

Sénégal

Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93



Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Direction de la Prévision et de la Statistique
Division des Statistiques Démographiques



Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

**Enquête Démographique
et de Santé au Sénégal
(EDS-II)
1992/93**

Salif Ndiaye
Papa Demba Diouf
Mohamed Ayad

Ministère de l' Economie, des Finances et du Plan
Direction de la Prévision et de la Statistique
Division des Statistiques Démographiques
Dakar, Sénégal

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

Avril 1994

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-II) réalisée au Sénégal en 1992/93 par la Direction de la Prévision et de la Statistique du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. L'EDS-II, financée par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDS-II fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDS-II peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Prévision et de la Statistique, Point E, B.P. 116, Téléphone (221) 23-02-65; Fax (221) 23-07-43. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; Téléex 198116).

TABLE DES MATIERES

	Page
Liste des tableaux	ix
Liste des graphiques	xv
Glossaire	xvii
Avant-propos	xix
Remerciements	xxi
Résumé	xxiii
Carte du Sénégal	xxviii
CHAPITRE 1	PRESENTATION DU PAYS ET CADRE DE L'ENQUETE
	<i>par Papa Demba Diouf</i>
1.1	Caractéristiques du pays 1
1.1.1	Milieu physique et économique 1
1.1.2	Caractéristiques de la population 1
1.1.3	Situation sanitaire 2
1.1.4	Politique en matière de population 3
1.2	Cadre de l'enquête 3
1.2.1	Objectifs 3
1.2.2	Questionnaires 4
1.2.3	Echantillonnage 5
1.2.4	Formation et collecte des données 7
1.2.5	Traitement informatique 7
CHAPITRE 2	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON
	<i>par Salif Ndiaye</i>
2.1	Couverture de l'échantillon 9
2.2	Enquête ménage 9
2.2.1	Structure par âge et par sexe 10
2.2.2	Niveau d'instruction 11
2.2.3	Caractéristiques des ménages 15
2.2.4	Caractéristiques de l'habitat et des biens possédés par les ménages 16
2.3	Enquête individuelle 19
2.3.1	Age des femmes 19
2.3.2	Etat matrimonial actuel 20
2.3.3	Groupe ethnique 21

	Page
2.3.4	Lieu de résidence 21
2.3.5	Instruction 21
2.3.6	Accès aux média 22
CHAPITRE 3	FECONDITE
	<i>par Salif Ndiaye</i>
3.1	Données 25
3.2	Niveau et différentiels de la fécondité 25
3.3	Tendances de la fécondité 28
3.4	Fécondité cumulée 31
3.5	Intervalle intergénérisique 33
3.6	Age à la première maternité 34
3.7	Fertilité et fécondité des adolescentes 36
CHAPITRE 4	PLANIFICATION FAMILIALE
	<i>par Salif Ndiaye</i>
4.1	Connaissance de la contraception 39
4.2	Utilisation passée de la contraception 43
4.3	Utilisation actuelle de la contraception 44
4.4	Connaissance de la période de fertilité 48
4.5	Sources d'approvisionnement des contraceptifs 48
4.6	Utilisation future de la contraception 50
4.7	Sources d'information sur la contraception 53
4.8	Opinions et attitudes sur la contraception 54
4.9	Comportement et attitude des couples vis-à-vis de la contraception 55
CHAPITRE 5	NUPTIALITE ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE
	<i>par Salif Ndiaye</i>
5.1	Etat matrimonial actuel 59
5.2	Polygamie 60
	5.2.1 Fréquence de la polygamie 60
	5.2.2 Nombre de co-épouses 62
5.3	Age au premier mariage 63
5.4	Age aux premiers rapports sexuels 64
5.5	Activité sexuelle 66
5.6	Exposition aux risques de grossesse 69

CHAPITRE 6	PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE	
	<i>par Mohamed Ayad</i>	
6.1	Désir d'avoir des enfants (supplémentaires)	73
6.2	Besoins en matière de planification familiale	76
6.3	Nombre total d'enfants désirés	78
6.4	Planification de la fécondité	80
CHAPITRE 7	SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	
	<i>par Papa Demba Diouf</i>	
7.1	Soins prénatals et accouchement	85
	7.1.1 Soins prénatals	85
	7.1.2 Vaccination antitétanique	88
	7.1.3 Accouchement	90
7.2	Vaccination	94
7.3	Maladies des enfants	99
	7.3.1 Infections respiratoires	99
	7.3.2 Fièvre	101
	7.3.3 Diarrhée	103
CHAPITRE 8	ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS	
	<i>par Mohamed Ayad</i>	
8.1	Allaitement et alimentation de complément	107
8.2	Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans	114
	8.2.1 Méthodologie	114
	8.2.2 Résultats	115
8.3	Etat nutritionnel des mères	120
CHAPITRE 9	MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	
	<i>par Papa Demba Diouf</i>	
9.1	Méthodologie	123
9.2	Niveaux et tendances de la mortalité	124
9.3	Variations différentielles de la mortalité	126
9.4	Comportement procréateur à haut risque	130

