente 66 pour cent; chez celles avec une formation primaire, il est de 29 pour cent et enfin chez les femmes ayant atteint le secondaire, le pourcentage n'est plus que de 8 pour cent. Comme pour le niveau d'instruction, il y a une différence notoire dans les lieux d'accouchement entre les femmes alphabétisées et celles qui ne le sont pas.

Graphique 6.3

Répartition des Naissances Selon le Type d'Assistance Lors de l'Accouchement



Couverture vaccinale

Les données sur la couverture vaccinale sont obtenues à partir des carnets de santé des enfants vivants au moment de l'enquête âgés de moins de cinq ans qui sont nés de femmes de l'échantillon. L'information n'est pas recueillie pour les enfants des mères qui sont décédées, hospitalisées ou pour une raison ou une autre ne sont pas enquêtées. Il se peut que les données sur ces derniers enfants diffèrent de celles des enfants dont les mères sont interviewées, mais étant donné leur faible effectif, les résultats présentés ici peuvent être considérés comme descriptifs de la couverture vaccinale parmi les enfants du pays âgés de moins de cinq ans.

Les maladies pour lesquelles on a relevé à partir des carnets de santé les dates de vaccination sont les suivantes: la tuberculose (BCG), la poliomyélite (Polio), la diphtérie-le tétanos-et-la-coqueluche (DTC0q), la rougeole et la fièvre jaune. Si l'enfant n'a pas de carnet, ou l'enquêtrice n'est pas en mesure de voir le carnet, on a demandé seulement à la femme si son enfant est vacciné ou non sans spécifier le type de vaccin reçu, car il y a des doutes sur la fiabilité des déclarations des mères.

Il ressort du tableau 6.9 que moins du quart (24 pour cent) des enfants ont des carnets de santé que l'enquêtrice a vus et que presque la quasi totalité de ces enfants sont vaccinés. Si l'on ajoute la proportion des enfants qui n'ont pas de carnet, mais qui sont vaccinés d'après les déclarations des mères (39 pour cent), on peut dire que six enfants sénégalais sur dix âgés de moins de cinq ans ont reçu au moins un vaccin contre une ou plusieurs maladies.

TABLEAU 6.9 PARMI LES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS, POURCENTAGE AYANT DES CARNETS DE SANTE, POURCENTAGE DES ENFANTS VACCINES D'APRES LES CARNETS DE SANTE, OU D'APRES LES REPONSES DES MERES ET PARMI LES ENFANTS AYANT DES CARNETS DE SANTE, POURCENTAGE DE CEUX QUI SONT VACCINES CONTRE LE BCG, LA DTCOQ, LA POLIO, LA ROUGEOLE ET LA FIEVRE JAUNE SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

	Parmi tous les enfants vivants de 5 ans en %			Parmi les enfants vivants de <5 ans ayant des carnets de santé, pourcentage qui sont vaccinés contre										
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			(6)			(7)	(8)	(9)	
Variables socio-démographiques	Ayant des carnets de santé	Vaccinés d'après les carnets de santé	Vaccinés d'après les réponses des mères	BCG	D T Coq 1	D T Coq 2	D T Coq 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes les maladies	Fièvre jaune	Effectif des enfants vivants de 5 ans*
Age des enfants														
Moins de 6 mois	14,5	9,2	9,2	61,2	46,9	0,0	0,0	30,6	0,0	0,0	0,0	-	0,0	338
6-11 mois	28,2	27,3	20,2	90,2	91,9	43,1	15,4	73,2	36,6	14,6	22,0	6,5	19,5	436
12-17 mois	29,3	28,6	29,0	83,7	83,7	48,9	22,0	70,7	42,3	22,0	57,7	17,9	53,7	420
18-23 mois	33,4	32,9	39,4	86,3	90,3	68,5	38,7	78,2	54,8	29,0	71,0	24,2	66,1	371
24-59 mois	21,3	20,5	49,5	88,0	90,0	63,8	40,3	76,4	55,8	38,0	69,1	31,3	65,1	2108
Milieu														
Urbain	44,5	42,4	38,8	88,3	88,8	65,8	43,0	75,6	56,9	38,7	57,2	30,6	52,6	1308
Rural	12,1	11,4	39,1	81,2	83,3	35,2	9,8	67,2	29,6	9,4	57,1	8,0	55,4	2365
Région														
Ouest	38,6	37,2	40,3	88,4	88,8	64,0	39,6	77,2	57,0	36,6	60,4	28,8	56,4	1297
Centre	9,5	8,6	40,6	77,3	79,7	44,5	19,5	53,9	27,3	14,8	51,6	13,3	49,2	1351
Nord-Est	11,7	10,9	34,0	88,3	81,7	61,7	26,7	66,7	35,0	23,3	41,7	18,3	41,7	514
Sud	35,4	33,3	36,2	84,5	89,0	45,3	21,5	76,2	41,4	19,9	57,5	16,0	52,5	511
Instruction														
Aucune	19,1	17,9	38,9	84,2	83,3	47,6	23,3	67,4	40,8	21,4	53,6	16,7	51,7	3013
Primaire	41,0	39,7	39,0	88,9	92,6	67,2	43,9	83,1	60,3	40,2	59,3	31,7	55,0	461
Secondaire +	52,3	51,8	39,7	90,4	97,1	79,0	58,7	84,6	64,4	51,0	73,1	43,3	60,6	199
Alphabétisation														
Ne sait pas lire	19,0	17,8	38,7	84,8	83,4	48,2	23,4	67,5	41,3	21,5	53,3	16,8	51,6	3105
Sait lire	48,9	47,9	39,0	88,5	94,6	71,6	50,4	84,2	61,9	45,0	65,5	36,7	57,6	568
Total	23,7	22,4	39,0	86,0	87,0	55,7	32,0	72,8	47,9	29,0	57,2	23,1	53,5	3673

*Enfants âgés de 1 à 59 mois

Les proportions d'enfants vaccinés selon le carnet de santé montre que la majorité des enfants de moins de cinq ans sont vaccinés contre la tuberculose (86,0 pour cent), la DTCoq première prise (87,0 pour cent), et la Polio première prise (73 pour cent) et que plus de la moitié des enfants ont reçu le vaccin contre la rougeole (57 pour cent) et la fièvre jaune (54 pour cent).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que tous les enfants soient vaccinés selon le calendrier présenté ci-dessous (Sherris et al, 1986:171):

AGE	VACCINATION
6 semaines	BCG
10 semaines	DTCoq, Polio
14 semaines	DTCoq, Polio
9 mois	Rougeole

D'après ce calendrier, les enfants devraient être immunisés contre les différentes maladies de l'enfance avant d'atteindre l'âge d'un an.

Les résultats de l'enquête indiquent que parmi les enfants âgés de 1 à 4 ans, pas plus de 30 pour cent ne sont vaccinés contre toutes les maladies, (le BCG, les trois prises de Polio et de DTCoq et la rougeole).

L'analyse de la couverture vaccinale selon les variables socio-démographiques montre que les enfants des femmes appartenant au milieu urbain, venant de la région de l'Ouest et ayant une éducation quelconque sont les plus nombreux à avoir reçu les vaccins indiqués.

Morbidité infantile

Les informations sur la morbidité des enfants recueillies dans cette enquête portent sur l'incidence et le traitement de la diarrhée et du paludisme des enfants âgés de moins de cinq ans. Le problème de représentativité de l'échantillon des enfants se pose également ici et les observations faites sur ce sujet dans la sous-section précédents consacrée à la couverture vaccinale s'appliquent à l'étude de la morbidité.

Les données sur les maladies des enfants pourraient être aussi entachées d'erreurs du fait que la mère pourrait avoir des trous de mémoire ou se tromper de période de référence. Malgré ces réserves sur les données relatives à la morbidité, les résultats présentés ici sont fort utiles pour l'appréciation de l'incidence de ces deux graves maladies.

Diarrhée

Le tableau 6.10 donne le pourcentage des enfants vivants âgés de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée dans les deux dernières semaines précédant l'enquête selon les variables socio-démographiques.

Presque quatre enfants sur dix (38 pour cent) ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines selon les déclarations des mères. La diarrhée infantile n'est pas définie par rapport au nombre de selles liquides par jour. On a estimé que la femme est en mesure de déterminer si son enfant était atteint de la diarrhée ou non.

TABLEAU 6.10 POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ONT EU LA DIARRHEE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Pourcentage des enfants de <5 ans qui ont eu la diarrhée dans les deux dernières semaines	Effectif des enfants vivants de <5 ans
Age des enfants		
Moins de 6 mois	40,7	338
6-11 mois	55,5	436
12-17 mois	51,2	420
18-23 mois	52,8	371
24-59 mois	28,6	2108
Sexe		
Garçons	38,9	1848
Filles	36,9	1823
Milieu		
Urbain	30,6	1308
Rural	42,0	2363
Région		
Ouest	34,5	1297
Centre	43,0	1351
Nord-Est	39,1	514
Sud	31,8	509
Instruction		
Aucune	40,0	3012
Primaire	32,2	460
Secondaire +	20,1	199
Alphabétisation		
Ne sait pas lire	40,3	3104
Sait lire	25,0	567
Total	37,9	3671*

*Il y a deux cas qui n'ont pas d'information sur la diarrhée.

La proportion des enfants qui ont eu la diarrhée varie selon l'âge de l'enfant, avec un maximum de 56 pour cent chez les enfants de 6 à 11 mois et un minimum de 29 pour cent chez les enfants de 24 à 59 mois. Par sexe, la différence est insignifiante: 39 pour cent chez les garçons contre 37 pour cent chez les filles.

L'analyse des pourcentages des enfants qui ont eu la diarrhée selon les caractéristiques sociodémographiques montre qu'il y a une association négative entre la proportion d'enfants diarrhéiques et les variables milieu de résidence, région, niveau d'instruction et alphabétisation. Ces deux dernières variables semblent avoir le plus d'impact sur la prévalence de la diarrhée. Ainsi par niveau d'instruction, le pourcentage d'enfants malades issus des mères sans aucune instruction est presque deux fois plus élevé que celui des enfants des mères ayant le niveau du secondaire ou plus.

Bien que la majorité des femmes enquêtées aient déclaré avoir traité la diarrhée de leurs enfants, il n'en reste pas moins que trois enfants sur dix n'ont reçu aucun traitement, comme l'indique le tableau 6.11. Parmi les enfants qui sont traités, 32 pour cent ont reçu des produits pharmaceutiques, 25 pour cent des traitements préparés à la maison (pain de singe,[3] plantes médicinales et bouillie de riz) et 19 pour cent des soins dans les services de santé. La réhydratation par voie orale comme traitement contre la diarrhée est citée par très peu de femmes (7 pour cent). Presque 2 pour cent des enfants seulement ont reçu la RVO et 5 pour cent la solution d'eau sucrée ou salée, préparée par les mères.

La proportion d'enfants traités augmente avec l'âge de l'enfant jusqu'à 2 ans, passant de 52 pour cent chez les moins de 6 mois à 81 pour cent chez les âgés de 18 à 23 mois. Par sexe, les garçons semblent avoir reçu plus de soins contre la diarrhée que les filles (73 pour cent contre 66 pour cent).

Pour ce qui est des autres variables sociales, il y a une corrélation positive entre le pourcentage des enfants qui ont reçu des traitements et le degré d'urbanisation ou l'alphabétisation. Mais par rapport au type de soins administrés, l'influence des caractéristiques socio-démographiques est moins évidente, à l'exception du niveau d'instruction, de l'alphabétisation et du milieu où les enfants des femmes éduquées et urbanisées sont les plus nombreux à être soignés dans les établissements sanitaires, et à recevoir des antibiotiques ou la réhydratation orale.

Paludisme

Nous abordons à présent l'analyse des données sur le paludisme. A la question "Est-ce que (NOM) a eu le paludisme l'hivernage dernier?", la moitié (50 pour cent) des enfants de moins de cinq ans ont eu la maladie selon les déclarations des mères, comme le montre le tableau 6.12.

La prévalence du paludisme augmente avec l'âge de l'enfant. Elle est de 2 pour cent chez les enfants de moins de 6 mois, 51 pour cent chez ceux âgés entre 12 et 17 mois et 65 pour cent chez les enfants âgés de 2 à 4 ans. Selon le sexe, la prévalence est légèrement plus faible parmi les filles (49 pour cent) que parmi les garçons (51 pour cent). Pour les autres variables, la proportion des enfants ayant eu le paludisme est la plus élevée parmi les enfants dont les mères sont analphabètes ou sans instruction et vivant dans les régions les moins urbanisées.

Les femmes sénégalaises prennent apparemment au sérieux le paludisme puisque la quasi-totalité des enfants (93 pour cent) ont reçu un traitement contre cette maladie. Les soins sont

TABLEAU 6.11 PARMI LES ENFANTS VIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ON EU LA DIARRHEE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DES TRAITEMENTS DANS DES SERVICES DE SANTE ET POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Pourcentage des enfants avec la diarrhée qui ont reçu un traitement quelconque	Pourcentage des enfants avec diarrhée qui ont reçu des traitements par:[1]							Effectif des enfants avec diarrhée
		Services de santé	RVO	Solution à la maison d'eau sucrée ou salée	Bouillie de riz	Pain de singe	Plantes médicinales	Produits pharmaceutiques	
Age des enfants									
Moins de 6 mois	51,8	10,6	0,7	2,2	-	8,8	11,7	23,4	137
6-11 mois	65,7	17,8	2,9	6,2	3,3	11,6	9,1	31,0	242
12-17 mois	70,2	20,5	3,7	5,1	6,0	14,9	9,3	32,1	215
18-23 mois	81,1	29,6	1,0	5,6	5,1	14,8	9,2	37,2	196
24-59 mois	70,8	18,4	1,7	4,0	3,2	14,5	9,6	33,7	602
Sexe									
Garçons	72,7	19,4	2,5	4,9	4,6	15,0	9,6	34,9	719
Filles	65,8	19,4	1,5	4,3	2,5	11,9	9,7	29,9	673
Milieu									
Urbain	71,8	23,9	2,8	4,3	4,3	15,5	6,8	33,8	400
Rural	68,4	17,6	1,7	4,7	3,3	12,7	10,8	32,0	992
Région									
Ouest	72,1	22,9	1,8	6,5	4,0	17,2	6,9	29,0	448
Centre	70,6	15,4	2,1	4,0	3,1	13,8	8,1	39,1	581
Nord-Est	64,7	24,3	4,0	2,0	4,5	7,0	11,4	34,3	201
Sud	63,6	17,9	-	4,9	3,1	10,5	20,4	16,0	162
Instruction									
Aucune	68,8	18,6	1,7	4,3	3,4	13,3	10,3	32,2	1204
Primaire	70,9	25,5	4,1	5,4	4,7	13,4	6,1	32,4	148
Secondaire +	75,0	22,0	2,5	10,0	5,0	19,5	2,5	40,0	40
Alphabétisation									
Ne sait pas lire	69,0	18,6	2,1	4,4	3,5	13,6	10,2	32,2	1250
Sait lire	72,5	26,4	1,4	6,3	4,2	12,7	4,9	35,2	142
Total	69,4	19,4	2,0	4,6	3,6	13,5	9,6	32,5	1392

[1]Le total des pourcentages des types de traitement est supérieur à 69,4 pour cent de la colonne 2 en raison des réponses multiples.

TABLEAU 6.12 PARMI LES ENFANTS SURVIVANTS AGES DE MOINS DE CINQ ANS QUI ONT EU LE PALUDISME L'HIVERNAGE DERNIER, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT RECU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont eu le paludisme l'hivernage dernier	Pourcentage des enfants avec le paludisme qui ont reçu un traitement quelconque	Pourcentage des enfants avec le paludisme qui ont reçu des traitements par:[1]							Effectif des enfants vivants de moins de cinq ans
			Services de santé	Antipaludique[2]	Aspirine	Autres comprimés	Injection	Plantes médicinales	Autres	
Age des enfants										
Moins de 6 mois	2,1	57,1	14,3	14,3	-	-	-	28,6	-	338
6-11 mois	11,0	81,3	29,2	18,8	8,3	8,3	10,4	31,3	2,1	436
12-17 mois	51,2	93,5	57,2	25,6	12,6	10,2	12,1	16,3	2,3	420
18-23 mois	57,4	94,8	62,4	30,5	9,9	7,5	16,4	8,0	2,3	371
24-59 mois	64,6	92,5	59,0	26,7	12,4	10,4	15,3	8,1	4,0	2108
Sexe										
Garçons	51,5	93,5	59,0	25,8	12,3	10,8	16,9	9,3	2,9	1849
Filles	48,9	91,8	57,4	27,8	11,7	9,0	12,7	10,1	4,1	1824
Milieu										
Urbain	37,9	96,4	76,2	25,4	8,1	7,3	21,0	4,0	2,8	1308
Rural	57,0	91,3	51,6	27,3	13,4	10,9	12,6	11,8	3,8	2365
Région										
Ouest	41,3	97,2	75,6	24,8	10,6	7,8	20,9	3,5	2,4	1297
Centre	58,6	93,6	55,9	27,0	13,5	13,5	12,0	9,3	3,3	1351
Nord-Est	52,9	82,7	40,1	28,3	15,1	6,6	11,4	14,7	5,9	514
Sud	47,9	91,0	47,8	28,6	6,5	6,5	14,7	18,8	4,1	511
Instruction										
Aucune	53,5	92,3	56,5	26,7	12,3	10,5	14,5	10,4	3,6	3013
Primaire	38,6	95,5	71,9	25,8	7,9	6,7	15,2	5,1	2,2	461
Secondaire +	27,6	94,5	63,6	32,7	14,5	3,6	23,6	3,6	5,5	199
Alphabétisation										
Ne sait pas lire	53,4	92,3	57,0	26,3	9,6	10,6	14,4	10,4	3,5	3105
Sait lire	33,1	96,3	69,1	30,9	12,3	3,7	18,6	3,2	3,7	568
Total	50,2	92,7	58,2	26,8	12,0	9,9	14,9	9,7	3,5	3673

[1]Le total des pourcentages des types de traitement est supérieur à 92,7 pour cent de la colonne 3 en raison des réponses multiples.

