DHS

PN-ABD-442

Sénégal

Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986

RAPPORT RESUME

RÉSUMÉ 2

CONTEXTE DE L'ENQUÊTE 3

FÉCONDITÉ 4

Facteurs démographiques 4

Nuptialité 5

Age à la première naissance 6

Allaitement et infécondité postpartum 6

Préférences en matière de fécondité 6

PLANIFICATION FAMILIALE 7

Connaissance de la contraception 7

Utilisation de la contraception 8

Services de planification familiale 9

Attitudes à l'égard de la planification familiale 9

Besoins en matière de services de planification familiale 10

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE 11

Santé maternelle 12

Allaitement 13

Maladies infantiles 13

Diarrhée 13

Paludisme 15

Prévention 15

Croissance 16

CONCLUSIONS 17

PRINCIPAUX INDICATEURS 19

PEACE CORPS HAMMOND

Ce rapport résume les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée par le Ministère de l'Economie et des Finances en 1986. Les moyens pour l'édition et la production du rapport ont été fournis par le projet IMPACT du Population Reference Bureau. L'enquête EDS fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS), dont l'objectif est de rassembler des données sur la fécondité, la planification familiale et la santé maternelle et infantile. Des informations complémentaires sur l'EDS peuvent être obtenues auprès de la Division des Enquêtes et de la Démographie, Direction de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances, BP 116, Dakar, Sénégal. D'autres informations sur le programme DHS peuvent être obtenues en écrivant à : DHS, Institute for Resource Development/Westinghouse, 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, U.S.A. (Telex 87775).

Décembre 1988

Résumé

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal de 1986 (EDS) montrent que les taux de croissances démographiques élevés vont vraisemblablement persister, ce qui entraînera une demande croissante de services sociaux.

Les taux de fécondité et de mortalité restent très élevés, bien qu'ils aient décliné au cours des huit dernières années. Si ces taux se maintiennent, les femmes donneront naissance en moyenne à près de 7 enfants durant leur vie féconde. Actuellement un enfant sur cinq meurt avant son cinquième anniversaire.

La plupart des femmes désirent une famille nombreuse. Cependant, parmi les femmes mariées d'âge fécond, près d'une sur cinq ne veut plus du tout d'enfant. Si l'on tient compte de celles qui souhaitent espacer leur prochaine naissance, trois femmes sénégalaises mariées sur huit ont besoin des services de planification familiale.

PEACE CORPS HAMMOND

Environ 11% des femmes mariées utilisent une méthode ou une autre de contraception, mais moins de 3% ont recours aux méthodes modernes, principalement la pilule ou le stérilet. Bien que la plupart des femmes aient entendu parler de la contraception, la connaissance spécifique des méthodes est faible. La plupart des femmes manquent de soins de santé. Au cours des cinq dernières années, moins de la moitié des naissances sont survenues avec l'aide des personnels de santé.

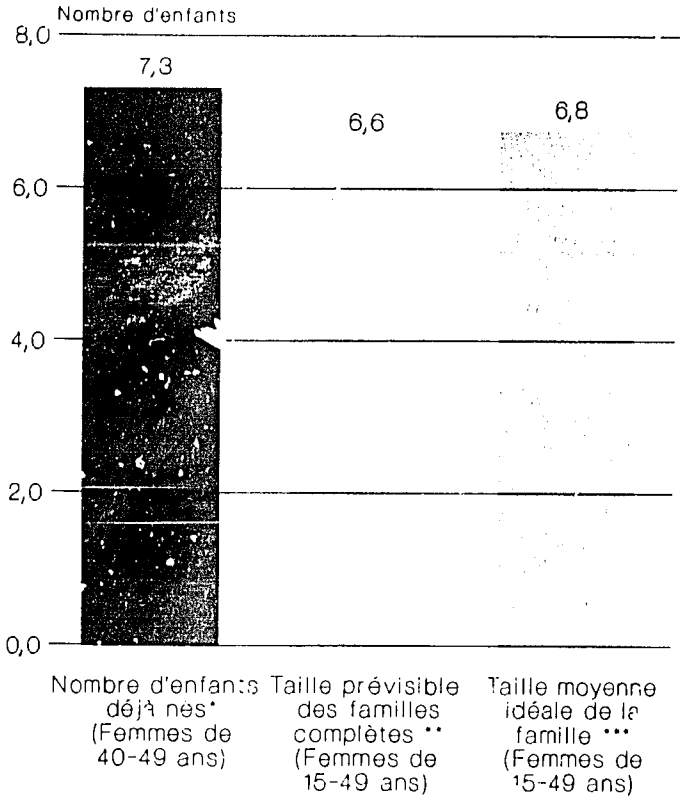
Si les taux actuels se maintiennent, les femmes donneront naissance en moyenne à près de sept enfants durant leur vie féconde.

Les taux de mortalité infantile et juvénile ont modérément diminué au cours des huit dernières années, mais continuent à être parmi les plus élevés de l'Afrique. L'Enquête montre que les maternités précoces et des intervalles courts entre les naissances sont associés à une mortalité infantile plus forte. Les facteurs qui affectent la mortalité des enfants sont l'incidence élevée de la diarrhée et du paludisme, et la faible proportion d'enfants qui ont reçu une couverture vaccinale complète contre les six principales maladies infantiles. Les résultats de l'Enquête anthropométrique montrent que beaucoup d'enfants sénégalais ont une taille et un poids inférieurs aux normes de leur âge, ce qui est symptomatique d'une malnutrition chronique. L'Enquête évalue les progrès en matière de santé et de planification familiale et clarifie les enjeux pour l'avenir.

Contexte de l'Enquête

L'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal a été réalisée par la Division des Enquêtes et de la Démographie, Direction de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances. Un échantillon national de 4415 femmes âgées de 15 à 49 ans a été interrogé entre avril et juillet 1986.