CHAPITRE 10	MORTALITE MATERNELLE	
	<i>par Jeremiah Sullivan, Mohamed Ayad et Salif Ndiaye</i>	
10.1	Introduction	133
10.2	Collecte des données	133
10.3	Evaluation de la qualité des données	134
10.4	Estimation directe de la mortalité adulte	136
10.5	Estimations directes de la mortalité maternelle	138
10.6	Estimations indirectes de la mortalité maternelle	139
10.7	Discussion	140
CHAPITRE 11	ENQUETE HOMME	
	<i>par Papa Demba Diouf</i>	
11.1	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	141
	11.1.1 Caractéristiques des hommes de l'échantillon	141
	11.1.2 Caractéristiques des couples	145
11.2	Planification familiale	147
	11.2.1 Connaissance de la contraception	147
	11.2.2 Pratique de la contraception	148
	11.2.3 Utilisation future et méthodes contraceptives préférées	151
	11.2.4 Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale	153
11.3	Préférences en matière de fécondité	156
CHAPITRE 12	MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA	
	<i>par Salif Ndiaye et Mohamed Ayad</i>	
12.1	Connaissance des MST et de leur prévention	161
12.2	Connaissance du SIDA et sources d'information	163
12.3	Connaissance des modes de transmission du SIDA	165
12.4	Connaissance des moyens de prévention	167
12.5	Opinions sur la diffusion d'information sur le SIDA	169
CHAPITRE 13	DISPONIBILITE D'INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES	
	<i>par Mohamed Ayad et Salif Ndiaye</i>	
13.1	Caractéristiques des localités rurales	171
13.2	Services socio-économiques	172
13.3	Formations sanitaires	175

	Page
13.3.1	Disponibilité des formations sanitaires 175
13.3.2	Disponibilité des services de planification familiale 178
13.3.3	Disponibilité des services de santé maternelle et infantile 180
13.4	Problèmes de santé 182
REFERENCES 187
ANNEXE A	ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS-II) 1992/93 189
ANNEXE B	PLAN DE SONDAGE 195
ANNEXE C	ERREURS DE SONDAGE 203
ANNEXE D	TABLEAUX POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES 215
ANNEXE E	QUESTIONNAIRES 223

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1.1	Taille et couverture de l'échantillon 6
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe 10
Tableau 2.2	Population par âge selon différentes sources 11
Tableau 2.3.1	Niveau d'instruction de la population des hommes 12
Tableau 2.3.2	Niveau d'instruction de la population des femmes 13
Tableau 2.4	Taux de fréquentation scolaire 14
Tableau 2.5	Composition des ménages 15
Tableau 2.6	Caractéristiques des logements 17
Tableau 2.7	Biens durables possédés par le ménage 18
Tableau 2.8	Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées 19
Tableau 2.9	Niveau d'instruction des femmes enquêtées 22
Tableau 2.10	Accès des femmes aux média 23
Tableau 3.1	Fécondité actuelle 26
Tableau 3.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques 27
Tableau 3.3	Tendances de la fécondité par âge 29
Tableau 3.4	Tendances de la fécondité par durée de mariage 29
Tableau 3.5	Fécondité par âge selon quatre sources 30
Tableau 3.6	Enfants nés vivants et enfants survivants 32
Tableau 3.7	Intervalle intergénéral 34
Tableau 3.8	Age à la première naissance 35
Tableau 3.9	Age médian à la première naissance par caractéristiques socio-démographiques 36
Tableau 3.10	Fécondité des adolescentes 37
Tableau 3.11	Enfants nés de mères adolescentes 38
Tableau 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes 40
Tableau 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes par caractéristiques socio-démographiques 42
Tableau 4.3	Utilisation de la contraception à un moment quelconque 44
Tableau 4.4	Utilisation actuelle de la contraception 45
Tableau 4.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques 46