[2]Nivaquine

légèrement plus disponibles pour les garçons et pour les enfants du milieu urbain ou ceux dont les mères sont éduquées.

La majorité des enfants ont reçu leur traitement dans les services de santé (58 pour cent) et une autre partie non négligeable a utilisé des antipaludiques (27 pour cent). Les autres traitements ont pour noms: injections (15 pour cent), aspirine (12 pour cent), autres comprimés (10 pour cent) et plantes médicinales (10 pour cent).

Ici encore, il y a des différences de types de soins selon les variables socio-démographiques. Plus les femmes sont éduquées, plus le recours à des traitements efficaces (établissements sanitaires) est important. Par milieu et par région, les femmes urbaines et celles venant de l'Ouest ont le plus d'enfants qui ont utilisé les soins de la médecine moderne, et par conséquent, le moins d'enfants qui ont reçu des remèdes traditionnels.

6.3 Indices anthropométriques

L'EDS au Sénégal a recueilli des données sur les mensurations anthropométriques des enfants d'un sous-échantillon des femmes enquêtées. Il s'agit des enfants âgés de 6 à 36 mois et présents lors de l'interview individuelle. Nous n'allons pas présenter la description de la sélection de l'échantillon des enfants puisqu'elle a été faite dans le premier chapitre et sera encore plus détaillée dans l'appendice A.

La collecte des données anthropométriques a été effectuée selon les normes décrites dans le manuel des Nations Unies et les mesures ont été faites en utilisant les Balances pour Enfants ITAC et les Toises pour Taille des Productions Shorr.

Les mensurations ont porté sur le poids et la taille de 635 enfants. Ce qui a permis de calculer trois indices anthropométriques: poids-pour-taille, taille-pour-âge et poids-pour-âge. Ces indices sont comparés pour chaque enfant à des populations de *référence* internationale qui sont des populations bien nourries afin de nous permettre de situer les niveaux de malnutrition au Sénégal.

Le poids-pour-taille qui donne la masse du corps en relation avec la hauteur du corps permet d'estimer l'état nutritionnel actuel. S'il y a une famine ou des périodes d'insuffisances nutritionnelles, le poids peut diminuer sans que la taille soit affectée. Dans une telle situation, la malnutrition qui s'en suit s'appelle dénutrition aiguë.

La taille-pour-âge qui est un indicateur de croissance linéaire permet de mesurer l'état nutritionnel passé. S'il y a une déficience alimentaire s'étendant sur une longue période, la croissance de l'enfant peut être retardée et sa taille n'augmentera pas d'une façon normale. Dans ce cas, la malnutrition est appelée dénutrition chronique.

Le poids-pour-âge est un indice qui permet de mesurer la malnutrition grave car il est basé sur des normes sûres. Il pose, cependant pas mal de difficultés dont deux sont importantes à signaler. Premièrement, il ne distingue pas la dénutrition aiguë de celle chronique et deuxièmement, il ne fait pas de différence entre un enfant qui pèse moins parce qu'il est maigre et celui qui pèse moins parcequ'il est de petite taille. Néanmoins, cet indicateur est utile du fait qu'il permet d'établir des priorités basées sur la sévérité des problèmes de malnutrition. Cet indicateur est souvent utilisé par les services de santé, particulièrement en Afrique.

Enfin, les données des indices anthropométriques sont présentées sous forme de pourcentages par rapport à l'écart-type de la médiane de référence de NCHS/CDC/OMS. L'échantillon utilisé par ces institutions internationales est représentatif d'une population bien nourrie.

Poids-pour-taille

Le tableau 6.13 donne la répartition des indices du poids-pour-taille selon les variables socio-démographiques. Pour l'ensemble de l'échantillon, il y a 5,8 pour cent des enfants âgés de 6 à 36 mois qui souffrent d'une sous-alimentation aiguë (modérée à grave) et 8,5 pour cent qui peuvent être considérés comme suralimentés (suralimentation légère: 6,5 pour cent et suralimentation modérée à grave: 2,0 pour cent). Ces proportions sont relativement faibles et, par conséquent, on peut dire que la dénutrition modérée à sévère au moment de l'enquête ne pose pas de problèmes au Sénégal. Mais, il y a une dénutrition aiguë légère, relativement prépondérante (24,7 pour cent) qui mérite d'être signalée.

Par sexe, les garçons semblent souffrir de la malnutrition aiguë plus que les filles. Ainsi, le pourcentage des garçons qui sont modérément à sévèrement sous-alimentés atteint 7,6 pour cent et celui des filles qui sont dans la même condition ne dépasse pas 4,1 pour cent. Selon l'âge de l'enfant, la proportion la plus élevée des enfants malnourris se situe chez les âgés de 11 à 23 mois.

Concernant les autres variables, il y a une association négative entre les pourcentages de dénutrition aiguë et l'alphabétisation, l'urbanisation et, a un degré moindre, l'intervalle précédant les naissances. Mais l'alphabétisation semble être la variable qui a le plus d'impact sur la malnutrition. En effet, les enfants des mères analphabètes sont six fois et demi plus exposés à la maladie de dénutrition sévère et modérée que ceux des mères sachant lire et écrire.

Taille-pour-âge

Les résultats sur la dénutrition chronique sont présentés dans le tableau 6.14 qui fait ressortir que presque le quart des enfants souffrent d'une déficience alimentaire chronique sévère ou modérée. Si nous comparons cette proportion à celle d'autres pays comme l'Egypte (21,2 pour cent en 1978), (AR Egypt, 1978,: T.4), nous constatons que la malnutrition chronique est pratiquement la même dans les deux pays.

La prévalence de la dénutrition chronique est moins élevée chez les filles (20,6 pour cent) que chez les garçons (24,8 pour cent). Elle est aussi la moins élevée chez les enfants âgés de moins d'un an (8,5 pour cent) qui sont encore nourris au sein dans leur majorité.

Pour ce qui est des autres variables et la prévalence de la dénutrition chronique, elles sont négativement corrélées, comme c'était le cas avec la malnutrition aiguë.

Poids-pour-âge

Le tableau 6.15 montre que le pourcentage des enfants qui souffrent de la malnutrition sévère ou modérée est de 21,4 pour cent. Il y a lieu de noter, comme nous l'avons indiqué plus haut, que cet indice ne différencie pas entre la déficience alimentaire qui dure depuis une longue période et celle qui est récente.

Comme pour les indices de dénutrition chronique ou aiguë, les indices de dénutrition estimés à partir du poids-pour-âge sont différents selon les caractéristiques socio-démographiques. Les

TABLEAU 6.13 REPARTITION (EN %) DU POIDS-POUR-TAILLE DES ENFANTS AGES DE 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Ecart-type de la médiane de référence						Effectif des enfants
	-2,00 et moins	-1,00 à -1,99	-0,99 à +0,99	+1,00 à +1,99	+2,00 et plus	Total	
Sexe							
Garçon	7,6	26,3	59,7	5,4	1,0	100,0	315
Fille	4,1	23,1	61,9	7,8	3,1	100,0	320
Age							
6-11 mois	2,0	15,0	65,4	13,1	4,6	100,0	153
12-23 mois	8,1	29,5	55,0	6,3	1,1	100,0	271
24-36 mois	5,7	25,6	64,9	2,4	1,4	100,0	211
Intervalle précédent							
Premières naissances	6,8	23,7	61,0	5,9	2,5	100,0	118
<2 années	9,3	22,7	62,9	5,2	0,0	100,0	97
2-3 années	4,5	25,2	60,8	7,4	2,1	100,0	337
4 années ou plus	6,0	26,5	57,8	6,0	3,6	100,0	83
Milieu							
Urbain	3,5	21,2	65,8	6,5	3,0	100,0	231
Rural	7,2	26,7	7,9	6,7	1,5	100,0	404
Région							
Ouest	3,2	22,5	64,0	8,1	2,3	100,0	222
Centre	6,3	25,1	60,7	6,7	1,3	100,0	239
Nord-Est	12,0	30,0	51,0	4,0	3,0	100,0	100
Sud	4,1	23,0	64,9	5,4	2,7	100,0	74
Alphabétisation							
Ne sait pas lire	6,7	26,7	58,7	6,0	1,9	100,0	535
Sait lire	1,0	14,0	72,0	10,0	3,0	100,0	100
Total	5,8	24,7	60,8	6,6	2,0	100,0	635
Distribution normale	2,3	13,6	68,0	13,6	2,3	100,0	

L'écart-type par rapport à la médiane de rérérence est le suivant:

Sous-alimentation grave à modérée = -2,00 et moins
Sous-alimentation légère = -1,99 à -1,00

TABLEAU 6.14 REPARTITION (EN %) DE LA TAILLE-POUR-AGE DES ENFANTS AGES 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Ecart-type de la médiane de référence						
	-2,00 et moins	-1,00 à -1,99	-0,99 à +0,99	+1,00 à +1,99	+2,00 et plus	Total	Effectif des enfants
Sexe							
Garçon	24,8	31,1	39,0	3,8	1,3	100,0	315
Fille	20,6	33,4	43,8	1,3	0,9	100,0	320
Age							
6-11 mois	8,5	29,4	55,6	2,6	3,9	100,0	153
12-23 mois	26,9	34,7	36,2	2,2	0,0	100,0	271
24-36 mois	27,5	31,3	37,9	2,8	0,5	100,0	211
Intervalle précédent							
Premières naissances	19,5	36,4	39,8	2,5	1,7	100,0	118
<2 années	22,7	35,1	39,2	3,1	0,0	100,0	97
2-3 années	23,4	32,3	40,9	2,4	0,9	100,0	337
4 années ou plus	24,1	22,9	48,2	2,4	2,4	100,0	83
Milieu							
Urbain	17,7	26,4	52,8	2,6	0,4	100,0	231
Rural	25,5	35,6	34,9	2,5	1,5	100,0	404
Région							
Ouest	21,6	30,2	46,8	0,9	0,5	100,0	222
Centre	25,1	33,9	37,2	2,5	1,3	100,0	239
Nord-Est	22,0	31,0	37,0	7,0	3,0	100,0	100
Sud	18,9	35,1	44,6	1,4	0,0	100,0	74
Alphabétisation							
Ne sait pas lire	24,3	34,6	37,6	2,2	1,3	100,0	535
Sait lire	14,0	20,0	62,0	4,0	0,0	100,0	100
Total	22,7	32,3	41,4	2,5	1,1	100,0	635
Distribution normale	2,3	13,6	68,0	13,6	2,3	100,0	

L'écart-type par rapport à la médiane de rérérence est le suivant:

Sous-alimentation grave à modérée = -2,00 et moins
Sous-alimentation légère = -1,99 à -1,00

TABLEAU 6.15 REPARTITION (EN %) DU POIDS-POUR-AGE DES ENFANTS AGES DE 6 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Variables socio-démographiques	Ecart-type de la médiane de référence						Effectif des enfants
	-2,00 et moins	-1,00 à -1,99	-0,99 à +0,99	+1,00 à +1,99	+2,00 et plus	Total	
Sexe							
Garçon	22,5	37,1	35,9	3,8	0,6	100,0	315
Fille	20,6	33,1	41,3	3,4	1,6	100,0	320
Age							
6-11 mois	4,6	33,3	47,7	11,8	2,6	100,0	153
12-23 mois	27,7	35,4	35,4	1,1	0,4	100,0	271
24-36 mois	26,1	36,0	36,0	0,9	0,9	100,0	211
Intervalle précédent							
Premières naissances	23,7	28,8	44,9	0,8	1,7	100,0	118
<2 années	25,8	36,1	37,1	1,0	0,0	100,0	97
2-3 années	20,8	35,0	38,6	5,3	0,3	100,0	337
4 années ou plus	16,9	43,4	31,3	3,6	4,8	100,0	83
Milieu							
Urbain	15,2	31,6	47,2	4,3	1,7	100,0	231
Rural	25,2	37,1	33,7	3,2	0,7	100,0	404
Région							
Ouest	17,1	35,6	42,8	3,6	0,9	100,0	222
Centre	22,2	38,1	34,3	4,6	0,8	100,0	237
Nord-Est	30,0	30,0	35,0	3,0	2,0	100,0	100
Sud	21,6	31,1	44,6	1,4	1,4	100,0	74
Alphabétisation							
Ne sait pas lire	23,7	37,0	35,1	3,2	0,9	100,0	535
Sait lire	10,0	25,0	57,0	6,0	2,0	100,0	100
Total	21,6	35,1	38,6	3,6	1,1	100,0	635
Distribution normale	2,3	13,6	68,0	13,6	2,3	100,0	

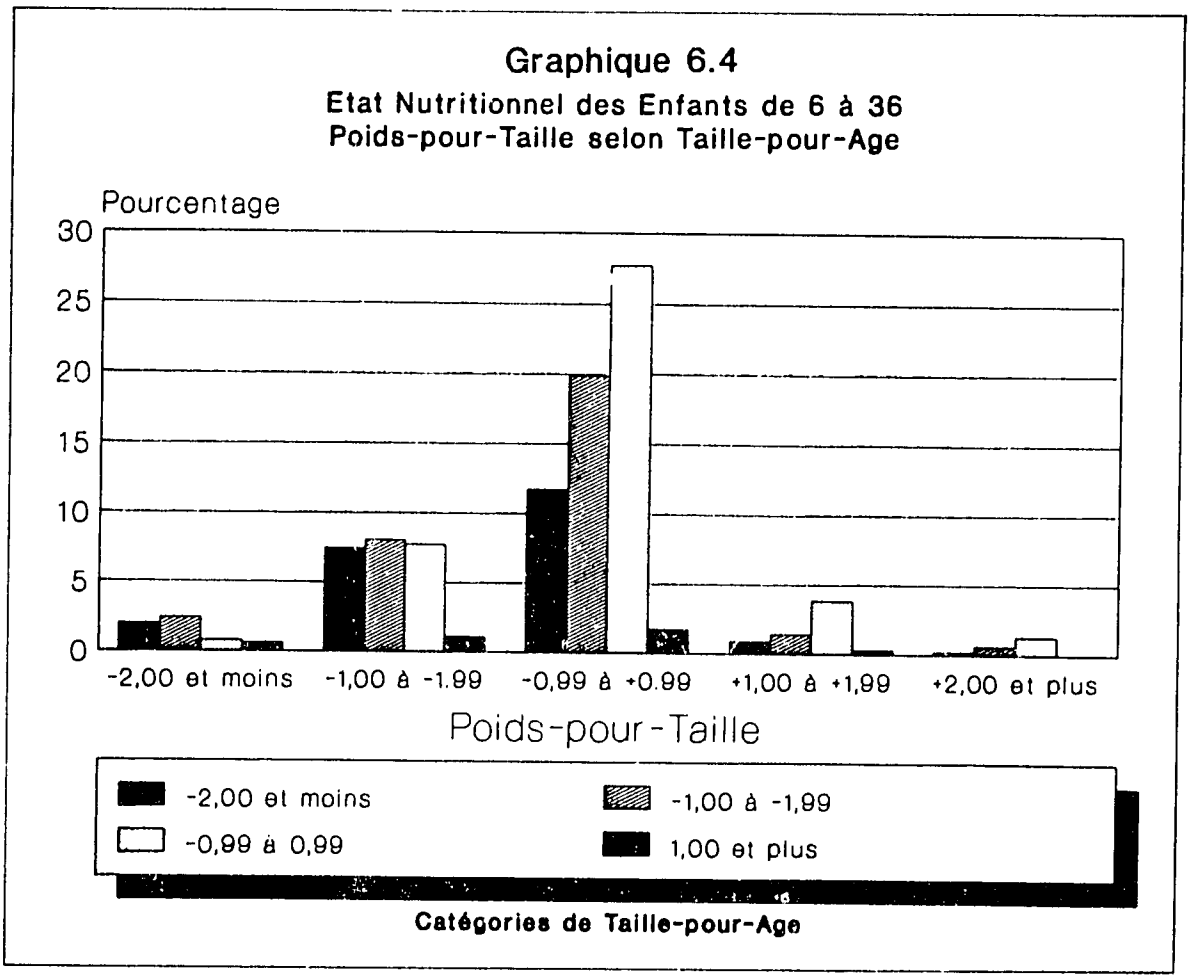
L'écart-type par rapport à la médiane de rérérence est le suivant:

Sous-alimentation grave à modérée = -2,00 et moins
Sous-alimentation légère = -1,99 à -1,00

différences les plus notoires sont enregistrées entre les enfants des mères qui sont illetrées et ceux des mères qui ne le sont pas. La prévalence de la malnutrition sévère ou modérée est plus de deux fois supérieure chez les enfants des femmes analphabètes que chez ceux des femmes sachant lire et écrire.

Résumé de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 36 mois

Le graphique 6.4 donne les résultats du croisement du tableau poids-pour-taille, un indicateur de la malnutrition aiguë et du tableau taille-pour-âge, un indicateur de la malnutrition chronique.