Figure 1
NOMBRE D'ENFANTS DÉJÀ NÉS, TAILLE PRÉVISIBLE ET TAILLE IDÉALE DES FAMILLES



*Parité atteinte par les femmes de 40-49 ans
**Indice synthétique de fécondité
***Nombre idéal moyen d'enfants

SENEGAL EDS 1986

FÉCONDITÉ

Comme dans beaucoup de pays africains, les familles nombreuses sont la norme au Sénégal. Si les taux actuels se maintiennent, les femmes âgées de 15 à 49 ans donneront naissance en moyenne à près de 7 enfants durant leur vie féconde (voir Figure 1, Taille prévisible des familles complètes). La fécondité diminue quand le niveau d'instruction s'élève. Par exemple, les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire ou supérieur ont eu en moyenne 3,7 naissances en 1983-85, contre 6,8 pour celles qui n'ont reçu aucune instruction. La fécondité varie aussi selon le milieu de résidence. Les femmes qui habitent en milieu urbain ont eu en moyenne 5,4 enfants contre 7,1 pour les femmes rurales. Environ deux femmes sur cinq vivent en milieu rural et moins d'une sur dix a fréquenté le cycle secondaire.

L'allaitement prolongé, coutume quasiment universelle, contribue sensiblement à l'espacement des naissances et à la santé de l'enfant.

Les jeunes femmes ont moins d'enfants aujourd'hui qu'au milieu de la décennie 1970. Entre 1978 et 1986, la fécondité générale a diminué de près de 9% en raison d'un moins grand nombre de naissances parmi les femmes de moins de trente ans.

Facteurs démographiques

Les principaux facteurs qui influent sur les niveaux et les tendances de la fécondité au Sénégal sont : (1) le mariage précoce; (2) la maternité précoce ; (3) l'allaitement prolongé. D'autres facteurs, notamment

Figure 2
AGE AU PREMIER MARIAGE

SENEGAL EDS 1986

l'abstinence, la mortalité intra-utérine et l'infécondité, jouent aussi un rôle. L'utilisation de la contraception est faible et influe donc peu sur la fécondité.

Nuptialité

Les femmes qui se marient tôt tendent à avoir leurs enfants plus tôt et à donner naissance à plus d'enfants que celles qui se marient plus tard. Au Sénégal le mariage est précoce et très général. Plus de la moitié des femmes sénégalaises de 17 ans sont mariées, et pratiquement toutes les femmes de 25 ans le sont ou l'ont été (voir Figure 2). Environ la moitié des femmes mariées sont en union polygamique.

Age à la première naissance

La vie féconde commence généralement avant 20 ans, âge auquel plus de la moitié des femmes ont eu leur première naissance. En fait, plus d'un tiers l'ont eue avant 17 ans. Ces maternités précoces ne contribuent pas seulement à une fécondité élevée, elles ont des effets négatifs sur la santé des jeunes mères et de leurs enfants.

Allaitement et infécondité postpartum

La pratique de l'allaitement est quasiment universelle chez les femmes sénégalaises ; près de 90% des enfants âgés de 11 mois ou moins étaient allaités au moment de l'Enquête. La durée médiane de l'allaitement est presque de 19 mois.

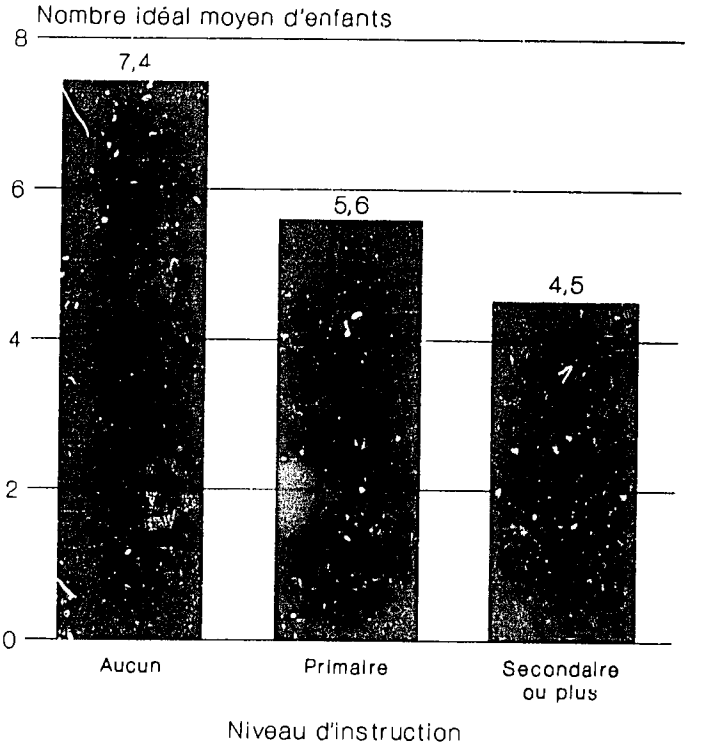
Du fait de la durée de l'allaitement, la période d'infécondité qui suit la naissance est très longue, 17 mois en moyenne. Le Sénégal a ainsi une des périodes d'infécondité postpartum les plus longues de l'Afrique.

Préférences en matière de fécondité

Le niveau élevé de la fécondité sénégalaise reflète partiellement la préférence pour les familles nombreuses. Interrogées sur ce qu'elles considèrent comme le nombre idéal d'enfants, les femmes indiquent un nombre moyen de près de 7 enfants. Les femmes vivant en milieu urbain et celles qui ont été scolarisées préfèrent une famille moins nombreuse (voir Figure 3).

Près d'une femme mariée sur cinq ne veut plus du tout d'enfant. Environ un tiers des femmes mariées souhaitent attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance.

Figure 3
INFLUENCE DE L'INSTRUCTION SUR LA FÉCONDITÉ SOUHAITÉE
(Ensemble des femmes de 15–49 ans)



SENEGAL EDS 1986

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance de la contraception

La majorité des femmes sénégalaises ont au moins entendu parler de la contraception. Les deux tiers des femmes mariées ont connaissance d'une méthode contraceptive moderne. Les méthodes traditionnelles

Environ la moitié des femmes sénégalaises mariées ne veulent plus d'enfant ou souhaitent attendre deux ans ou plus avant leur prochaine grossesse, mais 11% seulement utilisent une méthode de contraception.

sont les plus connues, notamment l'abstinence prolongée, qui est reconnue par huit femmes sur dix, les amulettes (gris-gris),[1] qui sont reconnues par les deux tiers des femmes, et les plantes médicinales, qui sont reconnues par plus du quart des femmes. Quand on leur demande si elles ont entendu parler de la stérilisation féminine, plus de la moitié des femmes donnent une réponse affirmative. Le tiers d'elles ont connaissance de la pilule, tandis qu'une femme sur quatre, approximativement, est au courant du DIU, de l'injection et du préservatif. Néanmoins, la plupart des femmes n'ont nommé des méthodes de contraception qu'après en avoir entendu une description.