	Page
Tableau 4.6	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception 47
Tableau 4.7	Connaissance de la période féconde 48
Tableau 4.8	Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 49
Tableau 4.9	Temps nécessaire pour atteindre la source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 49
Tableau 4.10	Utilisation future de la contraception 50
Tableau 4.11	Raisons de non-utilisation de la contraception 52
Tableau 4.12	Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future 53
Tableau 4.13	Messages sur la planification familiale entendus à la radio ou à la télévision 54
Tableau 4.14	Approbation de l'utilisation des médias dans la diffusion sur la planification familiale 55
Tableau 4.15	Discussion de la planification familiale par le couple 56
Tableau 4.16	Attitudes des couples face à la planification familiale 57
Tableau 5.1	Etat matrimonial 59
Tableau 5.2	Polygamie 61
Tableau 5.3	Nombre d'unions 62
Tableau 5.4	Age au premier mariage 63
Tableau 5.5	Age médian au premier mariage 64
Tableau 5.6	Age aux premiers rapports sexuels 65
Tableau 5.7	Age médian aux premiers rapports sexuels 66
Tableau 5.8	Activité sexuelle récente 67
Tableau 5.9	Fréquence des rapports sexuels 68
Tableau 5.10	Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum 69
Tableau 5.11	Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum 70
Tableau 5.12	Fin d'exposition au risque de grossesse 72
Tableau 6.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 74
Tableau 6.2	Préférences en matière de fécondité selon l'âge 75
Tableau 6.3	Désir de limiter les naissances 76
Tableau 6.4	Besoins en matière de planification familiale 77
Tableau 6.5	Nombre idéal d'enfants 79
Tableau 6.6	Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques 80
Tableau 6.7	Planification de la fécondité 81
Tableau 6.8	Taux de fécondité désirée 82

	Page
Tableau 7.1	Soins prénatals 86
Tableau 7.2	Nombre de visites prénatales et durée de la grossesse 88
Tableau 7.3	Vaccination antitétanique 89
Tableau 7.4	Lieu de l'accouchement 91
Tableau 7.5	Assistance lors de l'accouchement 92
Tableau 7.6	Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance 94
Tableau 7.7	Vaccinations par sources d'information 95
Tableau 7.8	Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques 97
Tableau 7.9	Vaccinations avant l'âge de 12 mois 98
Tableau 7.10	Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës 100
Tableau 7.11	Prévalence et traitement de la fièvre 102
Tableau 7.12	Prévalence de la diarrhée 103
Tableau 7.13	Connaissance et utilisation des sachets de SRO 104
Tableau 7.14	Traitement de la diarrhée 105
Tableau 8.1	Allaitement initial 108
Tableau 8.2	Type d'allaitement par âge de l'enfant 109
Tableau 8.3	Allaitement et alimentation de complément par âge de l'enfant 110
Tableau 8.4	Durée médiane et fréquence de l'allaitement 112
Tableau 8.5	Etat nutritionnel des enfants 116
Tableau 8.6	Indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des mères 121
Tableau 8.7	Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques 122
Tableau 9.1	Mortalité des enfants de moins de cinq ans 124
Tableau 9.2	Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère 126
Tableau 9.3	Mortalité des enfants par caractéristiques bio-démographiques de la mère et des enfants 128
Tableau 9.4	Fécondité à hauts risques 131
Tableau 10.1	Etat de survie des frères et sœurs des enquêtées 134
Tableau 10.2	Estimation de la mortalité par âge 137
Tableau 10.3	Estimations directes de la mortalité maternelle 138
Tableau 10.4	Estimations indirectes de la mortalité maternelle 139
Tableau 11.1	Caractéristiques socio-démographiques des hommes enquêtés 142
Tableau 11.2	Niveau d'instruction des hommes enquêtés 143

	Page
Tableau 11.3	Nombre d'enfants vivants 144
Tableau 11.4	Différence d'âges entre l'homme et la femme 145
Tableau 11.5	Caractéristiques différentielles des couples 146
Tableau 11.6	Connaissance des méthodes contraceptives 147
Tableau 11.7	Connaissance des méthodes contraceptives par les couples 148
Tableau 11.8	Utilisation de la contraception à un moment quelconque 148
Tableau 11.9	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques 149
Tableau 11.10	Utilisation future de la contraception 151
Tableau 11.11	Méthode préférée 152
Tableau 11.12	Raison de non-utilisation de la contraception 153
Tableau 11.13	Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale 154
Tableau 11.14	Attitudes des maris face à la planification familiale 155
Tableau 11.15	Discussion de la planification familiale par le couple 155
Tableau 11.16	Préférences des maris en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 156
Tableau 11.17	Préférences des couples en matière de fécondité 157
Tableau 11.18	Nombre idéal d'enfants 158
Tableau 11.19	Nombre idéal d'enfants pour les hommes par caractéristiques socio-démographiques 159
Tableau 11.20	Nombre idéal d'enfants pour les couples par caractéristiques différentielles 160
Tableau 12.1	Connaissance des MST et des moyens de prévention 162
Tableau 12.2	Source d'information sur le SIDA 164
Tableau 12.3	Connaissance des moyens de transmission du SIDA 166
Tableau 12.4	Connaissance du SIDA et des moyens de prévention 168
Tableau 12.5	Approbation de la diffusion d'information sur le SIDA 170
Tableau 13.1	Caractéristiques des communautés rurales 171
Tableau 13.2	Distance par rapport aux services socio-économiques 172
Tableau 13.3	Principal moyen de transport 173
Tableau 13.4	Temps de trajet pour atteindre les services socio-économiques 174
Tableau 13.5	Distance par rapport aux formations sanitaires 176
Tableau 13.6	Temps de trajet pour atteindre les formations sanitaires 178