Dans le cas sénégalais, la malnutrition aiguë modérée à sévère semble relativement faible, comme le montre les quatre aires à gauche de l'histogramme. Par contre, ce graphique indique que les enfants qui souffrent d'une malnutrition chronique sont nombreux. Ces enfants apparaissent dans la plupart en bonne santé—ils ont un poids normal pour leur taille, mais sont courts par rapport à leur âge. Ce qui indique que soit ils sont passés par des périodes de famine dans leur vie avant l'enquête, ou soit qu'ils n'ont pas reçu suffisamment de protéines dans leur nourriture sans qu'ils aient connu des périodes de famine.

Presque 22 pour cent des enfants souffrent d'une dénutrition chronique modérée à sévère, tandis que dans une population bien nourrie, le pourcentage correspondant à cette catégorie devrait être de 2,3 pour cent seulement.

Notes:

1 Cette sous-section est rédigée avec la collaboration de J. Sullivan.

2 Les données sur la mortalité infantile et juvénile qui seront présentées dans ce chapitre ne seront pas réajustées.

3 C'est une bouillie à base de fruit de baobab.

CONCLUSIONS GENERALES

L'Enquête Démographique et de Santé a été réalisée au milieu de l'année 1986 par la Division des Enquêtes et de la Démographie de la Direction de la Satistique avec la collaboration de l'Institute for Resource Development de Westinghouse.

Cette étude nationale permet d'actualiser la connaissance de certains phénomènes démographiques d'une part et de fournir des informations de première importance dans le domaine de la planification familiale et de la santé de la mère et de l'enfant.

Les conclusions principales qui se dégagent de ce rapport et qui nécessitent d'être mentionnées sont présentées dans ce qui suit:

D'abord, le mariage demeure universel et est caractérisé par sa précocité où plus de 50 pour cent des femmes sont mariées avant 17 ans. Les femmes passent donc l'essentiel de leur vie féconde en union, exposées au risque des relations sexuelles. Celles-ci sont reprises assez tôt après l'accouchement avec une durée médiane de 2,7 mois se ement. L'allaitement par contre, est quasi général et demeure très prolongé; les mères allaitent en moyenne 19 mois. Ce qui contribue surement à l'allongement de l'aménorrhée post-partum qui est l'une des plus longues en Afrique (durée moyenne de 16,2 mois).

La fécondité est également très précoce et reste à un niveau élevé. En effet, malgré une baisse récente de la fécondité, imputable aux générations de moins de 30 ans, la somme des naissances réduites se situe encore à 6,6 enfants chez les femmes de 15-49 ans. Elle était de 7,1 selon l'ESF de 1978. Pour ce qui est de la parité moyenne totale, elle est restée inchangée chez les femmes en union (4 enfants).

L'enquête a montré que les femmes sénégalaises sont très attachées à la famille nombreuse, bien qu'il ait des changements dans la dimension idéale de la famille entre 1978 (9,0 enfants) et 1986 (7,2 enfants). On assiste aussi à des changements vis-à-vis de la planification familiale. La connaissance des méthodes contraceptives est presque quasi totale (9 femmes sur 10 connaissent au moins un moyen anti-conceptionnel). En 1978, la connaissance était 60 pour cent. La prévalence contraceptive est passée de 4 pour cent en 1978 à 11 pour cent en 1986, mais la contraception moderne est restée extrêmement faible (2,4 pour cent) bien qu'elle ait connu une augmentation très importante par rapport à 1978, qui était de 0,6 pour cent seulement.

L'EDS a, par ailleurs recueilli des données sur la mortalité infantile et juvénile et sur la santé de la mère et de l'enfant.

Le niveau de mortalité infantile et juvénile demeure élevée, l'un des plus forts en Afrique malgré une baisse non négligeable depuis 1978. En effet, le quotient de mortalité infantile $_1q_0$ est estimé par cette enquête à 86 pour mille durant la période de 1981–85. La mortalité des enfants de 1 à 4 ans pour la période la plus récente est de l'ordre de 11,4 pour mille. Il s'agit d'une surmortalité juvénile, qui a été observée dans d'autres études et qui s'explique probablement par les conditions sociales et l'environnement.

Concernant la santé de la mère et de l'enfant, l'enquête a montré que plus de 6 femmes sur 10 ont bénéficié d'une visite prénatale à un service de santé pour les naissances des cinq dernières années et que l'accouchement à domicile reste pratiqué par la majorité des femmes sénégalaises (58 pour cent).

L'incidence et le traitement de la diarrhée et du paludisme sont également présentés dans ce rapport. Presque 40 pour cent des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines. La réhydratation par voie orale comme traitement contre cette maladie est citée par très peu de mères (7 pour cent). L'étude du paludisme pendant l'hivernage dernier indique que la moitié des enfants de moins de cinq ans ont eu la maladie selon les déclarations des mères et que ces dernières prennent au sérieux le paludisme puisque la quasi-totalité des enfants (93 pour cent) ont recu un traitement contre la maladie.

L'enquête a donné des informations sur la disponibilité des carnets de santé et la couverture vaccinale à partir de ces documents de soins. Moins du quart (24 pour cent) des enfants de moins de cinq ans ont des carnets de santé que l'enquêtrice a vus et que parmi les enfants de 1 à 4 ans ayant des carnets, 30 pour cent sont vaccinés contre toutes les maladies: BCG, DTCoq, Polio et Rougeole.

Enfin, l'EDS a collecté des données sur les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants de 6 à 36 mois d'un sous échantillon des femmes enquêtées. Les indices étudiés sont: le poids-pour-taille, la taille-pour-âge et le poids-pour-âge. Si la dénutrition aiguë modérée à sévère est relativement faible au Sénégal, la dénutrition chronique par contre, est élevée étant donné que le quart des enfants souffrent d'une déficience alimentaire chronique sévère ou modérée.

L'éducation et l'urbanisation semblent être les deux variables qui sont les plus corrélés aux indicateurs qu'on vient de présenter. Mais ces deux variables agissent en étroite relation avec le degré de développement socio-économique.

APPENDICE A
PLAN DE L'ENQUETE

APPENDICE A
PLAN DE L'ENQUETE

A.1 Echantillonnage[1]

Echantillon des concessions et des femmes

L'EDS au Sénégal est basée sur un échantillon stratifié auto-pondéré d'environ 5000 femmes en âge de procréer (15–49 ans) et sur un sous-échantillon d'enfants âgés de 6 à 36 mois issus de mères enquêtées.

La base de sondage est constituée par les districts de recensement (DRs) enquêtés lors de l'ESF de 1978, districts issus des 4553 DRs délimités lors du recensement général de la population de 1976. Chacun de ces DRs a été découpé en un nombre n_i de sous-districts de recensement (SDRs) dépendant de sa taille du DR_i (effectif de la population de droit en 1976). Sur la base des cumuls des n_i, il a été tiré de façon systématique (à intervalle constant de 27) les DRs qui avaient constitué l'échantillon de l'ESF.

1er degré de sondage: Pour l'EDS, excepté la zone d'extension rapide de Dakar, il a été tiré un échantillon de districts de recensement avec probabilités proportionnelles au nombre de sous-districts contenus dans chacun. Le tirage est systématique à l'intervalle 54. Il s'agit en fait de tirer systématiquement 1 sur 2 des DRs choisis pour l'ESF, ceux-ci ayant été eux-mêmes tirés à l'intervalle 27. Au total, 172[2] DRs ont été ainsi sélectionnés (la zone d'extension non comprise).

2e degré de sondage: Au sein de chaque DR a été créé un certain nombre de SDRs en fonction de l'effectif de population recensée. En effet, pour le i-ème DR, on a fixé ce nombre n_i en divisant la population du DR par 500 et en arrondissant à l'entier. Les SDRs étaient donc constitués en moyenne de 500 habitants recensés. Bien que la valeur n_i ait été calculée pour chaque DR pour permettre d'établir sa probabilité de tirage, les SDRs n'ont été concrétisés que pour les DRs effectivement tirés. Une opération a été organisée sur le terrain préalablement à l'ESF afin de délimiter dans chaque DR de l'échantillon, le nombre exact n_i de SDRs prévus. Par la suite, on a tiré toujours 1 SDR, à probabilité égale, dans chacun de ces DRs. Pour le cas de l'EDS, on a procédé de la même façon: on a tiré 1 SDR dans chacun des 172 DRs tirés. Cependant, en vue de minimiser l'influence de l'interview de l'ESF sur celle de l'EDS, on a tiré pour l'EDS, dans la mesure du possible, un SDR différent de celui tiré pour l'ESF.

3e degré de sondage: Dans chaque SDR de l'échantillon, on a dénombré les concessions existantes. Enfin, on en a tiré un échantillon systématique en raison de 1 sur 5. Dans chaque concession ainsi tirée on a dressé la liste des habitants (tous ceux qui ont passé la nuit précédante dans la concession) et on a enquêté chaque femme âgée entre 15 et 49 ans.

Ces dispositions impliquent pour l'EDS les paramètres suivants:

	Nature de l'unité	Probabilité de sondage (conditionnelle)[3]	Effectif de l'échantillon
1er degré	DR	$n_i/54$	179
2e degré	SDR	$1/n_i$	179
3e degré	Concession	1/5	2215 approx.
4e degré	Femme	1/1	5800 approx.

Probabilité globale de tirage pour une femme:

$$n_i/54 \times 1/n_i \times 1/5 \times 1/1 = 1/270$$

En admettant une marge de sécurité pour les insuffisances de couverture et de réponse, on a prévu un échantillon de 5000 femmes effectivement enquêtées.

1. Variance excessive de la taille des concessions

Une analyse des résultats de l'ESF (enquête ménages) a montré l'existence d'une grande variabilité des concessions en ce qui concerne la taille. Le nombre moyen de personnes par concession étant de 11,4, on a trouvé que 1 concession sur 8 comportait entre 19 et 48 personnes. 1 sur 100 dépassait même cette limite. Bien que les chiffres varient entre régions, dans toutes les régions la moyenne dépasse 10 et dans toutes il existe des concessions constituées de plus de 80 personnes. On peut s'attendre à ce que la concession la plus grande dans notre échantillon comporte une centaine d'habitants, dont 24 seraient des femmes à enquêter.

L'utilisation pour le sondage d'une unité d'une taille aussi variable augmente considérablement l'erreur de sondage. Elle a d'ailleurs pour conséquence, de connaître en avance l'effectif de femmes à tirer dans une zone donnée avec moins d'exactitude, ce qui augmente les difficultés d'organisation.

Afin de résoudre cette difficulté, nous avons recommandé la solution suivante qui a été appliquée sur le terrain.

- Au moment du dénombrement des concessions dans chaque SDR, l'agent a classé chaque concession d'une manière très approximative en indiquant le nombre de vingtaines d'habitants qu'elle englobe. Ainsi, une concession avec 20 habitants ou moins est devenu une concession simple; celle qui contient de 21 à 40 habitants est considérée concession double; de 41 à 60, triple; etc. Pour obtenir les renseignements nécessaires l'agent a interrogé le chef du village ou tout autre habitant qui lui parait bien informé.
- Au moment du tirage des concessions (ce qui s'est fait au siège, par tirage systématique en raison de 1 concession sur 5) on a compté les concessions doubles comme si elles étaient 2 concessions, les concessions triples comme 3, etc. Il en a résulté que, par exemple, une concession triple avait 3 chances d'être tirée.

- Au moment de l'enquête même, on a interviewé:

  Dans les concessions classées simples, toutes les femmes;
  Dans les concessions classées doubles, 1 femme sur 2;
  Dans les concessions classées triples, 1 femme sur 3, etc.

Ce système était cependant limité à un chiffre maximum de 5. En d'autres termes, toute concession comportant plus de 80 habitants a été classée "quintuple." Elle était par conséquent incluse automatiquement dans l'échantillon car l'intervalle de tirage est égal à 5, et on y a enquêté 1 femme sur 5.

Dans la mesure où les renseignements donnés sur la taille de la concession sont exactes, ce procédé permet de réduire la variance du nombre de femmes tirées par concession. Si par contre ils sont inexacts, cet avantage est perdu mais on n'introduit aucun biais systématique.

A noter qu'on ne demande pas à l'agent d'identifier les "sous-concessions" au sein d'une concession multiple. Il suffit que l'enquêtrice établisse la liste complète des habitants de la concession et qu'on tire 1 femme sur P parmi celles âgées de 15 à 49 ans, P étant le "poids" attribué à la concession.

2. Base de sondage pour les zones d'extension de Dakar

Comme nous l'avons vu, la base de sondage aréolaire adoptée pour l'EDS consiste en des DR établis pour le recensement de 1976 et mis à jour pour l'enquête de fécondité en 1978.

Dans un pays qui connait un accroissement aussi rapide que le Sénégal, le statisticien ne peut que s'inquiéter quand on lui demande de baser son échantillon sur un découpage établi 10 ans auparavant. Malheureusement, pour la plus grande partie du Sénégal, il n'y avait aucun choix, étant donné les contraintes temporelles imposées par cette enquête. Au 1er trimestre de 1986, il n'existait aucune base possible de sondage autre que les DRs et SDRs de l'échantillon de l'ESF.[4] La situation était encore plus défavorable dans la région dakaroise. Ici, le Département de Pikine, en particulier, exigeait absolument une solution indépendante du recensement de 1976 car sa population est passée de 300.000 à 600.000 en l'espace de 10 ans, ce qui représente 10% de la population sénégalaise en 1986. La solution qui a été proposée s'applique uniquement à la zone irrégulière du Département de Pikine (comportant approximativement 500.000 habitants) et a consisté en une stratégie à deux bras. D'une part on a utilisé les cartes préparées (généralement en 1984) par l'ORSTOM et d'autre part on a avancé de quelques mois les travaux cartographiques du recensement de 1986 dans cette zone afin de mettre à jour ces cartes.

Les cartes ainsi actualisées ont été découpées en segments dont on a tiré 1 sur 54. Ces segments correspondent aux SDRs du restant du pays et à partir de ce stade le plan de sondage est resté le même partout. Les modalités exactes pour la délimitation et le tirage des segments sont présentées ci-dessous.

Notons qu'en ce qui concerne les départments de Dakar et de Rufisque, ainsi que pour la zone Ancienne Pikine (régulière), la méthode à suivre a été la même que dans le restant du pays: on a tiré 1 sur 2 des DRs tirés pour l'ESF et dans chaque DR on a choisi un des SDRs crées en 1978, en s'écartant si possible de celui tiré pour l'ESF.

Tirage des enfants pour les mesures anthropométriques

Un échantillon entre 1000 et 2000 d'enfants âgés de 6 à 36 mois est souhaité pour la mesure des tailles et des poids. A cette fin, après le tirage de l'échantillon de concessions pour l'enquête principale, on a tiré un sous-échantillon de 1 concession sur 3. Dans ces concessions on a procédé au relève du poids et de la taille pour chaque enfant vivant, âgé de 6 à 36 mois, issu de chaque femme effectivement enquêtée dans le cadre de l'enquête individuelle.

En enregistrant les résultats sur le questionnaire femme il importe de signaler les enfants désignés pour mesure aussi bien que ceux effectivement mesurés.

Dans la pratique, on a obtenu seulement 635 enfants au lieu des 1000 attendus, en raison notamment du fait que le sondage s'était basé sur un nombre moyen d'enfants par femme surestimé.

Procédures de tirage

1. Echantillonnage des femmes dans les grandes concessions

Dans une concession de poids P on a tiré 1 femme sur P. Ce tirage est effectué à intervalle fixe en partant d'un nombre initial A choisi entre 1 et P.

Le choix de A doit être indépendant dans chaque concession.

Si P = 2, le nombre initial A peut être 1 ou 2. On doit alterner ces deux valeurs, de façon à ce que pour la moitié des concessions de poids 2 on commence par 1 et pour l'autre moitié par 2. Le contrôleur précise donc pour chaque concession s'il s'agit de la série 1,3,5,7 ... ou bien de 2,4,6, 8 ..., et il communique cette décision à l'enquêtrice.

D'une façon analogue, si P = 3 le contrôleur affecte l'une des 3 séries:

1, 4, 7, 10

ou 2, 5, 8, 11 ...

ou 3, 6, 9, 12 ...

à fréquence égale parmi les concessions de poids 3, en signalant son choix à l'enquêtrice avant qu'elle ne parte sur le terrain.

Pour P = 4 et P = 5: même principe que pour les P = 1, P = 2 et P = 3.

2. Consignes à l'intention de l'enquêtrice

Femmes éligibles

Dans chaque concession tirée l'enquêtrice commence son travail en remplissant la feuille de concession (questionnaire collectif). Elle doit y inscrire chaque personne qui a passé la nuit précédante dans la concession plus les résidents absents.

Une fois ce dénombrement achevé elle doit indiquer les femmes éligibles, soit chaque femme de 15 à 49 ans et classée RP ou V en colonne 8, en les numérotant dans la colonne 2.

Femmes tirées

Le contrôleur donne à l'enquêtrice la liste des numéros des femmes à enquêter dans chaque concession. Ces numéros se rapportent aux numéros inscrits en colonne 9. L'enquêtrice doit encercler les numéros tirés dans la colonne 9, selon la liste qu'elle a reçue du contrôleur.

Enfin elle effectue l'enquête individuelle auprès de ces femmes.