Les femmes qui ont entendu parler des méthodes de contraception peuvent généralement nommer des sources — publiques ou privées — auxquelles elles peuvent s'adresser. Quatre femmes mariées sur cinq qui connaissent une méthode donnée, savent comment y

PEACE CORPS/REDENIUS

[1] Un gris-gris consiste généralement en une petite bourse de cuir contenant quelques versets du Coran ou des herbes, qui protège celui qui la porte contre les mauvais sorts.

avoir accès, sauf pour la pilule et le préservatif. Trois femmes sur dix, parmi celles qui avaient entendu parler de la pilule ou du préservatif, ne savaient pas où se les procurer.

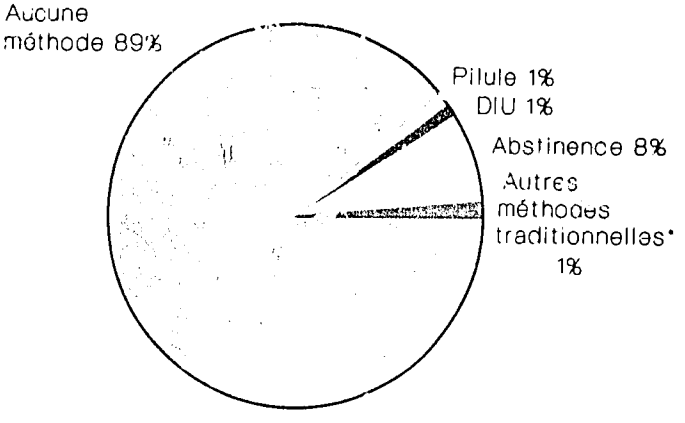
Utilisation de la contraception

Environ 11% des femmes mariées utilisent une méthode de contraception, mais moins de 3% utilisent une méthode moderne. L'abstinence prolongée est pratiquée par environ 8% des femmes mariées. La pilule, le DIU et la méthode traditionnelle des gris-gris sont utilisés chacun par environ 1% des femmes mariées (voir Figure 4).

Bien que le niveau global d'utilisation de la contraception soit très faible, il s'est élevé au cours des huit dernières années. Depuis 1978, l'utilisation des méthodes modernes a quadruplé, passant de 0,6% à 2,4%, et l'utilisation de l'abstinence et des autres méthodes traditionnelles a presque triplé, de 3,3 à 9% (voir Figure 5).

Pratiquement toutes les utilisatrices des méthodes modernes vivent dans les zones urbaines. L'éducation est un des facteurs principaux de l'utilisation des méthodes modernes. Environ 22% des femmes qui ont fréquenté

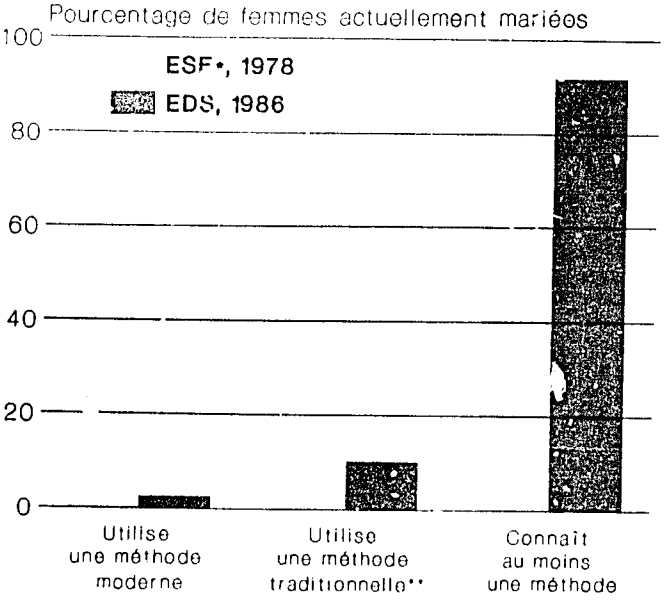
Figure 4
UTILISATION ACTUELLE DES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE
(Femmes actuellement mariées de 15–49 ans)



*Les méthodes traditionnelles regroupent les gris-gris, le retrait et les plantes médicinales

SENEGAL EDS 1986

Figure 5
UTILISATION ET CONNAISSANCE DES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE
(Femmes actuellement mariées de 15–49 ans)



* ENQUETE SENEGALAISE SUR LA FECONDITE
** y compris l'abstinence

SENEGAL ESF 1978
SENEGAL EDS 1986

le cycle secondaire utilisent une méthode moderne, contre 6% des femmes qui n'ont pas dépassé le primaire, et 1% de celles qui n'ont reçu aucune instruction (voir Figure 6). Les femmes rurales utilisent un peu plus les méthodes traditionnelles que les femmes urbaines.

Services de planification familiale

Près de la moitié des utilisatrices de la contraception moderne se sont procurées leur méthode auprès du secteur public : centres de santé, de planification familiale (PF), centres de protection maternelle et infantile (PMI), dispensaires, hôpitaux. Deux utilisatrices sur cinq ont obtenu leur méthode de contraception dans des cliniques, chez un médecin privé, ou encore dans une pharmacie.

Attitudes à l'égard de la planification familiale

Vu les connaissances très sommaires que possèdent les femmes sénégalaises mariées sur le sujet de la contraception, il n'est pas surprenant que moins de la moitié déclarent qu'elles approuvent les couples employant les méthodes contraceptives. Les femmes vivant en milieu urbain, celles qui sont âgées de 20-39 ans, et celles qui ont fréquenté au moins l'école primaire sont les plus favorables. Au dire des femmes, leurs maris sont encore moins favorables qu'elles à la planification familiale; moins d'une femme sur cinq pense que son partenaire approuve la contraception. Toutefois, rares sont les maris et femmes (moins d'un couple sur cinq) qui ont discuté du sujet — ne serait-ce qu'une fois — au cours de l'année précédente.