	Page
Tableau 13.7	Formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial 179
Tableau 13.8	Distance et temps du trajet pour atteindre des services de planning familial 179
Tableau 13.9	Formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile 180
Tableau 13.10	Distance et temps du trajet pour atteindre des services de santé maternelle et infantile 181
Tableau 13.11	Distance par rapport au service de santé maternelle et infantile le plus proche en fonction des soins prénatals et de la couverture vaccinale 182
Tableau 13.12	Principaux problèmes pour se soigner 183
Tableau 13.13	Principaux problèmes pour se soigner par milieu de résidence 184
Tableau 13.14	Principales maladies des enfants de moins de cinq ans par milieu de résidence . . . 185
Tableau B.1	Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence 200
Tableau B.2	Résultats des enquêtes auprès des hommes par région et milieu de résidence 201
Tableau C.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS-II Sénégal 1992/93 207
Tableau C.2	Erreurs de sondage: Echantillon national 208
Tableau C.3	Erreurs de sondage: Milieu urbain 209
Tableau C.4	Erreurs de sondage: Milieu rural 210
Tableau C.5	Erreurs de sondage: Ouest 211
Tableau C.6	Erreurs de sondage: Centre 212
Tableau C.7	Erreurs de sondage: Sud 213
Tableau C.8	Erreurs de sondage: Nord-Est 214
Tableau D.1	Répartition par âge de la population des ménages 217
Tableau D.2	Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées 218
Tableau D.3	Complétude de l'enregistrement 219
Tableau D.4	Naissances par année du calendrier 220
Tableau D.5	Enregistrement de l'âge au décès en jours 221
Tableau D.6	Enregistrement de l'âge au décès en mois 222

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population Sénégal, 1992/93 11
Graphique 2.2	Taux de scolarisation 14
Graphique 2.3	Caractéristiques des logements 18
Graphique 2.4	Répartition des femmes de l'échantillon selon l'âge actuel 20
Graphique 2.5	Accès aux médias 24
Graphique 3.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 27
Graphique 3.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 28
Graphique 3.3	Taux de fécondité des femmes non-célibataires par durée de mariage selon la période avant l'enquête 30
Graphique 3.4	Taux de fécondité générale par âge selon quatre sources 31
Graphique 3.5	Pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde 38
Graphique 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives et de leur source par les femmes mariées de 15-49 ans 41
Graphique 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives entre 1986 et 1992/93 par les femmes mariées de 15-49 ans 43
Graphique 4.3	Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes mariées 47
Graphique 4.4	Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union et non utilisatrices 51
Graphique 4.5	Attitudes des couples face à la planification familiale selon la perception de la femme 58
Graphique 5.1	Etat matrimonial des femmes de 15-49 ans 60
Graphique 5.2	Âges médians au premier mariage et aux premiers rapports sexuels 65
Graphique 6.1	Désir d'enfants supplémentaires des femmes mariées selon le nombre d'enfants vivants 74
Graphique 6.2	Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée 83
Graphique 7.1	Soins prénatals selon certaines caractéristiques socio-démographiques 87
Graphique 7.2	Lieu d'accouchement et assistance pendant l'accouchement 93
Graphique 7.3	Vaccination des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et la source d'information 96
Graphique 7.4	Allaitement et quantité de liquides donnés aux enfants ayant la diarrhée 106
Graphique 8.1	Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 3 ans 110
Graphique 8.2	Durée moyenne d'allaitement dans les pays d'Afrique subsaharienne 113

	Page
Graphique 8.3	Prévalence de la sous-nutrition chronique dans les pays d'Afrique subsaharienne 117
Graphique 8.4	Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 118
Graphique 8.5	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance 119
Graphique 8.6	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation 120
Graphique 9.1	Tendances de la mortalité des enfants selon trois sources 125
Graphique 9.2	Mortalité infanto-juvénile selon les caractéristiques de la mère 127
Graphique 9.3	Mortalité infantile et comportement procréateur 129
Graphique 10.1	Répartition des soeurs décédées selon le nombre d'années écoulées 135
Graphique 11.1	Caractéristiques des couples 146
Graphique 11.2	Utilisation de la contraception moderne par les maris et les femmes mariées 150
Graphique 11.3	Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future 152
Graphique 11.4	Préférences des couples en matière de fécondité 157
Graphique 12.1	Connaissance du SIDA et modes de transmission de la maladie chez les hommes et les femmes 167
Graphique 12.2	Connaissance du SIDA et des moyens de prévention de la maladie chez les hommes et les femmes 169
Graphique 13.1	Temps de trajet médian pour atteindre les différents services socio- économiques selon le milieu de résidence 175
Graphique 13.2	Distance médiane pour atteindre les différentes formations sanitaires selon le milieu de résidence 177
Graphique 13.3	Principales maladies des enfants de moins de cinq ans selon le milieu de résidence 185