Poids = pas de sondage

No. femmes tirées;

Poids et taille

ATTENTION: En inscrivant sur la couverture du questionnaire individuelle le "numéro de la ligne" de la femme, l'enquêtrice doit porter le numéro trouvé dans la colonne 2 du questionnaire collectif, et non celui de la colonne 9.

3. Délimitation et tirage des segments à Pikine

Après la mise à jour des cartes établies par l'ORSTOM, on a disposé de 8 grandes cartes représentant le Département de Pikine et sur lesquelles on peut distinguer les concessions individuelles.

En ce qui concerne les procédés décrits plus bas, on a d'abord éliminé Pikine Ancien, qui est traité par les mêmes méthodes que les autres régions du Sénégal. Par contre, on a pu ajouter les autres zones d'extension de Dakar.

Pour chacune des cartes on a obtenu une estimation du nombre moyen d'habitants par concession. L'ORSTOM était en mesure de fournir de telles estimations. Soit H cette moyenne. On a divisé 500 par H pour obtenir la taille du segment moyen, en fonction du nombre de concessions. (Cependant si H a dépassé 20 concessions on a compté toujours 20, afin que la taille moyenne du segment ne soit jamais inférieure à 25 concessions.)

Chaque carte est reproduite photographiquement. On a délimité alors là-dessus des segments de la taille voulue, calculée pour chaque carte, en utilisant comme limites de segments les rues et les ruelles. On s'est permis une variation d'environ $\pm$ 30% autour de la moyenne cherchée. Par exemple, pour une moyenne de 70 concessions, on a tenté de créer des segments de taille entre 50 et 90 sans que les limites des segments ne coupent jamais les ilôts. Or, il arrive parfois que le bord d'une carte coupe un ilôt. De tels ilôts ont été associés chacune entièrement avec l'une des cartes concernées. Par conséquent le travail suivant s'est imposé avant de commencer la délimitation des segments: on a d'abord tracé une limite autour de la carte de façon à ce qu'elle ne coupe aucun ilôt et on a travaillé par la suite à l'intérieur de cette limite.

Une fois les segments constitués on les a numéroté 001, 002, ..., en suivant un ordre serpentin à partir du coin nord-ouest de la carte.

Enfin, on a tiré 1 segment sur 54, par tirage systématique à partir d'un nombre aléatoire choisi entre 001 et 054, comme suit.

Nombre aléatoire tiré: 003

Série de tirage: 003, 057, 111, 165, ..

Notes:

1 Rédigé par Chris Scott.

2 Un d'entre eux (Diourbel commune) n'ayant pas pu être découpé en SDRs a été éliminé de l'échantillon.

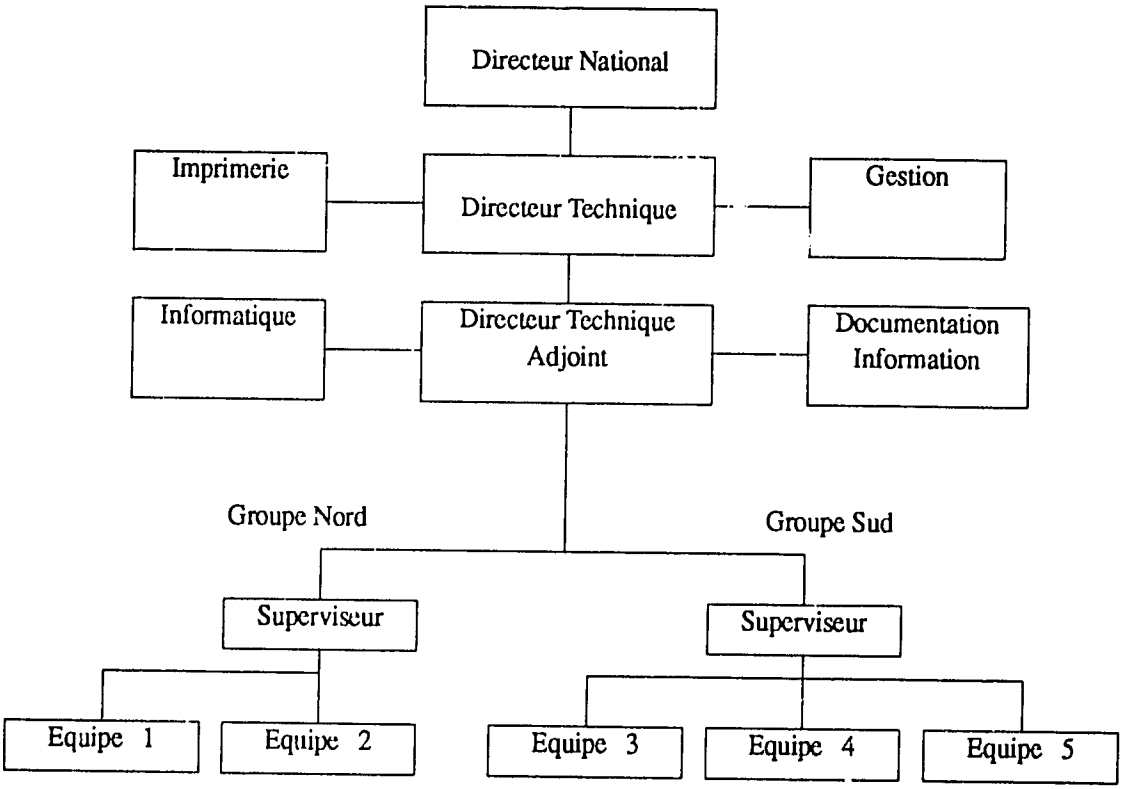
3 Probabilité conditionnelle: il s'agit de la probabilité propre à chaque degré de sondage, une fois le tirage achevé au degré précédant. La probabilité globale est obtenue en multipliant les probabilités conditionnelles.

4 Presque toutes les cartes des DRs ne faisant pas partie de cet échantillon avaient disparu.

TABLEAU A.1 DONNEES SUR L'ETABLISSEMENT DE L'ECHANTILLON ET TAUX DE REPONSE (EN)%

Résultats	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
1. Concessions sélectionnées - Effectif	814	1322	2136
Concession vide	2,3	3,0	2,7
Aucune concession à l'adresse	0,4	0,3	0,3
Concessions trouvées	97,3	96,7	97,0
2. Concessions trouvées - Effectif	792	1279	2071
Pas interviewées	0,4	0,3	0,3
Interviewées	99,6	99,7	99,7
3. Femmes éligibles - Effectif	1860	2714	4574
Pas interviewées	2,6	4,1	3,5
- Absentes	1,6	2,1	1,9
- Refusées	0,1	0,0	0,0
- Autres	0,9	2,0	1,6
Interviewées	97,4	95,9	96,5

A.2 Organigramme



Notes:

1. Chaque équipe comprend:
   1 contrôleur et 1 contrôleuse
   1 enquêteur
   5 enquêtrices
   1 chauffeur

2. La liste nominative est donnée en A.4.

A.3 Calendrier

	Activités	Date prévue	Date d'exécution
1.	Elaboration de l'accord de projet		1er–18 juillet 1985 signé
2.	Adaptation et traduction de questionnaires, rédaction des manuels d'instructions	15 sept.–15 nov. 1985	5 oct.–29 déc. 1985
3.	Formation, exécution et exploitation pré-test	16 nov.–31 déc. 1985	9 déc.–17 jan. 1986
4.	Travaux cartographiques	25 nov.–28 fév. 1986	3 fév.–30 mars 1986
5.	Mise au point et impression des documents	2 jan.–15 mars 1986	15 jan–15 avril 1986
6.	Formation pour le terrain	17 mars–7 avril 1986	21 mars–11 avril 1986
7.	Collecte des données	10 avril–10 juil. 1986	21 avril–19 juil. 1986
8.	Saisie des données	16 août–30 sept. 1986	10 juin–30 oct. 1986
9.	Apurement des données	1er oct–31 jan. 1987	16 mai–30 déc. 1986
10.	Préparation du rapport préliminaire	1er nov.–29 nov. 1986	1er déc.–30 déc. 1986
11.	Visite de deux cadres à Westinghouse	1er mars–22 mars 1987	27 mai–27 juin 1987
12.	Rédaction et révision du rapport national	1er avr.–30 juin 1987	27 mai–30 déc. 1987
13.	Impression du rapport	1er avr.–30 juin 1987	10 fév.–25 fév. 1988
14.	Séminaire	1er oct—5 oct. 1987	
15.	Vérification des écritures	25 déc.–31 déc. 1987	

A.4 Personnel de l'EDS

Personnel national

1. Directeur de la Statistique	Directeur National
2. Conception	
Chef de la Division des Enquêtes et de la Démographie	Directeur Technique
Salif NDIAYE,	Directeur Technique Adjoint
Ibrahima SARR	Démographe
Abdoulaye SADIO	Démographe
Mamadou DIAGNE	ITS
3. Recrutement, Formation et Supervision	
Mamadou Makhtar GUEYE	
Bassirou DIOP	
4. Contrôleurs	
Mamadou BA	
Backé BACHIR	
Bédhiou MANE	
Gabou DIEDHIOU	
Mamadou NDIAYE	
5. Contrôleuses	
Fatou SIBY	
Fatou SARR	
Maguette SYLLA	
Fatou FALL	
Sokhna NDOYE	
6. Enquêteurs (mesures anthropométriques)	
Mor S. DIOP	
F. Adama FAYE	

Médoun GAYE
Ibrahima NDIAYE
Ibra THIAM

7. Enquêtrices

N. N. DIOUF
Nasseye FALL
Aminata KANE
M. Angélique SARR
M. Khady SECK
Aminata BOUSSO
N. Thilor DIONGUE
Anta FALL
Ndiomé GUEYE
Awa THIAM
Aïssatou KAMARA
Rokhaya DIOP
Maïmouna GNINGUE
M. Codou SARR
Bintou DIEME
N. Bouba THIAM
N. Ardioma DIOUF
N. Farry FALL
M. Ndiaye KANE
Khadidiatou WADE
Seynabou DIOUF
A. Yombé MBAYE
Khady NDIAYE
Oumy Khairy SALL
Bess SOUMARE

8. Chauffeurs

Youssoupha SAGNA
Cheikh MBODJ
Mamadou SENE
Oumar DIOP
Sérigne NDOYE
Fallou DRAME
Mbacké NDIAYE
Aïminou NDIAYE
Assane FALL
Malick NDAO

9. Contrôle de bureau et Correction

Amadou Nicolas MBAYE	Superviseur
Stagiaires	
Malick GUEYE	ATS ENEA
Alioune GUEYE	ATS ENEA
Assane THIOUNE	ATS ENEA
Abdoulaye DIAO	ATS ENEA
Mamadou BALDE	Elève ISE-CESD (Guinée)
Djim RABAYE	Elève ISE-CESD (Guinée)
Nafissatou DIOP	Sociologue

10. Exploitation Informatique

Issa NDIAYE
Mamadou NDIAYE

11. Saisie

Cheikh MBODJ
Mbène NDIAYE
Fatou DIONE

12. Gestion

Cheikhna CAMARA

13. Sécrétariat

Lakhbib NDIAYE
Mme Régina MAKA
Mme Mame Bousso NIANG

14. Imprimerie

Djiby DIOP
Doudou DIOP
Youssou SENE

Consultants Nationaux

El. Malick DIAME	Démographe
Mme Aminta NIANG	Sage femme
Lieutenant G. OLEA	Médecin
Melle NDèye LO	Nutritionniste
Ousmane Samb	Directeur, Projet "Santé Familiale et Population"
Alain Agboton	Spécialiste en communication
Colonel SY	Médecin
Mme Ndèla DIOUF	Linguiste
Mamadou BA	Linguiste
Eblen SALAMON	Linguiste
Babacar DIOUF	Linguiste
Hamadou BA	Démographe

Consultants de IRD/Westinghouse

Mohamed AYAD	Coordonnateur Régional et Responsable du projet EDS-Sénégal
Cindi STANTON	Monitrice de pays "Country Monitor"
Brian TAAFFE	Informaticien
Jeanne CUSHING	Coordinatrice de l'Informatique
Chris SCOTT	Spécialiste en sondages
Ronny SCHOENMAECKERS	Moniteur de pays "Country Monitor" jusqu'à février 1987

APPENDICE B
ERREURS DE SONDAGE

EXPOSE DE LA METHODE DE CALCUL

B.1 Introduction

Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon autopondéré de 4415 femmes non célibataires. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres femmes, on a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été quelque peu différentes de celles qu'on a présentées. C'est cette incertitude que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon. L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage. On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même. Cet indice a d'ailleurs, pour propriété que, dans deux échantillons sur trois, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle $\pm$ ET, de part et d'autre de la moyenne observée et dans 19 échantillons sur 20 à l'intérieur de $\pm$2ET. Ceci suppose évidemment, que les réponses à l'enquête sont elles-mêmes vraies.

A titre d'exemple, pour l'ensemble des femmes l'EDS au Sénégal a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,26 auquel correspond une erreur-type de 0,53 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne $\pm$ 2ET est donc de 3,15 à 3,37. La probabilité que la vraie valeur ne soit pas à l'intérieur de cet intervalle est de 5 pour cent, si on suppose que les femmes enquêtées ont répondu correctement aux questions dans le tableau des naissances.

Il existe un deuxième indice souvent utile qui s'intitule la racine carrée de l'effet du plan de sondage ou effet de grappe: c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenu si on avait eu recours à un sondage aléatoire simple. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi (au Sénégal, un échantillon à degrés multiples stratifiés) se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de la même taille. Autrement dit, la REPS mesure la perte de précision de sondage due au fait qu'on a utilisé un plan de sondage complexe. Les deux principaux facteurs qui déterminent sa valeur sont le nombre moyen de ménages tirés dans chaque grappe et l'homogénéité relative des réponses pour une variable donnée, à l'intérieur et entre les grappes. Pour des échantillons tirés à partir de très petites grappes, ou pour de très petits sous-échantillons dans des grappes de n'importe quelle taille, et pour des variables relativement homogènes, on peut s'attendre à ce que l'effet de grappes ne soit pas très différent de 1. Ceci veut dire qu'on aura perdu très peu en matière de précision d'échantillonnage, du fait du tirage d'un échantillon en grappes par rapport à un sondage aléatoire simple.

B.2 Formules et procédés d'estimation

La méthode de calcul pour estimer les erreurs de sondage dans un échantillon stratifié à degrés multiples se présente comme suit:

On a r = y/x dans lequel y et x sont deux variables dont on veut estimer le rapport. (Cette méthode de calcul s'applique également pour des estimations telles que les moyennes, les proportions ou les pourcentages, on les considère comme des cas particuliers de rapports). Si "j"

représente un individu, "i" est l'Unité Primaire de Sondage (UPS), ici le SDR à laquelle cet individu appartient et "h" la strate dans laquelle se trouve l'UPS. On a:

y_{hij} = valeur de la variable y pour un individu j, de l'UPS i et de la strate h,

y_{hi} = $\Sigma_j y_{hij}$ somme des y pour tous les individus de l'UPS i,

y_h = $\Sigma_i y_{hi}$ somme des y_{hi} pour toutes les UPS de la strate, et

y = $\Sigma_h y_h$ somme des y_h pour toutes les strates de l'échantillon.

On peut définir les mêmes termes pour la variable x. La variance ET^2 (égale au carré de l'erreur-type) du rapport r = y/x est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{\bar{x}^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

où

f = taux global de sondage (dans ce cas, néligeable),

m_h = nombre de UPS de la strate h,

H = nombre de strates de l'échantillon,

r = rapport des deux sommes y et x

z_{hi} = $y_{hi} - r.x_{hi}$ et,

z_h = $\Sigma_i\, z_{hi} = y_h - r.x_h$

Pour appliquer cette formule, il faut avoir au moins deux UPS par strate, c'est à dire $m_h \geq 2$.

L'équation (1) s'applique également aux estimations calculées pour un sous-ensemble de l'échantillon. On ignore alors pour le calcul, les individus, les UPS ou les strates qui n'appartiennent pas au sous-ensemble. Les sommes (S) ne sont calculées que pour les unités qui appartiennent au sous-ensemble considéré.

Pour estimer l'effet du plan de sondage, on a besoin de l'erreur-type d'un rapport r qui correspondrait à un échantillon équivalent tiré entièrement au hasard (ETA).

$$ETA^2(r) = \frac{1-f}{n-1} \left(\frac{\Sigma z_{hij}^2}{n} \right)$$

où $z_{hij} = (y_{hij} - rx_{hij})$,

et r est le rapport, $r = y/x = \Sigma y_{hij} / \Sigma x_{hij}$

et n est la dimension finale de l'échantillon et représente la somme de tous les individus de l'échantillon.

Comme on l'a dit auparavant, les moyennes, proportions ou pourcentages sont simplement des cas particuliers de rapport.

Pour des sous-ensembles d'échantillons dans lesquels l'erreur-type n'est pas donnée, on peut estimer l'effet de taille des sous-populations par la formule empirique suivante:

$$\text{REPS} = \left(\frac{\text{ET}^2}{\text{ETA}^2} \right)^{1/2}$$

Comme on l'a noté auparavant, ceci est une valeur plus proche de 1 que REPS puisque l'effet du plan de sondage est moindre pour des échantillons plus petits.

La variance de la différence de deux moyennes de sous-ensembles appartenant à un échantillon à degrés multiples stratifié est donnée par la formule suivante:

$\text{ET}^2(r - r') = \text{ET}^2(r) + \text{ET}^2(r') - 2\ \text{cov}(r,r')$

soit encore:

$\text{ET}^2(r - r') = \text{var}(r - r') = \text{var}(r) + \text{var}(r') - 2\ \text{cov}(r,r')$

ou (') réfère au deuxième sous-ensemble.