En ce qui concerne les problèmes liés à l'utilisation des méthodes contraceptives, plus d'une femme sur six, parmi celles qui ont entendu parler d'une méthode, a évoqué les effets secondaires de la contraception, qu'il

Figure 6
Utilisation Actuelle de la Planification Familiale selon le Milieu de Résidence et le Niveau d'Instruction

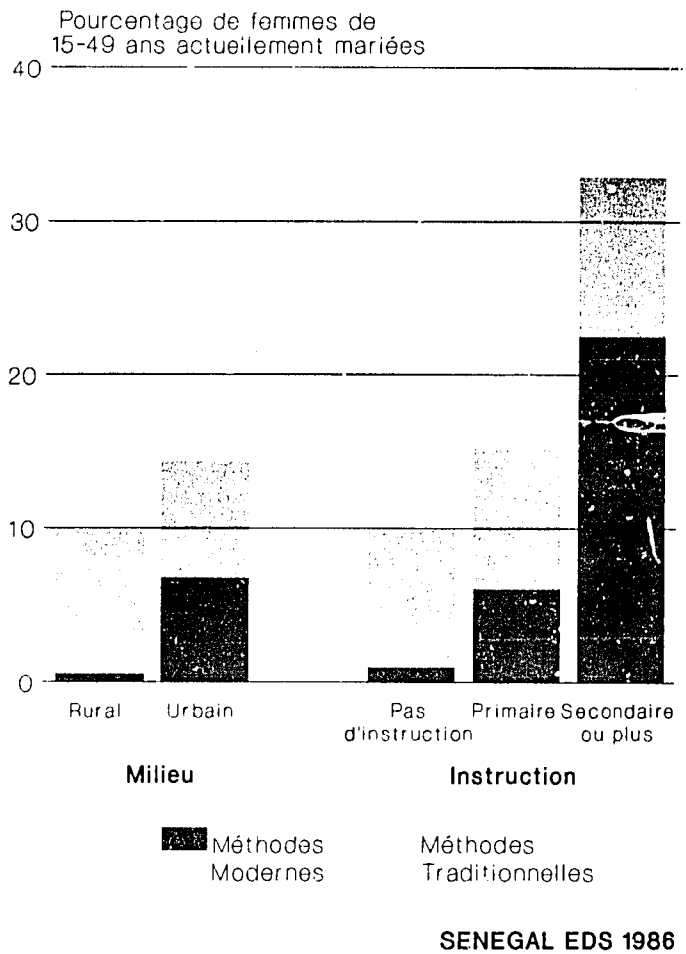


Tableau 1
RAISONS DE LA NON-UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
(Femmes de moins de 30 ans actuellement mariées)

RAISON CITEE	POURCENTAGE
Veut un autre enfant	53
Manque d'information	15
Traditions/Religion	7
Crainte des effets secondaires	3
Le mari désapprouve	3
Pas de relations sexuelles actuellement/est en train d'allaiter	8
Indécise	4
Autres raisons	8

SENEGAL EDS 1986

s'agisse des méthodes modernes ou traditionnelles : stérilet, pilule, plantes médicinales, gris-gris, stérilisation masculine, injection. Pour plus d'une femme sur dix, les préservatifs, les gris-gris, l'abstinence périodique et les plantes médicinales ne permettent pas de prévenir la survenance d'une grossesse.

Interrogées sur les raisons pour lesquelles elles n'utilisaient pas des moyens contraceptifs, la moitié des femmes exposées au risque de grossesse ont répondu qu'elles voulaient un autre enfant. Parmi les femmes de moins de 30 ans exposées au risque de grossesse, 15% ont cité leur manque d'information sur la contraception et 7% ont mentionné les traditions ou la religion (voir Tableau 1).

Besoins en matière de services de planification familiale

Bien que l'Enquête montre que les femmes sénégalaises souhaitent une famille nombreuse, elle révèle aussi un fort désir de limiter ou d'espacer les naissances. Sur huit femmes mariées exposées au risque de grossesse, environ trois ont besoin de services de planification familiale. Le tiers d'entre elles ne veulent plus d'enfant et les autres souhaitent espacer leur prochaine grossesse d'au moins deux années. A l'heure actuelle, un bon nombre de femmes parviennent à garder l'intervalle voulu entre leurs grossesses simplement en prolongeant l'allaitement, mais celles qui veulent attendre plus longtemps ou cesser d'avoir des enfants ont probablement besoin de services de planification familiale.

L'EDS démontre aussi l'existence d'une importante demande pour les méthodes modernes de contraception. Parmi les femmes mariées qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'Enquête, une sur six avait l'intention de le faire plus tard, et la moitié de celles qui ont manifesté cette intention préfèrent les méthodes modernes.

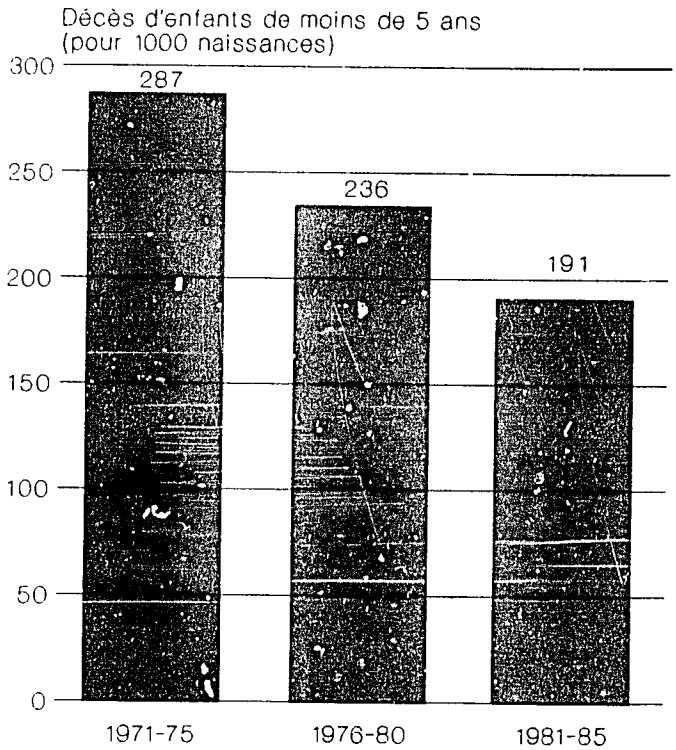
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

La mortalité des enfants au Sénégal continue à être l'une des plus élevées de l'Afrique. Actuellement, près d'un enfant sur cinq meurt avant son cinquième anniversaire. Cependant, les taux de mortalité ont décliné (voir Figure 7). Ainsi, depuis le milieu des années 1970, le taux de mortalité infantile a diminué de 10%, tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile (ensemble des enfants de moins de cinq ans) a diminué de 19%.