GLOSSAIRE

AMPM	Age Médian au Premier Mariage
AMPN	Age Médian á la Première Naissance
AMPRS	Age Médian au Premiers Rapports Sexuels
ASBEF	Association Sénégalaise pour Bien-Etre Familial
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control, Etats-Unis
CER	Centre d'Expansion Rurale
CM	Chef de Ménage
CNPS	Comité National pour la Prévention du SIDA
DF	Descendance Finale
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DR	District de Recensement
DSD	Division des Statistiques Démographiques
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
EDN 70/71	Enquête Démographique Nationale de 1970-71
EDS-I	Enquête Démographique et de Santé de 1986
EDS-II	Enquête Démographique et de Santé de 1992-93
ESF	Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978
ESP	Enquête sur les Priorités de 1991-92
ET	Ecart Type
IEC	Information, Education et Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
MN	Mortalité Néonatale
MPN	Mortalité Post Néonatale
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NCHS	National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, Etats Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PSFP	Projet Santé Familiale et Population
RDV	Risque de mortalité maternelle sur la Durée de Vie
REPS	Racine carrée de l'Effet du Plan de Sondage
RGPH88	Recensement Générale de la Population et de l'Habitat de 1988

SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBM	Taux Brut de Mortalité
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

AVANT-PROPOS

En 1986, le Sénégal a participé à la première phase des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Cette enquête avait pour but de fournir des informations sur la fécondité et ses déterminants, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité des enfants. Pour mettre à jour ces données et permettre ainsi d'apprécier les tendances de ces phénomènes, il a été réalisé en 1992/93 une enquête similaire dénommée EDS-II (phase II). Mais en plus des informations qui ont été collectées en 1986, l'EDS-II, fournit pour la première fois au niveau national, des données sur la nutrition des mères, sur la mortalité maternelle et sur les hommes. L'EDS-II a permis en outre d'approfondir certains sujets encore peu connus. Il s'agit notamment, de l'état de santé des enfants, la prévention des maladies infantiles et la connaissance et les attitudes vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA.

Avec l'EDS-II, le Sénégal dispose désormais d'une série de trois enquêtes démographiques nationales comparables (ESF, EDS-I, EDS-II) qui, ajoutées aux données issues des autres sources, permettent une meilleure connaissance de la population du pays.

Le présent rapport, le rapport principal d'analyse, est le deuxième d'une série de quatre publications. Il a été précédé par un rapport préliminaire qui a été diffusé en novembre 1993. Celui-ci présente la méthodologie et les principaux résultats relatifs aux questions abordées par l'enquête. Ainsi, les thèmes suivants y sont-ils abordés: la fécondité, la nuptialité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité de l'enfance et la mortalité maternelle. En même temps que le rapport principal, a été élaboré un rapport de synthèse qui est une présentation résumée et illustrée du premier. Ensuite, viendra la série des publications issues des analyses thématiques approfondies.

La Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) du Ministère de l'Economie des Finances et du Plan qui a réalisé ce travail espère que les résultats de cette recherche permettront de mettre à la disposition des décideurs, des organismes de coopération bilatérale et multilatérale, des organismes non gouvernementaux (ONG) et des chercheurs, des renseignements d'importance de premier ordre dans le cadre de la planification économique et sociale en général, et en particulier la mise en oeuvre de la déclaration de politique de population du Gouvernement.

Cette enquête a été réalisée avec le concours de Macro International, Inc. des Etats-Unis qui, comme par le passé, a apporté un appui précieux à la DPS. Mais ce projet n'aurait pas vu le jour sans le soutien financier de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Je voudrais leur adresser mes sincères remerciements.

Le Directeur de la Prévision et de la Statistique

Awa Thiongane

REMERCIEMENTS

L'Enquête Démographique et de Santé de 1992/93 (EDS-II) a été réalisée par l'équipe de la Division des Statistiques Démographiques de la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS). Mais elle a bénéficié d'une assistance précieuse de Macro International Inc. et d'appuis ponctuels d'autres Divisions de la DPS et de certains services du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. Si l'EDS-II a réussi, son succès aura été celui d'une équipe.