$\text{ET}^2(r)$ et $\text{ET}^2(r')$ sont obtenues à partir de l'équation (1) où la covariance est obtenue par:

$$\text{cov}(r,r') = \frac{1-f}{x \cdot x'} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi} z'_{hi} - \frac{z_h z'_h}{m_h} \right) \right]$$

En général, la cov(r,r') est positive du fait de la corrélation positive entre les caractéristiques des individus dans les deux sous-ensembles puisqu'ils appartiennent à une même grappe.

B.3 Construction des tableaux

Dans le premier tableau I on présente pour l'ensemble de l'échantillon la moyenne ou la proportion de la variable (m), l'erreur-type (ET), l'effectif de l'échantillon de base (N), l'écart-type (s), et l'effet de grappe (REPS) pour chacune des 14 premières variables applicables. Les tableaux II, III, et IV donnent, pour chacune des variables, la moyenne ou pourcentage, l'erreur-type, l'effectif de l'échantillon et l'écart-type pour certaines sous-populations.

LISTE DES VARIABLES UTILISEES POUR LE CALCUL DES ERREURS DE SONDAGE

	VARIABLE	ESTIMATION	POPULATION DE BASE
URBAIN	Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes
AUCINS	Aucune instruction	Proportion	Toutes les femmes
SECOND	Secondaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes
ENUNION	En union	Proportion	Toutes les femmes
CELIB	Célibataire	Proportion	Toutes les femmes
UNIAV20	En union avant 20	Proportion	Toutes les femmes
EXPOS	Exposée	Proportion	En union
ENV	Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes
ESUR	Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes
ENC	Enceinte	Proportion	En union
CMET	Connaissance d'une méthode	Proportion	En union
CMETMO	Connaissance d'une méthode moderne	Proportion	En union
AUTIL	A utilisé	Proportion	En union
UTILACT	Utilise actuellement	Proportion	En union
UTILPIL	Utilise la pilule	Proportion	En union
UTILCON	Utilise le condom	Proportion	En union
UTILDIU	Utilise le DIU	Proportion	En union
UTILSTE	Utilisation de la stérilisation féminine	Proportion	En union
UTILCPE	Utilisation de la continence périodique	Proportion	En union
UTILTRA	Utilisation des méthodes traditionnelles	Proportion	En union
NEVEUT	Ne veut plus d'enfants	Proportion	En union
RETARD	Veut retarder moins de 2 ans	Proportion	En union voulant retarder
IDEAL	Taille idéale	Moyenne	Toutes les femmes
ENFDEC	Enfants décédés	Moyenne	Toutes les femmes
ALLAIT	Allaitement	Moyenne	Toutes les femmes
AMENO	Aménorrhée	Moyenne	Toutes les femmes
ABSTI	Abstinence post-partum	Moyenne	Toutes les femmes
ENFDEP	Enfants décédés	Proportion	Toutes les femmes
ENV40	Enfants nés vivants	Moyenne	Femmes 40–49 ans
ACCOU	Assistance à l'accouchement/ personnel de santé	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
DIAR	Diarrhée dans les deux dernières semaines	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois
TRAI	Ayant reçu un traitement	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois avec diarrhée dans les deux dernières semaines
BCG	Vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois avec carte de santé
DTCOQ	Vaccination DTCoq (au moins une dose)	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois avec carte de santé
POLIO	Vaccination Polio (au moins une dose)	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois avec carte de santé
ROUGEO	Vaccination Rougeole	Proportion	Enfants âgés de 1–59 mois avec carte de santé

TABLEAU B.1 ERREURS DE SONDAGE POUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON

Variable	m	ET	N	REPS	s	m-2ET	m+2ET
URBAIN	,410	,021	4415,0	2,856	,052	,368	,453
AUCINS	,772	,014	4415,0	2,226	,018	,744	,800
SECOND	,092	,009	4415,0	2,021	,095	,075	,110
ENUNION	,762	,012	4415,0	1,867	,016	,738	,786
CELIB	,188	,010	4415,0	1,773	,055	,167	,209
UNIAV20	,697	,013	4415,0	1,824	,018	,672	,722
EXPOS	,258	,009	3365,0	1,162	,034	,240	,275
ENV	3,259	,053	4415,0	1,154	,016	3,153	3,366
ESUR	2,482	,039	4415,0	1,101	,016	2,403	2,600
ENC	,152	,006	3365,0	,974	,040	,140	,165
CMET	,915	,007	3365,0	1,541	,008	,900	,930
CMETMO	,676	,014	3365,0	1,731	,021	,648	,704
AUTIL	,379	,015	3365,0	1,824	,040	,349	,410
UTILACT	,M13	,007	3365,0	1,354	,066	,098	,127
UTILPIL	,012	,002	3365,0	1,089	,169	,008	,016
UTILCON	,001	,000	3365,0	,000	,000	,001	,001
UTILDIU	,007	,002	3365,0	1,037	,207	,004	,011
UTILSTE	,002	,000	3365,0	,000	,000	,002	,002
UTILCPE	,014	,003	4415,0	1,720	,219	,008	,020
UTILTRA	,089	,007	3365,0	1,359	,075	,076	,102
NEVEUT	,190	,009	3365,0	1,264	,045	,173	,207
RETARD	,427	,011	2669,0	1,125	,025	,406	,449
IDEAL	6,824	,079	3913,0	1,639	,012	6,666	6,983
ENFDEC	,777	,026	4415,0	1,328	,033	,726	,829
ALLAIT	18,830	,275	4415,0	,853	,015	18,279	19,380
AMENO	16,155	,340	4415,0	1,011	,021	15,475	16,836
ABSTI	7,858	,409	4415,0	1,402	,052	7,039	8,677
ENFDEP	,239	,006	4415,0	1,328	,024	,227	,250
ENV40	7,037	,156	4415,0	1,176	,022	6,725	7,349
ACCOU	,414	,019	4415,0	2,027	,047	,375	,453
DIAR	,379	,011	2513,0	1,404	,029	,356	,401
TRAI	,694	,013	4415,0	1,032	,019	,667	,721
BCG	,860	,015	663,0	1,173	,018	,829	,890
DTCOQ	,872	,011	663,0	,872	,012	,851	,894
POLIO	,733	,019	663,0	1,114	,025	,696	,770
ROUGEO	,572	,018	663,0	,995	,031	,537	,607

TABLEAU B.2 ERREURS DE SONDAGE SELON L'AGE ACTUEL

Variable	AGE 15-24				AGE 25-34				AGE 35-49			
	m	ET	N	REPS	m	ET	N	REPS	m	ET	N	REPS
URBAIN	,443	,024	1870,0	2,064	,407	,024	1494,0	1,850	,357	,024	1051,0	1,635
AUCINS	,697	,018	1870,0	1,732	,773	,016	1494,0	1,483	,904	,012	1051,0	1,316
SECOND	,127	,014	1870,0	1,823	,087	,009	1494,0	1,244	,038	,007	1051,0	1,196
ENUNION	,568	,019	1870,0	1,644	,890	,009	1494,0	1,130	,926	,009	1051,0	1,053
CELIB	,403	,019	1870,0	1,649	,052	,008	1494,0	1,231	,000	,000	1051,0	,000
UNIAV20	,545	,019	1870,0	1,681	,774	,013	1494,0	1,212	,857	,012	1051,0	1,116
EXPOS	,357	,016	1063,0	1,082	,202	,012	1329,0	1,049	,225	,016	973,0	1,219
ENV	,917	,030	1870,0	1,127	3,812	,064	1494,0	1,160	6,640	,103	1051,0	1,113
ESUR	,764	,027	1870,0	1,167	3,017	,054	1494,0	1,170	4,778	,090	1051,0	1,157
ENC	,187	,013	1063,0	1,102	,178	,009	1329,0	,876	,079	,009	973,0	1,048
CMET	,891	,013	1063,0	1,393	,926	,007	1329,0	1,024	,925	,010	973,0	1,184
CMETMO	,640	,021	1063,0	1,408	,713	,016	1329,0	1,263	,667	,019	973,0	1,234
AUTIL	,324	,018	1063,0	1,221	,401	,018	1329,0	1,367	,410	,021	973,0	1,350
UTILACT	,103	,010	1063,0	1,103	,132	,011	1329,0	1,198	,096	,010	973,0	1,073
UTILPIL	,004	,002	1063,0	,000	,018	,004	1329,0	1,081	,013	,004	973,0	1,089
UTILCON	,000	,000	1063,0	,000	,002	,001	1329,0	,999	,000	,000	973,0	,000
UTILDIU	,001	,000	1063,0	,000	,013	,004	1329,0	1,155	,007	,003	973,0	,995
UTILSTE	,001	,000	1063,0	,000	,001	,000	1329,0	,000	,006	,002	973,0	,994
UTILCPE	,018	,005	1870,0	1,576	,011	,003	1494,0	,949	,010	,003	1051,0	1,121
UTILTRA	,097	,010	1063,0	1,108	,097	,010	1329,0	1,205	,069	,008	973,0	1,040
NEVEUT	,015	,004	1063,0	1,075	,130	,010	1329,0	1,136	,462	,017	973,0	1,047
RETARD	,395	,016	1045,0	1,057	,396	,015	1137,0	1,055	,569	,022	487,0	,967
IDEAL	6,606	,107	1682,0	1,540	6,875	,086	1345,0	1,049	7,160	,114	886,0	1,010
ENFDEC	,153	,011	1870,0	1,036	,795	,033	1494,0	1,209	1,862	,066	1051,0	1,194
ALLAIT	19,034	,564	1870,0	1,006	18,308	,458	1494,0	1,007	19,781	,730	1051,0	,937
AMENO	16,030	,568	1870,0	,987	16,254	,483	1494,0	,999	16,143	,744	1051,0	,923
ABSTI	9,985	,620	1870,0	1,149	6,396	,549	1494,0	1,405	7,503	,696	1051,0	1,022
ENFDEP	,167	,010	1870,0	1,074	,209	,007	1494,0	1,222	,280	,009	1051,0	1,228
ENV40	,000	,000	1870,0	,000	,000	,000	1494,0	,000	7,037	,156	1051,0	1,175
ACCOU	,420	,026	1870,0	1,596	,428	,020	1494,0	1,428	,373	,027	1051,0	1,268
DIAR	,409	,015	825,0	1,034	,345	,013	1155,0	1,193	,414	,022	533,0	1,222
TRAI	,677	,024	1870,0	1,051	,693	,018	1494,0	,948	,723	,026	1051,0	,968
BCG	,854	,025	208,0	1,063	,861	,019	318,0	1,022	,865	,027	137,0	,954
DTCOQ	,873	,021	208,0	,954	,893	,014	318,0	,888	,820	,027	137,0	,845
POLIO	,731	,026	208,0	,894	,747	,023	318,0	,946	,702	,032	137,0	,839
ROUGEO	,523	,033	208,0	1,001	,603	,025	318,0	1,006	,567	,050	137,0	1,226

TABLEAU B.3 ERREURS DE SONDAGE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Variable	MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL			
	m	ET	N	REPS	m	ET	N	REPS
URBAIN	1,000	,000	1812,0	,000	,000	,000	2603,0	,000
AUCINS	,538	,027	1812,0	2,346	,935	,009	2603,0	1,871
SECOND	,214	,021	1812,0	2,189	,008	,003	2603,0	1,603
ENUNION	,603	,021	1812,0	1,789	,873	,009	2603,0	1,336
CELIB	,318	,021	1812,0	1,874	,098	,007	2603,0	1,280
UNIAV20	,531	,022	1812,0	1,899	,813	,012	2603,0	1,515
EXPOS	,305	,017	1092,0	1,199	,235	,010	2273,0	1,163
ENV	2,735	,092	1812,0	1,319	3,624	,054	2603,0	,901
ESUR	2,302	,073	1812,0	1,223	2,607	,041	2603,0	,934
ENC	,178	,011	1092,0	,910	,140	,008	2273,0	1,038
CMET	,965	,007	1092,0	1,340	,890	,010	2273,0	1,521
CMETMO	,875	,016	1092,0	1,598	,581	,017	2273,0	1,681
AUTIL	,418	,027	1092,0	1,787	,360	,019	2273,0	1,901
UTILACT	,142	,014	1092,0	1,284	,099	,009	2273,0	1,454
UTILPIL	,036	,007	1092,0	1,218	,001	,000	2273,0	,000
UTILCON	,002	,001	1092,0	,994	,000	,000	2273,0	,000
UTILDIU	,022	,005	1092,0	1,056	,000	,000	2273,0	,000
UTILSTE	,005	,002	1092,0	,977	,001	,000	2273,0	,000
UTILCPE	,031	,007	1812,0	1,790	,002	,000	2603,0	,000
UTILTRA	,075	,009	1092,0	1,183	,095	,009	2273,0	1,434
NEVEUT	,285	,016	1092,0	1,183	,144	,009	2273,0	1,257
RETARD	,421	,016	757,0	,907	,429	,014	1912,0	1,196
IDEAL	5,547	,102	1644,0	1,688	7,749	,091	2269,0	1,406
ENFDEC	,433	,028	1812,0	1,400	1,017	,035	2603,0	1,215
AI'AIT	16,190	,520	1812,0	,967	20,219	,345	2603,0	,864
AMENO	12,411	,536	1812,0	1,008	18,126	,440	2603,0	1,033
ABSTI	6,723	,598	1812,0	1,264	8,456	,548	2603,0	1,487
ENFDEP	,158	,007	1812,0	1,222	,281	,008	2603,0	1,373
ENV40	6,938	,259	1812,0	1,149	7,087	,191	2603,0	1,167
ACCOU	,822	,020	1812,0	1,622	,198	,021	2603,0	2,238
DIAR	,306	,018	877,0	1,393	,419	,014	1636,0	1,408
TRAI	,717	,020	1812,0	,851	,684	,018	2603,0	1,124
BCG	,883	,018	433,0	1,194	,812	,029	230,0	1,150
DTCOQ	,890	,013	433,0	,904	,836	,020	230,0	,860
POLIO	,758	,024	433,0	1,188	,683	,031	230,0	1,011
ROUGEO	,572	,020	433,0	,919	,571	,036	230,0	1,128

TABLEAU B.4a ERREURS DE SONDAGE SELON LES REGIONS DE L'OUEST ET DU CENTRE

Variable	REGION DE L'OUEST				REGION DU CENTRE			
	m	ET	N	REPS	m	ET	N	REPS
URBAIN	,776	,019	1673,0	1,843	,152	,038	1528,0	4,106
AUCINS	,616	,027	1673,0	2,232	,904	,017	1528,0	2,262
SECOND	,182	,020	1673,0	2,155	,026	,008	1528,0	2,070
ENUNION	,646	,020	1673,0	1,736	,838	,018	1528,0	1,869
CELIB	,286	,020	1673,0	1,818	,116	,012	1528,0	1,514
UNIAV20	,575	,023	1673,0	1,861	,780	,018	1528,0	1,672
EXPOS	,274	,015	1080,0	1,091	,213	,010	1281,0	,892
ENV	2,889	,088	1673,0	1,197	3,471	,078	1528,0	1,014
ESUR	2,359	,068	1673,0	1,146	2,535	,056	1528,0	,981
ENC	,163	,011	1080,0	1,012	,152	,010	1281,0	1,008
CMET	,948	,009	1080,0	1,282	,920	,012	1281,0	1,594
CMETMO	,854	,015	1080,0	1,383	,702	,024	1281,0	1,904
AUTIL	,386	,028	1080,0	1,912	,311	,021	1281,0	1,639
UTILACT	,119	,012	1080,0	1,170	,064	,009	1281,0	1,245
UTILPIL	,030	,006	1080,0	1,139	,002	,002	1281,0	1,286
UTILCON	,001	,000	1080,0	,000	,000	,000	1281,0	,000
UTILDIU	,018	,004	1080,0	1,067	,002	,000	1281,0	,000
UTILSTE	,005	,002	1080,0	,976	,001	,000	1281,0	,000
UTILCPE	,030	,008	1673,0	1,812	,007	,003	1528,0	1,270
UTILTRA	,064	,009	1080,0	1,166	,059	,008	1281,0	1,294
NEVEUT	,244	,015	1080,0	1,121	,160	,010	1281,0	,997
RETARD	,427	,020	798,0	1,120	,429	,017	1059,0	1,097
IDEAL	5,901	,091	1561,0	1,403	7,337	,125	1355,0	1,571
ENFDEC	,531	,035	1673,0	1,362	,936	,044	1528,0	1,249
ALLAIT	17,407	,517	1673,0	,933	19,597	,441	1528,0	,838
AMENO	14,098	,524	1673,0	,944	17,927	,476	1528,0	,863
ABSTI	6,048	,584	1673,0	1,265	4,137	,495	1528,0	1,363
ENFDEP	,184	,009	1673,0	1,347	,270	,009	1528,0	1,312
ENV40	7,028	,343	1673,0	1,429	7,043	,197	1528,0	,925
ACCOU	,703	,017	1673,0	1,113	,242	,036	1528,0	2,764
DIAR	,345	,018	862,0	1,402	,429	,015	941,0	1,134
TRAI	,721	,021	1673,0	,913	,706	,023	1528,0	1,143
BCG	,884	,022	376,0	1,361	,773	,049	105,0	1,160
DTCOQ	,890	,014	376,0	,960	,805	,036	105,0	,906
POLIO	,772	,026	376,0	1,261	,547	,042	105,0	,857
ROUGEO	,604	,022	376,0	,995	,516	,035	105,0	,756