Bien que les taux de mortalité infantile se soient améliorés, près d'un enfant sur cinq meurt avant son cinquième anniversaire.

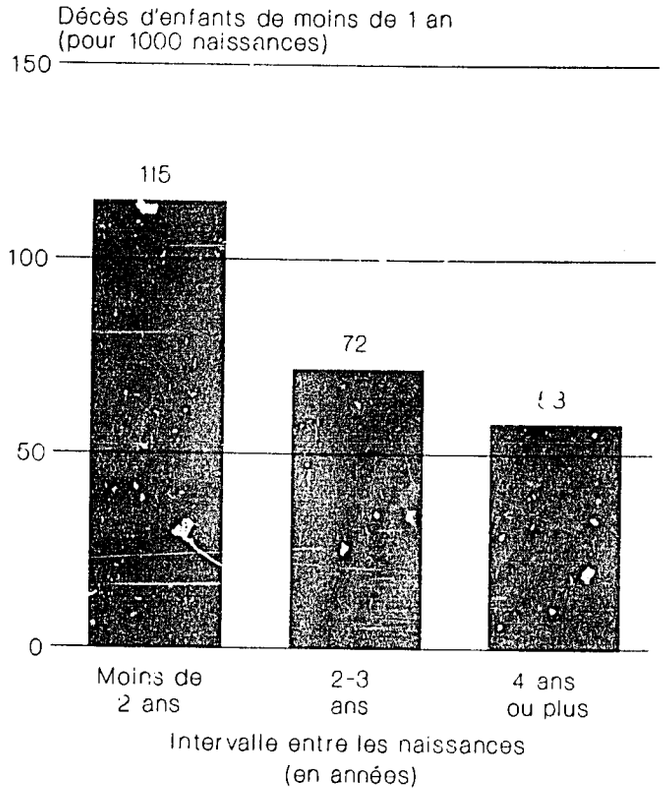
Outre les facteurs qui affectent habituellement la mortalité infantile, tels que la maladie, la malnutrition et un environnement défavorable, l'EDS montre que le moment de la grossesse joue aussi un rôle important. Par exemple, lorsque la mère a dix-neuf ans ou moins, le taux de mortalité infantile est près de deux fois plus élevé que lorsque la mère a vingt ans ou plus (119 contre 83 décès pour mille naissances). De même, les bébés nés

Figure 7
TENDANCES DE LA MORTALITÉ INFANTILE



SENEGAL EDS 1986

Figure 8
ESPACEMENT DES NAISSANCES ET MORTALITÉ INFANTILE



SENEGAL EDS 1986

moins de deux ans après l'enfant précédent ont deux fois plus de chances de mourir dans l'année que ceux dont la naissance survient après un intervalle de quatre ans au moins (voir Figure 8).

Santé maternelle

Dans la mesure où, dès avant la naissance, la santé de l'enfant dépend de celle de la mère, la surveillance de la grossesse peut être décisive pour la survie de l'enfant. Dans presque les deux tiers des cas, les mères avaient passé au moins une visite médicale dans un service de santé (proportion calculée sur les enfants nés dans les cinq années précédant l'Enquête). Presque les deux tiers de ces mères avaient reçu leurs soins prénataux du personnel de santé. Les médecins jouent un rôle très limité : ils n'ont suivi qu'environ 3% des grossesses.

Cependant, la plupart des enfants ne sont toujours pas protégés contre le tétanos néonatal, alors que cette maladie est particulièrement meurtrière dans les premières semaines de la vie. Au cours des cinq dernières années, trois femmes sur dix seulement ont été vaccinées durant leur grossesse contre le tétanos.

La survie de l'enfant et la santé de la mère sont également affectées par l'absence d'une assistance qualifiée au moment de l'accouchement. Environ une femme sur quatre a été assistée par une parente ou une voisine, et une proportion comparable l'a été par une accoucheuse traditionnelle ou une matrone. Une sage-femme, un médecin ou un membre du personnel de santé sont intervenus dans moins de la moitié des accouchements (voir Figure 9). Un nombre assez important de femmes (six pour cent) donnent naissance sans l'aide de personne. Dans ces conditions, les risques de mortalité pour la mère et l'enfant sont extrêmement élevés.

Allaitement

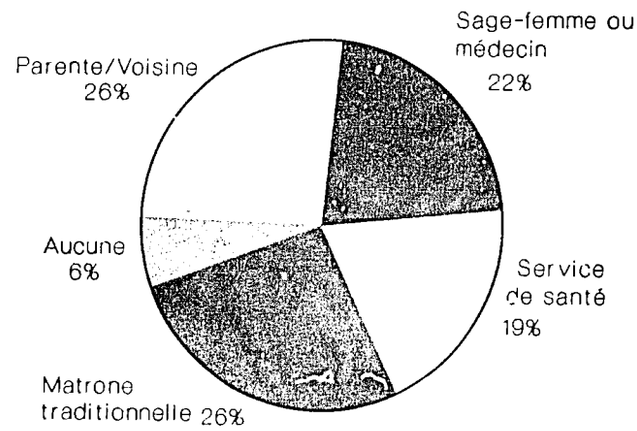
Outre que l'allaitement offre à la mère une protection relative contre les grossesses, il joue un rôle important pour la survie de l'enfant. Le lait maternel — le meilleur nutriment au cours des premiers six mois de la vie — contient des anticorps qui protègent l'enfant de la maladie. Près de 90% des enfants de moins d'un an sont allaités et cette proportion est encore supérieure à 50% parmi ceux âgés de 12 à 19 mois.