En effet, la réalisation d'une enquête est une oeuvre collective et de longue haleine. La conception, la collecte, le traitement et l'analyse des données en sont des phases importantes et complexes qui ne peuvent être menées à bien sans une équipe compétente et dévouée.

C'est pourquoi, je voudrais saisir cette occasion pour adresser mes vifs remerciements à toutes celles et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce grand projet. Ils sont nombreux celles et ceux qui ont concouru à la réussite de cette enquête, mais qu'il me soit permis d'en citer quelques uns. Il s'agit de:

- Mohamed Ayad, Coordonnateur à Macro International Inc. dont la compétence, le sens de l'organisation et des relations sociales ont été déterminants dans l'adhésion du Sénégal au programme et la réussite de l'enquête sénégalaise ;
- Keith Purvis, Informaticien et Thanh Le spécialiste en sondage, qui ont fait preuve de beaucoup de professionnalisme; Aylene Kovensky, Kaye Mitchell et Jonathan Dammons pour leur contribution à la mise finale du rapport ;
- le Docteur Charles Debose, Directeur du Bureau Population et Santé du Bureau de l'USAID à Dakar et son personnel, et en particulier Linda Lankenau ;
- Marième Diop, Directeur du projet Santé Familiale et Population et l'ensemble de son personnel pour leur appui constant au projet ;
- le Docteur Amadou M. Mbaye, Directeur du SANAS pour son appui très apprécié dans la formation du personnel ;
- les autorités administratives, locales et coutumières, et les services techniques régionaux pour leur sollicitude et leur assistance ;
- les membres de l'équipe de conception, le personnel d'encadrement, le personnel des Bureaux régionaux de la Prévision et de la Statistique, les superviseurs de terrain, les contrôleuses et les contrôleurs et les enquêtrices; ils tous fait preuve d'une grande compétence et de beaucoup d'esprit de sacrifice ;
- toutes les personnes qui, par leurs commentaires, ont contribué à l'amélioration de la qualité de ce rapport, ainsi que celles qui en ont assuré l'édition technique ;
- enfin, les populations, hommes et femmes, les acteurs clés de la réussite de l'enquête, mais aussi les acteurs anonymes. Sans leur disponibilité et leur hospitalité, ce projet n'aurait sûrement pas abouti.

Si les résultats de cette enquête contribuent à la prise de décisions idoines en vue d'une l'amélioration rapide et significative de la santé et, de façon générale, des conditions de vie des populations, nous aurons le sentiment d'avoir atteint nos objectifs.

Le Chef de Division des Statistiques Démographiques

Salif Ndiaye

RESUME

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-II) de 1992/93, a été réalisée par la Division des Statistiques Démographiques de la Direction de la Prévision et de la Statistique du Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, avec la collaboration de Macro International Inc. et l'appui financier de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID).

Cette enquête vient à la suite de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-I) de 1986 qui avait pour but de fournir des informations sur la fécondité et ses déterminants, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité des enfants. L'EDS-II se propose de mettre à jour ces données et permettre ainsi d'apprécier les tendances de certains indicateurs démographiques. Mais en plus des informations qui ont été collectées en 1986, l'EDS-II fournit, pour la première fois au niveau national, des données sur la nutrition des mères, sur la mortalité maternelle et sur les hommes. L'EDS-II a permis en outre d'approfondir certains sujets encore peu connus. Il s'agit notamment, de l'état de santé des enfants, la prévention des maladies infantiles et la connaissance et les attitudes vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA.

Avec l'EDS-II, le Sénégal dispose désormais d'une série de trois enquêtes démographiques nationales comparables (ESF, EDS-I, EDS-II) qui, ajoutées aux données issues des autres sources, permettent une meilleure connaissance de la population du pays.

L'EDS-II est une enquête nationale représentative par sondage. Elle a porté sur un échantillon autopondéré de 3528 ménages dans lesquels 6310 femmes de 15 à 49 ans et 1436 hommes de 20 ans et plus ont été interviewés avec succès. Les principales caractéristiques des échantillons (structures par sexe, par âge, instruction, ethnie et résidence...) sont en parfaite concordance avec les résultats de l'EDS-I et du recensement général de la population et de l'habitat de 1988.

Le présent rapport, le rapport principal d'analyse, qui vient à la suite du rapport préliminaire diffusé en novembre 1993, présente la méthodologie et les principaux résultats relatifs aux questions abordées par l'enquête. Ainsi, les thèmes suivants y sont-ils traités: la fécondité, la nuptialité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité de l'enfance et la mortalité maternelle. Une présentation résumée et illustrée du présent rapport sera publiée dans un document séparé intitulé "Rapport résumé". On se limitera ici à présenter très succinctement les principales conclusions de cette recherche.