TABLEAU B.4b ERREURS DE SONDAGE SELON LES REGIONS DU NORD-EST ET DU SUD

Variable	REGION DU NORD EST				REGION DU SUD			
	m	ET	N	REPS	m	ET	N	REPS
URBAIN	,204	,048	641,0	3,021	,262	,045	573,0	2,428
AUCINS	,853	,032	641,0	2,289	,787	,028	573,0	1,664
SECOND	,045	,014	641,0	1,709	,063	,015	573,0	1,500
ENUNION	,846	,019	641,0	1,310	,806	,018	573,0	1,077
CELIB	,129	,016	641,0	1,179	,159	,019	573,0	1,255
UNIAV20	,793	,024	641,0	1,513	,726	,022	573,0	1,186
EXPOS	,288	,030	542,0	1,525	,310	,028	462,0	1,280
ENV	3,435	,117	641,0	,902	3,576	,141	573,0	1,075
ESUR	2,591	,107	641,0	1,068	2,576	,106	573,0	1,075
ENC	,129	,012	542,0	,809	,156	,017	462,0	,994
CMET	,830	,022	542,0	1,362	,922	,020	462,0	1,582
CMETMO	,386	,025	542,0	1,212	,532	,041	462,0	1,768
AUTIL	,325	,035	542,0	1,738	,615	,038	462,0	1,663
UTI'ACT	,087	,017	542,0	1,439	,264	,024	462,0	1,161
UTILPIL	,004	,003	542,0	1,019	,009	,005	462,0	1,244
UTILCON	,000	,000	542,0	,000	,002	,002	462,0	,962
UTILDIU	,000	,000	542,0	,000	,009	,005	462,0	1,162
UTILSTE	,002	,002	542,0	,996	,002	,002	462,0	,960
UTILCPE	,002	,002	641,0	1,004	,000	,000	573,0	,000
UTILTRA	,081	,018	542,0	1,502	,240	,023	462,0	1,131
NEVEUT	,173	,020	542,0	1,199	,167	,035	462,0	2,009
RETARD	,391	,025	435,0	1,071	,464	,030	377,0	1,153
IDEAL	7,169	,195	479,0	1,407	7,948	,298	518,0	1,820
ENFDEC	,844	,042	641,0	,791	1,000	,085	573,0	1,359
ALLAIT	18,656	,596	641,0	,692	20,348	,649	573,0	,773
AMENO	15,563	1,081	641,0	1,186	16,924	1,083	573,0	1,172
ABSTI	11,625	,961	641,0	1,091	18,293	,958	573,0	1,018
ENFDEP	,246	,012	641,0	1,039	,280	,018	573,0	1,447
ENV40	7,261	,428	641,0	1,252	6,826	,360	573,0	1,070
ACCOU	,262	,051	641,0	2,313	,327	,031	573,0	1,235
DIAR	,390	,038	366,0	1,721	,317	,031	344,0	1,458
TRAI	,647	,044	641,0	1,269	,636	,033	573,0	,812
BCG	,883	,044	50,0	1,070	,845	,023	132,0	,805
DTCOQ	,817	,031	50,0	,567	,890	,020	132,0	,809
POLIO	,667	,068	50,0	,959	,779	,033	132,0	,921
ROUGEO	,417	,047	50,0	,719	,575	,044	132,0	1,031

APPENDICE C
QUESTIONNAIRE

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE L'ECONOMIE
ET DES FINANCES

WESTINGHOUSE
PUBLIC APPLIED SYSTEMS
COLUMBIA, MARYLAND, U.S.A.

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE
ET DE SANTE
E. D. S.

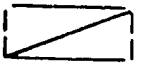
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

REPUBLIQUE DU SENEGAL

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE FAMILIALE (EDS)

QUESTIONNAIRE COLLECTIF



REGION _____ VILLAGE _____	__ Région
DEPARTEMENT _____ QU/H _____	__ Département
ARRDT OU COMMUNE _____ RUE _____	__ Arr. ou Com
SOUS-DISTRICT _____ PARCELLE N° _____	__ S D R
CONCESSION N° _____	___ CONC.

VISITES DE L'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				MOIS __ ANNEE __
NOM DE L'ENQUETRICE				CODE ENQ. __
RESULTATS*				CODE RES. _
PROCHAINE VISITE	DATE:	HEURE:		N. de Visites _

* CODES RESULTATS:

1. ENTIEREMENT REMPLIE
2. ABSENCE DE PERSONNE COMPETENTE POUR REPONDRE
3. DIFFERE
4. REPONSE REFUSEE
5. CONCESSION VIDE
6. AUCUNE CONCESSION A CETTE ADRESSE
7. ADRESSE NON RETROUVEE OU INEXACTE
8. AUTRES _____ (PRECISER)

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	
NOM				
DATE				

N° D'ORDRE DE MENAGE	N° D'ORDRE	PRENOMS & NOMS DES RESIDENTS HABITUELS ET PASSAGERS	LIEN DE PARENTE	SEXE	AGE EN ANNEES REVOLUES	ETAT MATRIMO	RESIDENCE	SELECTION DES FEMMES ELIGIBLES
001	002	003	004	005	006	007	008	009

Maintenant, je voudrais vous demander quelques renseignements sur les personnes qui résident habituellement dans la concession ou qui sont seulement de passage.

N° D'ORDRE DE MENAGE	N° D'ORDRE	PRENOMS & NOMS DES RESIDENTS HABITUELS ET PASSAGERS	LIEN DE PARENTE	SEXE	AGE EN ANNEES REVOLUES	ETAT MATRIMO	RESIDENCE	SELECTION DES FEMMES ELIGIBLES
001	002	003	004	005	006	007	008	009

N° D'ORDRE DE MENAGE	N° D'ORDRE	PRENOMS & NOMS DES RESIDENTS HABITUELS ET PASSAGERS	LIEN DE PARENTE	SEXE	AGE EN ANNEES REVOLUES	ETAT MATRIMO	RESIDENCE	SELECTION DES FEMMES ELIGIBLES
001	002	003	004	005	006	007	008	009

REPUBLIQUE DU SENEGAL

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (E.D.S.)
1986

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL
(FRANCAIS)

PRENOM ET NOM DE LA FEMME _____

N° DU QUESTIONNAIRE ..... |_|_|_|_|

REGION _____ VILLAGE _____	|_|_| Région
DEPARTEMENT _____ QU/H _____	|_|_| Département
ARRDT OU COMMUNE _____ RUE _____	|_|_| Arr. ou Com.
SOUS-DISTRICT _____ PARCELLE N° _____	|_|_| S.D.R.
CONCESSION N° _____ MENAGE N° _____	|_|_|_|_| CONC.
	|_|_| MENAGE
N° D'ORDRE DE LA FEMME _____	|_|_| N° FEMME

VISITES DE L'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITES FINALES
DATE	_____	_____	_____	MOIS |_|_|
				ANNEE |8|6|
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	CODE ENQ. |_|_|
RESULTATS*	_____	_____	_____	CODE RES. |_|

PROCHAINE VISITE DATE: _____ HEURE: _____

N° de Visites |_|

* CODES RESULTATS:
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUSE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE _____ (PRECISER)

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	
NOM	_____	_____	_____	
DATE	_____	_____	_____	

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
100	ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES RECENCEES DANS LE MENAGE	NOMBRE DE PERSONNES |__|__|	
101	ENREGISTRER LE TEMPS	HEURE ..... |__|__| MINUTES ..... |__|__|	
	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur votre famille et vous-même.	ANNEES ..... |__|__|	
102	Depuis quand habitez-vous d'une manière continue à _____? (NOM DE LA LOCALITE)	DEPUIS TOUJOURS ..... 96 → 105 VISITEUSE ..... 97 NSP 98	
103	Pour la majeure partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Dakar, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE _____	DAKAR, PIKINE ..... 1 AUTRE CHEF-LIEU DE REGION ..... 2 AUTRE COMMUNE ..... 3 CAMPAGNE ..... 4 AUTRE PAYS 5	
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Dakar, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE _____	DAKAR, PIKINE ..... 1 AUTRE CHEF-LIEU DE REGION..... 2 AUTRE COMMUNE ..... 3 CAMPAGNE ..... 4 AUTRE PAYS 5	
105	Quel est le mois et quelle est l'année de votre naissance?	MOIS ..... |__|__| NSP MOIS ..... 98 ANNEE ..... |__|__| NSP ANNEE 98	
106	Quel âge avez-vous? ENQUETRICE: COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 S'IL Y A INCONSISTENCE.	ANS REVOLUS ..... |__|__|	
107	Quelle est votre religion?	MUSULMANE ..... 1 CHRETIENNE ..... 2 AUTRE 3	
108	Etes-vous sénégalaise?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 110	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
109	Quelle est votre ethnie?	WOLOF ..... 1 POULAR ..... 2 SERER ..... 3 MANDINGUE ..... 4 AUTRE _____ 5 (PRECISER)	
110	Avez-vous jamais fréquenté l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2--->	114
111	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint: primaire, secondaire, supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPERIEUR 3	
112	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée?	CLASSE ACHEVEE .... |__|__|	
113	ENQUETRICE: VERIFIER.111 PRIMAIRE [ ] SECOND. [ ] (PASSER A | OU PLUS 115) V		
114	Pouvez-vous lire une lettre ou un journal facilement, difficilement, ou pas du tout?	FACILEMENT ..... 1 DIFFICILEMENT ..... 2 PAS DU TOUT 3	
115	Ecoutez-vous la radio au moins une fois par semaine?	OUI ..... 1 NON ..... 2--->	117
116	Ecoutez-vous souvent les émissions suivantes:	OUI NON DIFFO ..... 1 2 DEAMOYPEY ..... 1 2 AUTRES CHAINES NAT. 1 2 CHAINES REGIONALES 1 2	
117	Quelle est la principale source d'eau potable pour les membres de votre ménage?	PROPRE A LA CONCESSION: EAU COURANTE ..... 01 PUITS ..... 02 AUTRE ..... 03 EXTERIEUR A LA CONCESSION: BORNE FONTAINE ..... 04 PUITS ..... 05 FORAGE ..... 06 FLEUVE, RIVIERE ..... 07 MARIGOTS, LACS ..... 08 AUTRE 09	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
118	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans ce ménage?	BRANCHEES A L'EGOUT .... 1 FOSSES ..... 2 PUITS PERDUS ..... 3 AUTRE _____ 4 (PRECISER) PAS DE TOILETTES 5	
119	Quel mode d'éclairage utilisez-vous dans ce ménage?	ELECTRICITE ..... 1 GAZ ..... 2 PETROLE OU BOUGIE ..... 3 BOIS ..... 4 AUTRE 5	
120	Quel moyen utilisez-vous pour la cuisson de vos repas?	GAZ ..... 1 BOIS, CHARBON ..... 2 AUTRE 3	
121	Possédez-vous dans votre ménage: Une cuisinière? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur ou un congélateur	OUI NON CUISINIERE ..... 1 2 RADIO ..... 1 2 TELEVISION ..... 1 2 REFRIG./CONGEL. .. 1 2	
122	Parmi les membres de votre ménage, y en a-t-il qui possède: Une bicyclette? Une mobylette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE ..... 1 2 MOBYLETTE ..... 1 2 VOITURE 1 2	
123	Quelle est la nature du sol de votre local?	CARRELAGE ..... 1 CIMENT ..... 2 ARGILE, BANCO ..... 3 SABLE ..... 4 AUTRE _____ 5 (PRECISER)	
124	Quelle est la nature des murs de votre local?	BRIQUES EN CIMENT ..... 1 BRIQUES EN BANCO ..... 2 PISE EN BANCO ..... 3 PAILLE OU TIGE ..... 4 AUTRE _____ 5 (PRECISER)	
125	Quelle est la nature du toit de votre local?	BETON ..... 1 ZINC, TUILE, ARDOISE ... 2 CHAUME (PAILLE) ..... 3 AUTRE _____ 4 (PRECISER)	
126	De combien de pièces d'habitation dispose votre ménage?	NOMBRE ..... |__|__|	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous jamais eu une naissance vivante?	OUI ..... 1 NON 2---	206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui vivent avec vous?	OUI ..... 1 NON 2---	204
203	Combien de garçons vivent actuellement avec vous? Combien de filles vivent actuellement avec vous? ENQUETRICE: METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS A LA MAISON |__|__| FILLES A LA MAISON |__|__|	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui ne vivent pas actuellement avec vous?	OUI ..... 1 NON 2---	206
205	Combien de garçons ne vivant pas actuellement avec vous? Combien de filles ne vivent pas actuellement avec vous? ENQUETRICE: METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS AILLEURS .. |__|__| FILLES AILLEURS ... |__|__|	
206	Avez-vous jamais donné naissance à un garçon ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? INSISTER: Avez-vous mis au monde un garçon ou une fille qui n'a vécu(e) que quelques heures ou quelques jours?	OUI ..... 1 NON 2---	208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? ENQUETRICE: METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS DECEDES ... |__|__| FILLES DECEDEES ... |__|__|	
208	Avez-vous jamais eu de bébés mort-nés?	OUI ..... 1 NON 2---	211
209	Y a-t-il eu parmi ces bébés, un ou plusieurs qui ont respiré ou montré quelques signes de vie après la naissance?	OUI ..... 1 NON 2---	211

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
210	Combien de garçons ont montré un signe de vie? Combien de filles ont montré un signe de vie? ENQUETRICE: METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS NES VIVANTS |__|__| FILLES NEES VIVANTES |__|__|	
211	ENQUETRICE: FAIRE LA SOMME DES REPONSES DE 203, 205, 207 ET 210 ET INSCRIRE LE TOTAL	TOTAL ..... |__|__|	
212	VERIFIER 211: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES [ ] AUCUNE NAISSANCE [ ] (PASSER A 220) ▼ Maintenant, je voudrais avoir les noms de toutes vos naissances, encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue. ENQUETRICE: INSCRIRE EN 213 LES NOMS DE TOUTES LES NAISSANCES.		

TABLEAU 1

213 Quel est le nom de votre 1er, 2ème,..) enfant? ENQUETRICE: INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPAREES ET LES REUNIR PAR UNE ACCOLADE SUR LA GAUCHE.	214 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 SI DECEDE: Age au décès ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS DE UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	217 Mois et année de naissance INSISTER: Quelle est sa date de naissance OU: En quelle saison?	218 SI ENCORE VIVANT: Quel est son âge? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	219 SI ENCORE VIVANT: Vit-il/elle avec vous?
|0|1|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|2|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|3|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|4|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|5|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|6|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|7|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|8|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|0|9|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__|| MOIS 2|__|| ANNEES 3|__||	MOIS |__|| ANNEE 19|__||	|__|| AGE	OUI ..... 1 NON 2

TABLEAU 1 (SUITE)

213 Quel est le nom de votre 1er, 2ème,..) enfant? ENQUETRICE: INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPAREES ET LES REUNIR PAR UNE ACCOLADE SUR LA GAUCHE.	214 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 SI DECEDE: Age au décès ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS DE UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	217 Mois et année de naissance INSISTER: Quelle est sa date de naissance OU: En quelle saison?	218 SI ENCORE VIVANT: Quel est son âge? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	219 SI ENCORE VIVANT: Vit-il/elle avec vous?
|1|0|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|1|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|2|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|3|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19__	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|4|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|5|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|6|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2
|1|7|	GARCON .. 1 FILLE ... 2	OUI ..... 1 NON 2	JOURS 1|__| MOIS 2|__| ANNEES 3|__|	MOIS |__| ANNEE 19|__|	|__| AGE	OUI ..... 1 NON 2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
220	A quel âge avez-vous vu vos premières règles?	ANS ..... |__|__| PAS ENCORE REGLE ..... 96 → 230 REFUS DE REPONSE ..... 97 NSP 98	
221	Avez-vous eu vos règles au cours des quatre dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 223	
222	Combien y a-t-il de jours depuis la reprise de vos dernières règles?	JOURS ..... |__|__| → 230	
223	Etes-vous enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 229 PAS SURE ..... 8 → 229	
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS ..... |__|__|	
225	Depuis que vous êtes tombée enceinte, avez-vous jamais reçu une injection pour prévenir votre bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	
226	Avez-vous eu une visite prénatale pour la grossesse actuelle?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 230	
227	Qui avez-vous consulté la 1ère fois? ENQUETRICE: INSISTER ET INSCRIRE LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INF. ..... 2 MATRONE ..... 3 GUERISSEUR ..... 4 HOPITAL, PMI, DISPENS. . 5 AUTRE _____ ... 6 (PRECISER)	
228	A combien de mois de grossesse avez-vous fait la 1ère visite prénatale?	MOIS ..... |__|__| → 230 NSP 98	
229	Quand avez-vous eu vos dernières règles?	MOIS ..... |__|__| AVANT-DERNIERE GROSS. . 96 JAMAIS EU DE REGLES ... 97 NSP 98	
230	Au cours de son cycle mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES ..... 1 JUSTE APRES SES REGLES . 2 AU MILIEU DU CYCLE ..... 3 JUSTE AVANT SES REGLES . 4 N'IMPORTE QUAND ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP 8	
231	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE PREMIERE PARTIE DE L'INTERVIEW)	OUI NON ENFANTS DE <10 ANS 1 2 MARI ..... 1 2 AUTRES HOMMES .... 1 2 AUTRES FEMMES 1 2	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler d'un autre sujet. Il existe différents moyens ou méthodes traditionnelles ou modernes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou prévenir une grosse. Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens ou en avez-vous entendu parler?