Maladies infantiles

Diarrhée

Cette maladie est fréquente au Sénégal. Selon leurs mères, près de deux enfants sur cinq (38%) de moins de 5 ans avaient eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'Enquête. Parmi ces enfants, sept sur dix (69%) avaient reçu un traitement. L'usage très répandu des médicaments pour le traitement de la diarrhée est préoccupant. Au Sénégal, environ un enfant sur trois a été traité avec des produits pharmaceutiques, thérapeutique coûteuse et largement inefficace dans la plupart des cas de diarrhée. La réhydratation par voie orale (RVO), l'un des traitements les meilleurs marchés et les plus efficaces contre la diarrhée, n'a été utilisée

Figure 9
ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT
(Naissances survenues durant les 5 années précédant l'enquête)

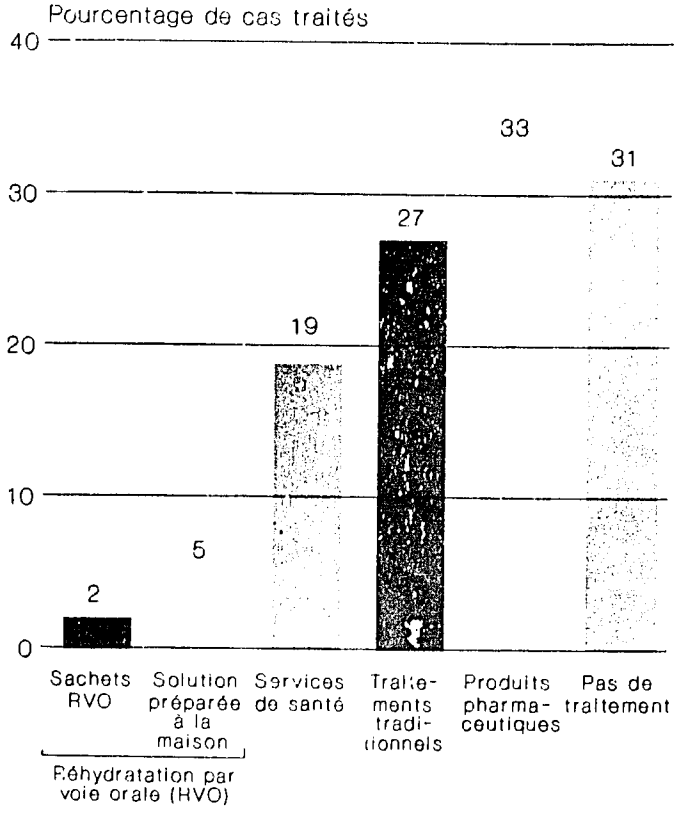


SENEGAL EDS 1986

Figure 10

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ L'ENFANT*

(Enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les deux semaines qui précèdent l'enquête)



* le total est supérieur à 100 en raison des réponses multiples

SENEGAL EDS 1986

UN PHOTO/JOHN ISAAC

que pour 7% des enfants souffrant de la diarrhée. Et dans 2% des cas seulement, les sachets RVO disponibles dans le commerce ont été utilisés (Voir Figure 10).

Paludisme

Le paludisme est très répandu au Sénégal, et la moitié des enfants de moins de 5 ans avaient eu cette maladie durant l'hivernage précédant l'Enquête.

Moins de 25% des enfants ayant un carnet de santé sont complètement vaccinés.

Pratiquement tous les enfants (93%) avaient reçu un traitement, plus de la moitié dans les centres de santé. Néanmoins, au dire des mères, un enfant sur quatre seulement avait reçu un médicament contre le paludisme (voir Figure 11).

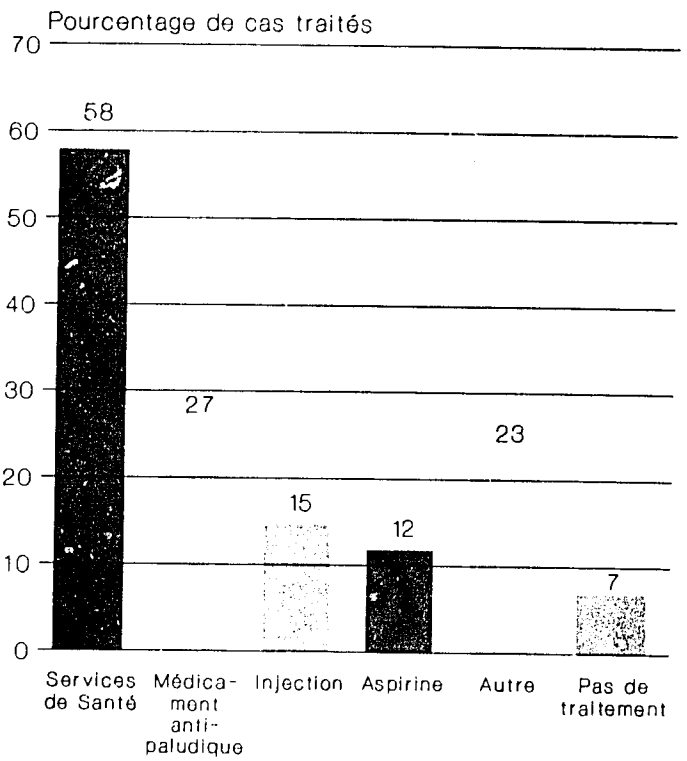
Prévention

L'immunisation contre les six principales maladies infantiles susceptibles de prévention — la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole — est un élément essentiel de la stratégie pour la survie des enfants. Parmi les enfants de moins de cinq ans, environ trois sur cinq ont reçu au moins une vaccination. Parmi les enfants munis de carnets de santé, six enfants sur sept ont été vaccinés contre la tuberculose, et quatre sur sept contre la rougeole (voir Figure 12). Cependant la couverture immunitaire est loin d'être complète ; moins d'un enfant sur quatre possédant un carnet de santé a été vacciné contre l'ensemble des six maladies.