Au niveau des caractéristiques générales collectives, on note d'abord la forte prédominance des chefs de ménage de sexe masculin mais le pourcentage de femmes ayant ce statut n'est pas négligeable (16 pour cent). Les ménages sont de grande taille: ils comptent en moyenne 9 personnes. Les ménages ont en général des logements de type traditionnel (les sols sont dans 72 pour cent des cas en matériaux autres que du ciment ou de la moquette). Ils ont un accès très limité à certains services de base. Dans l'ensemble, moins de la moitié (47 pour cent) des ménages enquêtés ont accès à l'eau de robinet (eau courante) et un ménage sur quatre a de l'électricité (26 pour cent). En dehors de la radio disponible dans 70 pour cent des ménages, la télévision, le réfrigérateur et le vidéo ne sont accessibles qu'à une certaine catégorie des urbains (respectivement 34, 21 pour cent et 8 pour cent) tandis que le véhicule à usage domestique ne concerne que 8 pour cent des urbains.

La répartition des femmes par groupe d'âge quinquennal confirme la jeunesse de la population: près de 60 pour cent des femmes enquêtées ont moins de 30 ans tandis que 15 pour cent ont entre 40 et 49 ans. Cette structure est identique à celles de l'ESF de 1978 et de l'EDS de 1986. Les grands groupes ethniques sont au nombre de cinq: Wolof, Poular et Sérér (respectivement 43 pour cent, 23 pour cent et 15 pour cent), Mandingue (8 pour cent) et Diola (5 pour cent). La répartition des femmes montre que l'Ouest et le Centre

se partagent à égalité les 73 pour cent de l'échantillon tandis que le Sud n'intervient que pour 11 pour cent; d'où une sous-représentation sensible du Sud par rapport au Nord-Est, par référence à l'EDS de 1986. La grande région de l'Ouest qui abrite la capitale et la deuxième ville du pays (Thiès) est la plus urbanisée et la plus scolarisée. Elle est suivie du Sud, du Nord-Est et du Centre. Par contre, en ce qui concerne l'urbanisation, la progression a été sensible mais faible et les deux enquêtes sont largement comparables (41 pour cent et 42 pour cent d'urbains respectivement dans l'EDS de 1986 et l'EDS de 1992/93. Dans l'ensemble, 73 pour cent des femmes enquêtées n'ont jamais fréquenté l'école. Ceci traduit un niveau d'analphabétisme féminin très élevé dans la mesure où aujourd'hui encore au Sénégal l'alphabétisation s'acquiert par le biais du système scolaire formel. L'essentiel des femmes qui ont fréquenté l'école se sont limitées au niveau primaire (17 pour cent); les femmes ayant un niveau secondaire sont rares (10 pour cent). La scolarisation est surtout un phénomène urbain (52 pour cent contre 9 pour cent en milieu rural).

Le niveau de la fécondité reste élevé. Le taux brut de natalité (TBN) est évalué à 40 pour cent et l'indice synthétique de fécondité (ISF) à 6,0 enfants par femme pour la période de 1990-1992. Les enquêtes réalisées au cours de la période 1987-1992 montrent que sur 20 pays africains au Sud du Sahara, le Sénégal occupe le 13ème rang, l'Ouganda et le Niger étant au premier rang avec un ISF de 7,2 et le Soudan en dernière position avec 4,6 enfants. Divers travaux (Charbit et al., 1985) ont déjà montré que le déterminant essentiel de la fécondité demeure la nuptialité, l'utilisation de la contraception moderne étant faible, de même que le recours à l'avortement provoqué. Ce niveau globalement élevé cache des disparités sensibles entre les différents groupes sociaux: la fécondité est moins élevée parmi les catégories les plus modernes (femmes urbaines et femmes scolarisées). La comparaison des données des deux EDS et de l'ESF a en outre mis en évidence une baisse sensible de la fécondité. L'ISF est passé de 7,1 dans les années 75 à 6,6 en 1986 pour tomber à 6,0 en 1992/93. L'explication de cette tendance réside dans deux facteurs essentiels: relèvement de l'âge au premier mariage et recours faible mais en nette progression à la contraception moderne.

La nuptialité est précoce: 50 pour cent des femmes ont contracté leur premier mariage avant 17 ans. Mais un recul très sensible de la précocité des mariages est observé surtout parmi les femmes modernes (urbaines et instruites). Elle est également intense: toutes les femmes finissent par se marier et le plus souvent avant 30 ans. Les unions sont cependant relativement instables puisqu'une femme non célibataire sur cinq a rompu sa première union. Mais cette instabilité est masquée par la fréquence et la rapidité des remariages (huit femmes sur dix qui ont rompu leur première union étaient mariées au moment de l'enquête).