ENQUETRICE:
ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE DE FACON SPONTANEE.
POUR CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE, LIRE LA DESCRIPTION, POSER LA QUESTION 302 ET ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE. PUIS POSER 303-3-5 POUR CHACUNE DES METHODES CODEES 1 OU 2 DANS 302.

CODE POUR 304	CODE POUR 305
1.HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE	1.RIEN
2.HOPITAL PUBLIC	2.ACCES/DISPONIBILITE
3.CENTRE DE SANTE	3.COUT
4.P.M.I.	4.EFFETS SECONDAIRES
5.PHARMACIE	5.METHODE INEFFICACE
6.AUTRE _____ (PRECISER)	6.OPPOSITION DU MARI
8.NSP	7.AUTRE _____ (PRECISER)
	8.NSP

TABLEAU 2	302 Avez-vous jamais entendu parler de cette méthode?	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)?	304 Où irez-vous pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)
PILULE: Il y a des femmes qui, pour retarder ou éviter une grossesse, prennent une pilule (perle) tous les jours.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___
STERILET: Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin en plastique ou en métal que le médecin (ou la sage-femme) leur place dans l'utérus.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___
INJECTION: Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une sage-femme pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___
AUTRES METHODES SCIENTIFIQUES POUR LA FEMME: Certaines femmes se mettent un diaphragme, une éponge, des comprimés effervescents, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels, pour ne pas tomber enceinte	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___
CONDOM: Certains hommes portent un condom afin d'éviter à leur femme de tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___
STERILISATION FEMININE: Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON ..... 3→	OUI .... 1 NON 2	___	___

TABLEAU 2 (SUITE)	302 Avez-vous jamais entendu parler de cette méthode?	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)?	304 Où irez-vous pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)?
STERILISATION MASCULINE: Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2	___ |___|	___ |___|
CONTINENCE PERIODIQUE: Certains couples évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2	Où irez-vous pour obtenir des conseils sur la continence périodique? ___ |___|	___ |___|
RETRAIT: Certains hommes pratiquent le retrait, c. à d. qu'ils font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2		
ABSTINENCE: Certains couples, en dehors de l'abstinence postnatale, évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2		
PLANTES MEDICINALES (écorce, racine, feuilles)	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2	___ |___|	___ |___|
GRIS-GRIS (amulette, cordon avec noeud, fass, galane)	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2	___ |___|	___ |___|
AUTRES METHODES: Avez-vous entendu parler d'autres méthodes, y compris les méthodes traditionnelle que des hommes ou des femmes utilisent? PRECISER _____	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI .... 1 NON 2	CODE POUR 304 1.HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE 2.HOPITAL PUBLIC 3.CENTRE DE SANTE 4.P.M.I. 5.PHARMACIE 6.AUTRE _____ (PRECISER) 8.NSP	CODE POUR 305 1.RIEN 2.ACCES/DISPONIBILITE 3.COUT 4.EFFETS SECONDAIRES 5.METHODE INEFFICACE 6.OPPOSITION DU MARI 7.AUTRE_____ (PRECISER) 8.NSP

306 AUCUN "OUI" DANS 303 [ ] (N'A JAMAIS UTILISE) ↓

AU MOINS UN "OUI" DANS 303 [ ] (A UTILISE AU MOINS UNE METHODE) ↓ (PASSER A 309)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
307	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour ne pas tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	316
308	Qu'avez-vous fait ou utilisé? ENQUETRICE: CORRIGER 302-303 ET OBTENIR L'INFORMATION POUR 304-305 SI NEC.	_____ (PRECISER) |__|__|	
309	VERIFIER 303: A UTILISE LA CONTINENCE [ ] PERIODIQUE ↓ N'A JAMAIS UTILISE LA CONTINENTE [ ] PERIODIQUE PASSER A 311 ↓		
310	Quand vous avez utilisé la continence périodique, comment étiez-vous en mesure de déterminer les jours où il fallait s'abstenir?	EN SE BASANT SUR LE CALENDRIER ..... 1 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ..... 2 EN SE BASANT SUR LA METHODE DU MUCUS CERVICAL (BILLINGS) ..... 3 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ET DU MUCUS ..... 4 AUTRE _____ (PRECISER) 5	
311	Combien d'enfants vivants aviez-vous quand vous avez utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte?	NOMBRE D'ENFANTS .. |__|__|	
312	VERIFIER 223 ET 303: ENCEINTE [ ] (PASSER A 317) AUTRES CAS ↓ STERILISEE [ ] (PASSER A 401)		
313	Est-ce que vous/votre mari, utilisez à présent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	316

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 METHODES VAGINALES .... 04 CONDOM ..... 05 CONTINENCE PERIODIQUE . 08 RETRAIT ..... 09 → 321 ABSTINENCE PROLONGEE .. 10 → 321 PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-GRIS ..... 12 AUTRE _____ 13 → 321 (PRECISER)	
315	Où vous (ou votre partenaire) avez-vous obtenu (conseil) pour (METHODE ACTUELLE) la dernière fois?	HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE ..... 1 HOSPITAL PUBLIC ..... 2 CENTRE DE SANTE ..... 3 P.M.I. ..... 4 → 321 PHARMACIE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP 8	
316	Pourquoi n'utilisez-vous pas une méthode contraceptive?	ALLAITE ..... 01 STERILE OU MENOPAUSEE . 02 DESIRE UN ENFANT ..... 03 MANQUE D'INFORMATION .. 04 NE CONNAIT PAS DE METHODES CONTRACEPTIVES . 05 DIFFICULTE D'ACCES .... 06 OPPOSITION DU MARI .... 07 RELIGION ..... 08 EFFETS SECONDAIRES .... 09 MARI POLYGAME..... 10 JEUNE FILLE ..... 11 MARI ABSENT ..... 12 DIVORCEE, VEUVE, SEPAR. 13 INDECISE ..... 14 AUTRE _____ 15 (PRECISER)	
317	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode ou un moyen pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 321 NSP ..... 8 → 321	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE ..... 01 DIU ..... 02 INJECTIONS ..... 03 METHODES VAGINALES .... 04 CONDOM ..... 05 STERILISATION FEMININE 06 STERILISATION MASCULINE 07 CONTINENCE PERIODIQUE . 08 RETRAIT ..... 09 → 320 ABSTINENCE PROLONGEE .. 10 → 320 PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-GRIS ..... 12 AUTRE _____ 13 → 320 (PRECISER) PAS SURE OU NSP..... 98 → 321	
319	Où comptez-vous aller pour demander conseil ou obtenir des approvisionnements pour (METHODE PREFEREE)?	HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE ..... 1 HOPITAL PUBLIC ..... 2 CENTRE DE SANTE ..... 3 PMI ..... 4 PHARMACIE ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
320	Avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFERREE) dans les 12 prochains mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	
321	De qui ou comment avez-vous obtenu des informations sur la contraception pour la première fois?	PMI ..... 01 MATERNITE OU HOPITAL .. 02 CLINIQUE PRIVEE ..... 03 MEDECIN PRIVE ..... 04 PERSONNEL DE SANTE .... 05 MONITRICES RURALES, MONITRICES D'ECONOMIE FAMILIALE, AGENTS D'ANIMATION RURALE ..... 06 GROUPEMENTS DE FEMMES . 07 PHARMACIE ..... 08 MARI ..... 09 AUTRES PERSONNES ..... 10 RADIO, TELEVISION ..... 11 JOURNAL ..... 12 AUTRE _____.... 13 (PRECISER) NE CONNAIT RIEN ..... 97 NSP 98	

SECTION 4. SANTE ET ALLAITEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	ENQUETRICE: VOIR 217 UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS AVRIL 1981 [ ] ▼ AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS AVRIL 81 [ ] ▼ (PASSER A LA SECTION 5) ENQUETRICE: ECRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS AVRIL 81 DANS LE TABLEAU 3 EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE.		

TABLEAU 3	N° DE LIGNE [ ] [ ] DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE [ ] [ ] AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE [ ] [ ] DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE [ ] [ ] TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]
402 Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous eu une consultation prénatale? SI OUI: Qui aviez-vous consulté la première fois? ENQUETRICE: INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE ..... 4 AUTRE _____ 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE ..... 4 AUTRE _____ 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE ..... 4 AUTRE _____ 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE ..... 4 AUTRE _____ 5 PAS DE CONSULTATION 6
403 Quand vous étiez enceinte de (NOM), aviez-vous reçu une injection pour prévenir votre enfant d'avoir le tétanos?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8
404 Qui vous assistait quand vous accouchiez de (NOM)? ENQUETRICE: INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE ..... 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE _____ 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE ..... 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE _____ 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI DISPENSAIRE .. 3 MATRONE ..... 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE _____ 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN ..... 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE ..... 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE _____ 6 SANS ASSISTANCE 7

TABLEAU 3 (SUITE)	N° DE LIGNE |__| DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE |__| AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE |__| DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]	N° DE LIGNE |__| TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[ ] DECEDE[ ]
405 Avez-vous jamais allaité au sein (NOM)?	OUI ..... 1- NON ..... 2 (PASSER A 408)	OUI ..... 1- NON ..... 2 (PASSER A 409)	OUI ..... 1- NON ..... 2 (PASSER A 409)	OUI ..... 1- NON ..... 2 (PASSER A 409)
406 Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER A 409) NON 2-			
407 Combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS |__| JUSQU'AU DECES 97	MOIS |__| JUSQU'AU DECES 96	MOIS |__| JUSQU'AU DECES 96	MOIS |__| JUSQU'AU DECES 96
408 Vos règles ont-elles repris?	OUI ..... 1- NON ..... 2 (PASSER A 410)			
409 Combien de mois après la naissance de (NOM) vos règles ont-elles repris?	|__| MOIS	PAS ENCORE REPRIS 97 |__| MOIS (PASSER A 411)	PAS ENCORE REPRIS 97 |__| MOIS (PASSER A 411)	PAS ENCORE REPRIS 97 |__| MOIS (PASSER A 411)
410 Avez-vous repris les relations sexuelles depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)			
411 Combien de mois après la naissance de (NOM) avez-vous repris les relations sexuelles?	|__| MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	|__| MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	|__| MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	|__| MOIS (PASSER A 412)

412 ENQUETRICE: VOIR 406 POUR LA DERNIERE NAISSANCE:

ALLAITE ENCORE [ ] AUTRES CAS [ ]
DERNIER ENFANT | (PASSER A 417)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
413	La nuit dernière, du coucher jusqu'au lever du soleil, combien de fois avez-vous allaité votre enfant?	NOMBRE DE FOIS .... |__|__| L'ENFANT DORT A L'ALLAITEMENT ..... 97 NSP 98	
414	Combien de fois avez-vous allaité votre enfant hier au cours de la journée?	NOMBRE DE FOIS .... |__|__| A LA DEMANDE, QUAND L'ENFANT PLEURE ..... 97 NSP 98	
415	Avez-vous donné, hier ou la nuit dernière, à (NOM DU DERNIER ENFANT), un des liquides ou une des nourritures suivantes? ENQUETRICE: LIRE LA LISTE DES CATEGORIES.	OUI NON EAU ..... 1 2 JUS ..... 1 2 LAIT EN POUDRE .... 1 2 LAIT DE VACHE OU DE CHEVRE ..... 1 2 QUINQUELIBA ..... 1 2 AUTRE LIQUIDE _____ .... 1 2 (PRECISER) BOUILLIE DE MIL ... 1 2 ALIMENTS SOLIDES .. 1 2	
416	ENQUETRICE: VOIR 415 AUCUNE NOURRITURE OU LIQUIDE N'A ETE DONNE [ ] (AUCUN OUI DANS 415) (PASSER A 418) AUTRE NOURRITURE OU LIQUIDE A ETE DONNE [ ] (AU MOINS UN "OUI" DANS 415) DEMANDER: Avez-vous donné une de ces nourritures dans un biberon?	OUI ..... 1---► 418 NON ..... 2---► 418	
417	Pourquoi avez-vous cessé d'allaiter au sein (NOM)?	SEVRAGE ..... 01 ENFANT MALADE ..... 02 ENFANT DECEDE ..... 03 REFUS TETER ..... 04 MERE MALADE ..... 05 PAS DE LAIT ..... 06 GROSSESSE ..... 07 ALLAITE ARTIFICIEL. ... 08 AUTRE _____ 09 (PRECISER)	
418	ENQUETRICE: VOIR 401 ECRIRE LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS AVRIL 81 DANS LE TABLEAU 4, EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. L'ENTETE DU TABLEAU 4 DOIT ETRE EXACTEMENT LA MEME QUE CELLE DU TABLEAU 3. DEMANDER LES QUESTIONS SEULEMENT POUR LES ENFANTS ENCORE EN VIE.		

	N° DE LIGNE __	N° DE LIGNE __	N° DE LIGNE __	N° DE LIGNE __
TABLEAU 4 ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 428)	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 428)	DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 428)	TROISIEME AVANT-DERNIE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 42
419 Avez-vous un carnet de santé pour (NOM)? SI OUI: Puis-je le voir SVP	OUI, VU ..... 1_ NON, PAS VU ..... 2 (PASSER A 422) ← PAS DE CARNET ..... 3_	OUI, VU ..... 1_ NON, PAS VU ..... 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET .... 3_	OUI, VU ..... 1_ NON, PAS VU ..... 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET .... 3_	OUI, VU ..... 1 NON, PAS VU ..... 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET 3
420 ENQUETRICE: ENREGISTRER LES DATES DE VACCINATION A PARTIR DU CARNET DE SANTE.	NON JOUR MOIS ANNEE BCG 1 __ __ __ DTCoq1 1 __ __ __ POLIO1 1 __ __ __ DTCoq2 1 __ __ __ POLIO2 1 __ __ __ DTCoq3 1 __ __ __ POLIO3 1 __ __ __ ROUGEO. 1 __ __ __ FIEV. JAUNE 1 __ __ __ (PASSER A 422)	NON JOUR MOIS ANNEE 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ (PASSER A 422)	NON JOUR MOIS ANNEE 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ (PASSER A 422)	NON JOUR MOIS ANNE 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ 1 __ __ __ (PASSER A 422)
421 Est-ce que (NOM) a jamais été vacciné(e) contre ces maladies?	OUI ..... 1 NON ..... 2 <3 MOIS ..... 3 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 <3 MOIS ..... 3 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 <3 MOIS ..... 3 NSP 8	OUI ..... NON ..... <3 MOIS ..... NSP .....
422 Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines?	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP ..... 8_	OUI ..... NON ..... (PASSER A 425) ← NSP .....
423 Avez-vous fait, vous ou quelqu' un d'autre, quelque chose pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A 425) ← NSP ..... 8_	OUI ..... NON ..... (PASSER A 425) ← NSP .....

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	N° DE LIGNE ___ DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 429)	N° DE LIGNE ___ AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 429)	N° DE LIGNE ___ DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 429)	N° DE LIGNE ___ TROISIEME AVANT-DERNIE NAISSANCE NOM _____ EN VIE [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 42
424 Qu'est-ce qu'on a fait pour traiter la diarrhée? ENQUETRICE: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	RVO ..... 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) .. 1 BOUILLIE DE RIZ ..... 1 PAIN DE SINGE ..... 1 PLANTES MEDICINALES . 1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES .... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO ..... 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . 1 BOUILLIE DE RIZ .... 1 PAIN DE SINGE ..... 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO ..... 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . 1 BOUILLIE DE RIZ .... 1 PAIN DE SINGE ..... 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO ..... SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . BOUILLIE DE RIZ .... PAIN DE SINGE ..... PLANTES MEDICINALES GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ... HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .....
425 Est-ce que (NOM) a eu le paludisme l'hivernage dernier?	OUI ..... 1_ NON ..... 2 PAS ENCORE NE ..... 3 (PASSER A COL. SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 431) ◄ NSP 8
426 Avez-vous fait, vous ou quelqu'un d'autre, quelque chose pour traiter le paludisme?	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A COL. SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... 1_ NON ..... 2 (PASSER A COL.SUIV.) ◄ (A 419) NSP ..... 8_	OUI ..... NON ..... (PASSER A 431) ◄ NSP .....
427 Qu'est ce qu'on a fait pour traiter le paludisme?	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE ..... 1 ASPIRINE ..... 1 AUTRES COMP. ..... 1 INJECTION ..... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1 PLANTES MEDICINALES .... . 1 AUTRE _____ 1 (PRECISER) (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE ..... 1 ASPIRINE ..... 1 AUTRES COMP. ..... 1 INJECTION ..... 1 HOPITAL, PMI, DISP. 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE _____ 1 (PRECISER) (PASSER A LA COL. SUIV.) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE ..... 1 ASPIRINE ..... 1 AUTRES COMP. ..... 1 INJECTION ..... 1 HOPITAL, PMI. DISP. 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE _____ 1 (PRECISER) (PASSER A LA COL. SUIV.) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE CHLOROQUINE ..... ASPIRINE ... . AUTRES COMP. ..... INJECTION ..... HOPITAL, PMI, DISP. PLANTES MEDICINALES AUTRE _____ (PRECISER) (PASSER A 431)

TABLEAU 4 (SUITE)