Figure 11

TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ L'ENFANT*

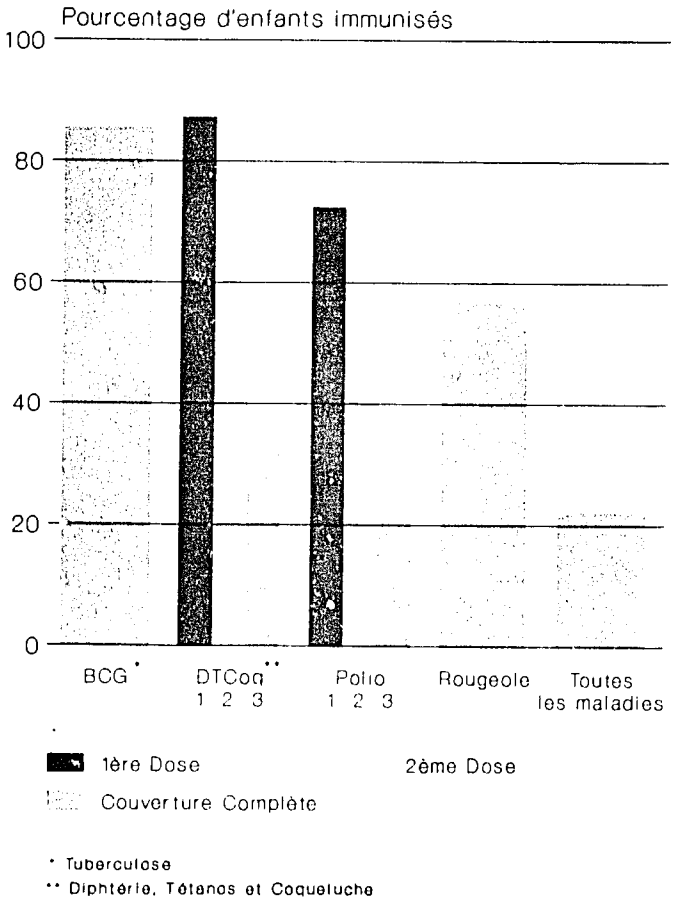
(Enfants de moins de 5 ans ayant eu le paludisme durant l'hivernage précédant l'enquête)



* le total est supérieur à 100 en raison des réponses multiples

SENEGAL EDS 1986

Figure 12
COUVERTURE VACCINALE
(Enfants de moins de 5 ans ayant un carnet de santé)



SENEGAL EDS 1986

La couverture immunitaire serait sensiblement meilleure si un nombre plus élevé d'enfants recevaient la deuxième et la troisième doses vaccinales, alors que le taux d'abandon après la première dose est très fort. Ainsi, parmi les enfants ayant un carnet de santé, moins de la moitié de ceux qui ont eu leur première dose des vaccins DTCoq et antipoliomyélitique ont été revus pour recevoir leur dose finale.

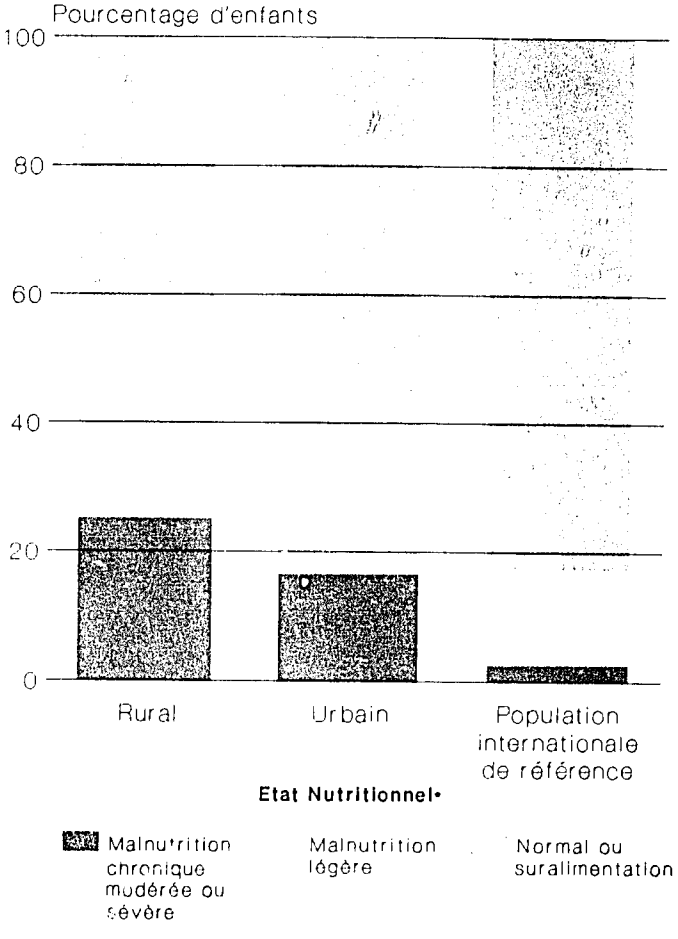
Près d'un enfant sénégalais sur quatre montre des signes de malnutrition chronique grave.

Croissance

La mesure du poids et de la taille permet d'apprécier l'état nutritionnel passé et présent de l'enfant et de détecter les cas de malnutrition sévères. Les résultats de l'Enquête montrent que près d'un enfant sénégalais sur quatre parmi ceux qui sont âgés de 6 à 36 mois, est trop petit par rapport à son âge, un signe d'une malnutrition chronique modérée ou grave. Ces résultats suggèrent que ces enfants n'ont pas reçu une alimentation suffisamment riche en protéines, et ceci indépendamment de la malnutrition liée aux périodes de famine.

La malnutrition est plus fréquente parmi les enfants résidant en milieu rural (voir Figure 13). Elle est aussi plus fréquente parmi les enfants dont la mère est illettrée. Elle est moins fréquente enfin parmi les enfants de moins d'un an, parce que la plupart sont nourris au sein et reçoivent ainsi tous les nutriments dont ils ont besoin. Certains de ces problèmes pourraient être résolus en fournissant aux mères une information sur l'alimentation adéquate aux besoins de l'enfant, et sur l'alimentation adaptée en cas de maladie.

Figure 13
ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS
(Ratio taille-pour-âge des enfants de 6–36 mois)



* Mesuré en écarts-types par rapport à la population internationale de référence

SENEGAL EDS 1986

CONCLUSIONS

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Sénégal en 1986 sont une source importante de renseignements pour la planification nationale et le développement de programmes destinés à répondre aux besoins en matière de reproduction et de santé. L'information sur la fécondité et la survie de l'enfant peut servir à estimer les tendances futures de la population, et par conséquent la demande en matière d'instruction, d'emploi, de logement et de services publics.

En ce qui concerne les services de santé, l'EDS révèle le besoin de plusieurs services fondamentaux :

- Information et services en matière de planification familiale, à la fois pour aider les couples à espacer les naissances et limiter la taille de la famille;
- Santé maternelle, notamment soins prénataux et assistance à l'accouchement;

- Santé du nourrisson et de l'enfant, en particulier vaccinations et traitement de la diarrhée et du paludisme;
- Surveillance de la croissance et éducation nutritionnelle.