ENFANTS DECEDES	N° DE LIGNE __ DERNIERE NAISSANCE NOM _____	N° DE LIGNE __ AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	N° DE LIGNE __ DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	N° DE LIGNE __ TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____
428 Au cours de la maladie ayant conduit au décès, l'enfant a-t-il présenté un ou plusieurs des symptômes suivants?	INCAPABLE DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE ..... 1 ERUPTION ..... 1 TOUX ..... 1 YEUX ROUGES ..... 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX ..... 1 PIEDS ENFLES ..... 1 ACCIDENT ..... 1 NSP 1	INCAPABLE DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE ..... 1 ERUPTION ..... 1 TOUX ..... 1 YEUX ROUGES ..... 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX ..... 1 PIEDS ENFLES ..... 1 ACCIDENT ..... 1 NSP 1	INCAPAB. DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE .... 1 ERUPTION ..... 1 TOUX ..... 1 YEUX ROUGES ..... 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX . 1 SELLES DELIEES .. 1 CHEVEUX ROUX .... 1 PIEDS ENFLES .... 1 ACCIDENT ..... 1 NSP 1	INCAPAB. DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE .... 1 ERUPTION ..... 1 TOUX ..... 1 YEUX ROUGES ..... 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX . 1 SELLES DELIEES .. 1 CHEVEUX ROUX .... 1 PIEDS ENFLES .... 1 ACCIDENT ..... 1 NSP 1
429 Juste avant la mort, l'enfant a-t-il eu un ou plusieurs des symptômes suivants?	SPASMES MUSCUL. . 1 CONVULSIONS ..... 1 SELLES DELIEES .. 1 CORPS RAIDE ..... 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. . 1 CONVULSIONS ..... 1 SELLES DELIEES .. 1 CORPS RAIDE ..... 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. 1 CONVULSIONS .... 1 SELLES DELIEES . 1 CORPS RAIDE .... 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. 1 CONVULSIONS .... 1 SELLES DELIEES . 1 CORPS RAIDE .... 1 PARALYSIE 1
430 Quelle était la cause principale du décès?	TETANOS ..... 1 COQUELUCHE ..... 2 DIARRHEE ..... 3 ROUGEOLE ..... 4 PALUDISME ..... 5 GRIPPE ..... 6 AUTRE _____ 7 (PRECISER) NSP ..... 8 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419)	TETANOS ..... 1 COQUELUCHE ..... 2 DIARRHEE ..... 3 ROUGEOLE ..... 4 PALUDISME ..... 5 GRIPPE ..... 6 AUTRE _____ 7 (PRECISER) NSP ..... 8 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419)	TETANOS ..... 1 COQUELUCHE ..... 2 DIARRHEE ..... 3 ROUGEOLE ..... 4 PALUDISME ..... 5 GRIPPE ..... 6 AUTRE _____ 7 (PRECISER) NSP ..... 8 (PASSER A COL.SUIV.) (A 419)	TETANOS ..... 1 COQUELUCHE ..... 2 DIARRHEE ..... 3 ROUGEOLE ..... 4 PALUDISME ..... 5 GRIPPE ..... 6 AUTRE _____ 7 (PRECISER) NSP ..... 8 (PASSER A 431)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
431	Si un de vos enfants avait un cas de diarrhée aigue, comment le traiteriez-vous?	RVO ..... 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE ..... 1 BOUILLIE DE RIZ ..... 1 PUREE DE POMMES DE TERRE 1 HOPITAL, PMI, DISPENS. . 1 PAIN DE SINGE ..... 1 PLANTES MEDICINALES .... 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES 1 AUTRE ..... 1 NSP 1	
432	A quoi sert un vaccin?	PREVENIR ..... 01 GUERIR ..... 02 IMMUNISER ..... 03 PREVENIR ET GUERIR .... 04 PREVENIR ET IMMUNISER . 05 GUERIR ET IMMUNISER ... 06 PREVENIR, GUERIR ET IMMUNISER ..... 07 AUTRE _____ 08 NSP 98	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Etes-vous actuellement mariée?	OUI ..... 1 → 505 NON 2	
502	Etes-vous célibataire, veuve, divorcée ou séparée?	CELIBATAIRE ..... 1 VEUVE ..... 2 DIVORCEE ..... 3 SEPAREE 4	
503	Vivez-vous en union avec quelqu'un?	OUI ..... 1 → 505 NON: VEUVE, DIVORCEE, SEPAREE ..... 2 → 509 NON CELIBATAIRE 3	
504	Avez-vous déjà vécu en union avec quelqu'un?	OUI ..... 1 → 509 NON ..... 2 → 522	
505	Est-ce que votre mari (partenaire) vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE ..... 1 HABITE AILLEURS 2	
506	Votre mari (partenaire) a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 509	
507	Combien a-t-il de femmes en plus de vous-même?	NOMBRE ..... |_| NSP 8	
508	Quel est votre rang: Etes-vous la première, la seconde, la troisième, ... épouse?	RANG ..... |_| CONCUBINE ..... 7 NSP 8	
509	Combien de fois avez-vous été mariée (ou avez-vous vécu avec un homme)	NOMBRE ..... |_| 7 FOIS OU PLUS ..... 7 NSP 8	
510	En quel mois et quelle année avez-vous comsommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	MOIS ..... |__| NSP MOIS ..... 98 ANNEE ..... |__| → 512 NSP ANNEE ..... 98 MARIAGE NON CONSOMME .. 97 → 512	
511	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... |__|	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
512	Votre père et mère sont-ils encore en vie?	OUI NON PERE EN VIE ..... 1 2 MERE EN VIE 1 2	
513	Le père et la mère de votre premier mari/partenaire sont-ils encore en vie?	OUI NON NSP PERE DU 1er MARI 1 2 8 MERE DU 1er MARI 1 2 8	
514	ENQUETRICE: VOIR 510, 512 ET 513 TOUS EN VIE [ ] PAS TOUS EN VIE [ ] (PASSER A 517) NSP	MARIAGE NON CONSOMME [ ] (PASSER A 521)	
515	Votre (CITER LES PARENTS QUI NE SONT PLUS EN VIE) était-il/elle en vie quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari/partenaire?	OUI NON N.C PERE DE LA FEMME 1 2 3 MERE DE LA FEMME 1 2 3 PERE DU (1er) MARI 1 2 3 MERE DU (1er) MARI 1 2 3	
516	ENQUETRICE: VOIR 515 QUELQUES PARENTS VIVANTS AU MARIAGE [ ] AUCUN PARENT VIVANT [ ] (PASSER A 520)		
517	Depuis le jour où vous avez commencé à vivre avec votre (1er) mari/partenaire, avez-vous habité, vous et votre mari, avec un de ces parents dans le même ménage pendant au moins 6 mois, d'une manière continue?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	519
518	Pendant combien d'années avez-vous vécu avec un parent?	ANNEES ..... |__|__| JUSQU'A MAINTENANT .... 97 → NSP 98	520
519	Vivez-vous à présent avec un de ces parents?	OUI ..... 1 NON ..... 2 1ERE UNION ROMPUE 3	
520	Dans combien de localités différentes avez-vous vécu, vous et votre 1er mari, pendant 6 mois ou plus depuis que vous êtes mariée (avez commencé à vivre ensemble)?	NOMBRE DE LOCALITES ..... |__|__| NSP 98	
521	Y a-t-il un lien de parenté entre vous et votre (1er) mari/partenaire?	COUSIN PATERNEL ..... 1 COUSIN MATERNEL ..... 2 AUTRES PARENTS ..... 3 PAS DE LIEN 4	
522	PRESENCE D'AUTRES PERSONNES	OUI NON ENFANTS DE <10 ANS . 1 2 MARI ..... 1 2 AUTRES HOMMES ..... 1 2 AUTRES FEMMES 1 2	

SECTION 6. PREFERENCE EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 501 ET 503 ET VERIFIER: ACTUELLEMENT [ ] EN UNION AUTRES CAS [ ] (PASSER A 612)		
602	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'avenir. VERIFIER 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE [ ]: Voudriez-vous avoir des (d'autres) enfants? ENCEINTE [ ]: Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir des (d'autres) enfants?	OUI ..... 1 NON ..... 2 AUTRES ..... 3 NSP OU PAS DECIDEE 8	→ 606
603	Combien de (d'autres) garçons et de filles voudriez-vous avoir à l'avenir (en dehors de la grossesse actuelle)?	NOMBRE DE GARCONS . |__|__| NOMBRE DE FILLES .. |__|__| DEPEND DE DIEU ..... 95 DEPEND DU MARI ..... 96 AUTRES _____ 97 (PRECISER) NSP 98	
604	Si c'était à vous de décider, combien de temps attendriez-vous avant d'avoir un (autre) enfant (en dehors de la grossesse actuelle)?	NOMBRE DE MOIS .... |__|__| TOUT DE SUITE ..... 95 (DES QUE POSSIBLE) QUAND DIEU VOUDRA ..... 96 AUTRE _____ 97 (PRECISER) INDECISE, NSP 98	
605	De quel sexe voudriez-vous qu'il soit?	GARCON ..... 1 FILLE ..... 2 PAS DE PREFERENCE ..... 3 DEPEND DE DIEU ..... 4 AUTRE _____ 5 (PRECISER)	
606	A votre avis, quel est le meilleur intervalle entre deux naissances?	NOMBRE DE MOIS .... |__|__| AUTRE _____ 97 (PRECISER) NSP 98	→ 608

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
607	Pour quelle raison cet intervalle est-il le meilleur?	REPOS, SANTE DE LA MERE 01 SANTE DE L'ENFANT ..... 02 SANTE MERE ET ENFANT .. 03 EDUCATION DES ENFANTS . 04 SANTE MERE, EDUC. ENF. 05 SANTE & EDUCATION ENF. 06 COUTUMES, RELIGION .... 07 AUTRE _____ 97 (PRECISER) NSP 98	
608	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	NOMBRE DE JOURS .. |1|__| OU NOMBRE DE MOIS |2|__| OU NOMBRE D'ANNEES |3|__| AUTRE _____ 497 (PRECISER) NSP 998	
609	A votre avis, une mère devrait-elle attendre jusqu'à ce qu'elle n'allaite plus pour reprendre les relations sexuelles?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	
610	Pensez-vous que votre mari (ou partenaire) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE ..... 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP 8	
611	Combien de fois avez-vous parlé à votre mari/partenaire de la contraception au cours de l'année dernière?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 TROIS FOIS OU PLUS 3	
612	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE ..... 1 DESAPPROUVE ..... 2 NSP 8	→ 614
613	Pourquoi?	SANTE, REPOS DE LA MERE 01 SANTE DE L'ENFANT ..... 02 SANTE MERE ET ENFANT .. 03 EDUCATION DE L'ENFANT . 04 SANTE MERE, EDUC. ENF. 05 DIFFICULTES ECONOMIQUES 06 RELIGION, COUTUMES .... 07 EFFETS SECONDAIRES .... 08 MORTALITE ..... 09 AVANTAGES ECONOMIQUES . 10 AUTRE _____ 97 (PRECISER) NSP 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
614	VERIFIER 212: PAS D'ENFANTS [ ] : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir? A DES ENFANTS [ ] : Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?	NOMBRE ..... |__| DEPEND DE DIEU ..... 96 AUTRE REPONSE _____ 97 (PRECISER) NSP 98	
615	Combien de garçons et combien de filles voudriez-vous avoir?	NOMBRE DE GARCONS |__| NOMBRE DE FILLES |__| DEPEND DE DIEU ..... 96 AUTRE _____ 97 (PRECISER) NSP 98	

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 502, 503, 504 ET VERIFIER: NON-CELIBATAIRE [ ] AUTRES CAS [ ] OU A VECU AVEC (PASSER A 715) UN HOMME POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/PARTENAIRE ACTUEL OU LE PLUS RECENT.		
702	Est-ce que votre mari/partenaire actuel a jamais fréquenté l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 706 NSP ..... 8 → 706	
703	Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPERIEUR ..... 3 NSP ..... 8 → 706	
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée?	DERNIERE CLASSE ACHEV. [__] NSP 8	
705	ENQUETRICE: VOIR 704 ET VERIFIER: PRIMAIRE [ ] SECONDAIRE [ ] OU + (PASSER A 707)		
706	Peut-(pouvait-)il lire une lettre ou un journal?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	
707	Quel type de travail votre mari fait (faisait)-il principalement? _____ _____ _____	[__]	
708	ENQUETRICE: VOIR 707 NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE [ ] TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE [ ] (PASSER A 711) N'A JAMAIS TRAVAILLE [ ] (PASSER A 712)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
709	Reçoit-(Recevait-)il un salaire régulier hebdomadaire ou mensuel?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	→ 712
710	Est-ce que votre mari/partenaire travaille (travaillait) principalement dans son propre champ ou celui de sa famille ou celle de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSON. OU FAMIL.. 1 AUTRE CHAMP 2	
711	Est-ce qu'il travaille (travaillait) principalement pour être payé en espèces ou en nature?	EN ESPECES ..... 1 EN NATURE ..... 2 NSP 8	
712	Avant de vous marier (Avant de commencer à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous travaillé d'une manière régulière pour gagner de l'argent autre que de travailler au champ ou dans des affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	→ 714 → 714
713	L'argent que vous avez ainsi gagné, en avez-vous donné la plus grande partie à votre famille ou en avez-vous gardé la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE ..... 1 SOI-MEME ..... 2 A PART EGALE 3	
714	Depuis que vous êtes mariée (pour la 1ère fois) (que vous avez commencé à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous jamais travaillé d'une manière régulière pour de l'argent, en dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1 NON 2	→ 717 → 718
715	Avez-vous jamais travaillé de manière régulière pour gagner de l'argent en dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille?	OUI ..... 1 NON 2	→ 718
716	De l'argent que vous gagniez ainsi, donniez-vous la plus grande partie à votre famille ou gardiez-vous la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE ..... 1 SOI-MEME ..... 2 A PART EGALE 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
717	En dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille, travaillez-vous actuellement pour gagner de l'argent?	OUI ..... 1 NON 2	
718	ENREGISTRER LE TEMPS	HEURE ..... |__| MINUTES..... |__|	

SECTION 8. POIDS ET TAILLE

801	ENQUETRICE: VOIR TABLEAU 1. POUR CHAQUE ENFANT EN VIE, NE ENTRE APR. 83 ET OCT. 85 (6 A 36 MOIS) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE, LE POIDS, LA TAILLE ET LA DATE DE NAISSANCE.		
	1. PRENOM ET NOM _____	N° DE LIGNE ..... |__|	
		MOIS/NAISSANCE .... |__| ANNEE/NAISSANCE 19 |__| POIDS EN KG. ... |__._| TAILLE EN CM. .. |___| NON-MESURE(E)_____ (PRECISER)	
	2. PRENOM ET NOM _____	N° DE LIGNE ..... |__|	
		MOIS/NAISSANCE .... |__| ANNEE/NAISSANCE 19 |__| POIDS EN KG. ... |__._| TAILLE EN CM. .. |___| NON-MESURE(E)_____ (PRECISER)	
	3. PRENOM ET NOM _____	N° DE LIGNE ..... |__|	
		MOIS/NAISSANCE .... |__| ANNEE/NAISSANCE 19 |__| POIDS EN KG. ... |__._| TAILLE EN CM. .. |___| NON-MESURE(E)_____ (PRECISER)	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
(A remplir après achèvement de l'interview)

Observations de l'Enquêtrice: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nom de l'enquêtrice: _____ Date: _____

_____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR

_____

_____

_____

_____

Contrôleur: _____ Date: _____

_____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR DE BUREAU ET DE L'AGENT DE SAISIE

_____

_____

_____

_____

Contrôleur de bureau: _____ Date: _____

Agent de saisie: _____ Date: _____

3345A/20/02/86

BIBLIOGRAPHIE

Ayad, M. et Zoughlami, Y. Fécondité et Planification Familiale en Tunisie, 1983, Rapport sur les Résultats de l'Enquête Tunisienne sur la Prévalence de la Contraception, Office National de la Famille et de la Population et Westinghouse Public Applied Systems, Tunis, 1985.

Direction de la Statistique, Dakar et Centre de Contrôle des Maladies d'Atlanta (CDC). Enquête sur la Santé Familiale dans la Région du Siné-Saloum (ESFSS), 1982–83, Dakar, 1985.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. Enquête Nationale sur la Fécondité du Cameroun, 1978, Vol. I, 1983.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. Enquête Nationale Mauritienne sur la Fécondité, 1981, Vol. I, Nouakchott, 1984.

Direction de la Statistique. Enquête Ivoirienne sur la Fécondité, 1980–81, Vol. I, Abidjan, 1984.

Direction de la Statistique. Enquête Sénégalaise sur la Fécondité, 1978, Rapport National d'Analyse, Vol. I et II, Dakar, 1981.

Direction de la Statistique. Situation Economique 1985 du Sénégal, Dakar, 1985.

National Population Bureau. The Nigeria Fertility Survey, 1981–82, Vol. I, Lagos, 1984.

Nutrition Institute. National Nutrition Survey (Summary Report), 1978. Office of Nutrition, Development Support Bureau, Agency for International Development, Washington, D.C., 1978.

Rutstein, S. O. Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials, World Fertility Survey, Comparative Studies, Number 43, Voorburg, Netherlands, International Statistical Institute, 1984.

Sherris, J.D., Blackburn, R., Moore, S.H., and Mehta, S. Immunizing the World's Children. Population Reports, Series L, No. 5. Baltimore, Johns Hopkins University, Population Information Program, March–April 1986.

United Nations. How to Weigh and Measure Children, New York, UN, (National Household Survey Capability Programme) 1986.

World Bank. World Development Report 1984, Washington, DC, World Bank, 1984.