Les populations rurales sont celles qui ont le plus besoin de ces services.

L'Enquête révèle également une demande potentielle importante pour la planification familiale : les naissances ont diminué chez les femmes de moins de trente ans au cours des huit dernières années et trois femmes mariées sur huit souhaitent limiter la taille de leur famille ou espacer leur prochaine naissance de deux ans au moins. Avec la croissance rapide de la population urbaine et l'élévation du niveau d'instruction chez les femmes, il est vraisemblable que les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances tomberont en désuétude et que l'intérêt accordé aux services de planification familiale grandira.

Les résultats de l'Enquête conduisent à signaler plusieurs domaines où des programmes d'éducation sanitaire seraient particulièrement utiles :

- Survenance des grossesses. Les femmes et les hommes doivent être informés des effets négatifs sur la santé des grossesses survenant chez les jeunes filles et des grossesses séparées par un intervalle de moins de deux ans.
- Méthodes contraceptives modernes. Le faible niveau de connaissance des méthodes modernes suggère que les femmes ont besoin d'une information factuelle sur les méthodes de contraception, leurs avantages et leurs inconvénients, et de conseils quant au choix de la méthode et à son utilisation.
- Implication des hommes dans la planification familiale. Le faible taux d'approbation de la contraception par les hommes et le fait que peu de couples ont discuté de ce sujet, suggèrent qu'une campagne d'éducation à la planification familiale serait utile.
- Traitement de la diarrhée. Beaucoup de parents ne savent pas que la réhydratation par voie orale est un traitement bon marché et efficace contre la diarrhée. La commercialisation des sachets RVO devrait être développée et les conseils pour préparer des solutions à la maison devraient être largement diffusés.
- Malnutrition infantile. La malnutrition chronique chez les enfants peut être en partie réduite grâce à des programmes centrés sur les mères, en particulier celles qui ne savent pas lire.

Une action concertée sera nécessaire pour abaisser encore davantage les taux de fécondité et de mortalité infanto-juvénile.

PEWU CORPS RÉDENIUS

PRINCIPAUX INDICATEURS

Population Mondiale, 1988, Population Reference Bureau, Inc.

Sénégal :

Population totale (en millions)	7,0
Taux de croissance (en pour cent)	2,6
Doublement de la population (en années)	26

Sénégal, Enquête Démographique et de Santé, 1986

Taille de l'échantillon	
Femmes âgées de 15 à 49 ans	4415
Caractéristiques du contexte	
Pourcentage de femmes urbaines	41,0
Pourcentage de femmes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire[1]	9,2
Pourcentage de femmes sachant lire	15,4
Nuptialité et autres déterminants de la fécondité	
Pourcentage de femmes actuellement mariées	76,2
Pourcentage de femmes qui sont ou ont été mariées	81,2
Age médian au premier mariage (femmes âgées de 20 à 49 ans)	16,6
Age médian à la première naissance (femmes âgées de 20 à 49 ans)	19,7
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[2]	18,8
Durée médiane de l'aménorrhée postpartum (en mois)[2]	16,7
Durée médiane de l'abstinence postpartum (en mois)[2]	2,7

Fécondité

Indice synthétique de fécondité (taille prévisible des familles complètes)[3]	6,6
Nombre moyen d'enfants déjà nés (femmes âgées de 40 à 49 ans)	7,3
Pourcentage de femmes actuellement mariées et enceintes	15,3

Désirs d'enfants

Pourcentage de femmes actuellement mariées :	
qui ne souhaitent plus du tout d'enfant	19,0
qui souhaitent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans	31,5
Nombre idéal moyen d'enfants (femmes âgées de 15 à 49 ans)	6,8

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées :	
qui connaissent au moins une méthode moderne de contraception	67,6
qui ont déjà utilisé au moins une méthode	37,9
qui utilisent actuellement une méthode	11,3
pilule	1,2
DIU	0,7
injection	0,1
méthodes vaginales	0,1
préservatif	0,1
stérilisation de la femme	0,2
stérilisation de l'homme	0,0
abstinence périodique	7,6
retrait	0,1
autres méthodes	1,3
Pourcentage d'utilisatrices ayant obtenu leur méthode de :	
hôpital/dispensaire	46,7
médecin privé	38,3
pharmacie	4,7
autres	10,3

Mortalité et santé

Taux de mortalité infantile[4]	86,4
Taux de mortalité infanto-juvénile (moins de cinq ans)[4]	190,8
Pourcentage de mères ayant eu récemment une naissance[5] :	
qui ont reçu des soins prénataux durant la grossesse	64,1
qui ont été immunisées contre le tétanos durant la grossesse	30,9
qui ont été assistées pendant l'accouchement par un médecin, une sage-femme ou une infirmière qualifiée	41,4
Pourcentage d'enfants âgés de 0-1 mois qui sont allaités au moment de l'enquête	89,0
Pourcentage d'enfants âgés de 4-5 mois qui sont allaités au moment de l'enquête	91,9
Pourcentage d'enfants âgés de 10-11 mois qui sont allaités au moment de l'enquête	87,5
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont un carnet de santé	23,7
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant un carnet de santé, qui sont vaccinés contre :	
le BCG	86,0
le DTCoq (3 doses)	32,0
la poliomyélite (3 doses)	29,0
la rougeole	57,2
la fièvre jaune	53,5
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée[6]	37,9
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée :	
qui ont reçu un traitement	69,4
dont RVO	6,6
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme[7]	50,2
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme qui ont reçu un traitement	92,7
Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 36 mois considérés comme souffrant de malnutrition chronique sévère ou modérée, sur la base du ratio taille pour âge	22,7

[1] 7 années d'instruction ou plus
[2] Estimée sur les naissances survenues dans les 36 mois précédant l'enquête
[3] Calculé sur les naissances survenues parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans durant les cinq années précédant l'enquête
[4] Taux relatif aux cinq années précédant l'enquête (1981-1985)
[5] Calculé sur les dernières naissances survenues parmi les mères au cours des cinq années précédant l'enquête
[6] Calculé sur les enfants dont les mères ont déclaré qu'ils avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête
[7] Calculé sur les enfants dont les mères ont déclaré qu'ils avaient eu le paludisme durant l'hivernage précédant l'enquête