Une autre caractéristique des mariages est la pratique de la polygamie qui concerne presque la moitié des femmes en union mais est moins fréquente parmi les urbaines et celles qui sont instruites. Il faut signaler enfin, que le mariage demeure encore le déterminant essentiel de l'activité sexuelle, mais un certain nombre de femmes débutent leur vie sexuelle avant le mariage. L'abstinence post-partum a une durée courte (médiane de 3,5 mois); par contre, l'aménorrhée post-partum est longue (médiane de 14,3 mois); ce qui résulte d'un allaitement prolongé (médiane de 20,1 mois) et intense. Ce qui conduit à une période de non-susceptibilité relativement longue (médiane de 16,2 mois).

Les méthodes contraceptives sont actuellement connues de la grande majorité des femmes. La quasi-totalité des femmes urbaines et des femmes instruites connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Par contre, au niveau global, l'utilisation de la contraception reste encore très faible, même si parmi les urbaines et les instruites, la prévalence des méthodes modernes atteint respectivement 12 et plus de 20 pour cent. Les principales sources auxquelles les utilisatrices actuelles se sont approvisionnées sont du secteur public; le secteur privé, les pharmacies en particulier, n'ont joué un rôle important que pour le condom et dans une moindre mesure pour le DIU et la pilule. Bien que la majorité des femmes ne souhaitent pas utiliser la contraception dans l'avenir, près de 25 pour cent envisagent de le faire et le plus souvent au cours des douze mois à venir. Ceci implique une demande potentielle non négligeable et qui croîtra probablement avec les

campagnes d'information et de sensibilisation, d'autant plus que déjà, près de 70 pour cent des couples approuvent le recours à la contraception. Les femmes qui n'utilisent pas la contraception et n'envisagent pas de le faire, évoquent surtout comme raison "le désir d'avoir des/d'autres enfants"; par contre elles citent rarement le coût, l'accessibilité et les effets secondaires. Parmi les femmes non utilisatrices qui souhaitent le faire, les méthodes modernes seront probablement choisies dans 50 pour cent cas. Enfin, bien qu'à 70 pour cent les femmes trouvent acceptable la diffusion de messages sur la PF à la radio ou la télévision, elles ne sont actuellement que très rares à recevoir de tels messages, surtout en milieu rural. Ceci traduit un besoin d'information non satisfait. Enfin, la communication au sein du couple est à encourager, car on l'a vu, moins d'une femme sur trois a discuté avec son conjoint de la planification familiale au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Dans l'ensemble, une femme sur cinq (20 pour cent) a déclaré qu'elle ne désirait plus d'enfant tandis que deux femmes sur trois (70 pour cent) en voulaient plus. Le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants (9 pour cent chez les femmes qui ont 3 enfants et à 51 pour cent chez celles qui en ont 6 ou plus). Ce résultat est vérifié aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. L'instruction apparaît comme un facteur favorisant le désir de ne plus avoir d'enfants, surtout chez les femmes qui en ont déjà plusieurs.

Pour l'ensemble des femmes mariées, près de trois sur dix (28 pour cent) sont dans le besoin (non satisfait) de pratiquer la planification familiale, soit pour espacer (19 pour cent), soit pour limiter (9 pour cent). Les besoins non satisfaits sont plus importants en milieu urbain et parmi les femmes scolarisées. Le nombre idéal d'enfants est de 5,9 pour l'ensemble des femmes et 6,3 pour celles actuellement mariées. Par rapport à l'EDS-I de 1986, le nombre moyen d'enfants désirés chez l'ensemble des femmes a connu une baisse sensible (6,8 enfants par femme en 1986 contre 5,9 en 1992/93).

L'examen des données sur les soins prénatals et les conditions d'accouchement montre que pour l'ensemble des naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, une mère sur cinq (21 pour cent contre 36 dans l'EDS-I) n'a consulté aucun professionnel de santé pendant sa grossesse. La consultation prénatale est surtout le fait des femmes urbaines et instruites. La majorité des femmes qui ont été consultées l'ont fait une seule fois et environ la moitié des premières consultations ont eu lieu après quatre mois de grossesse. Près de 70 pour cent des naissances ont été protégées contre le tétanos. Les naissances les mieux protégées sont celles issues de mères jeunes (20-34 ans), les naissances de rangs 1 à 3, celles du milieu urbain et parmi les mères les plus instruites. En outre, l'accouchement dans un établissement sanitaire a eu lieu dans 47 pour cent des cas et la sage-femme ou l'infirmière a assisté la majorité de ces accouchements (45 pour cent). L'EDS-II montre également que 64 pour cent des enfants de 12-23 mois ont un carnet de vaccination, mais environ la moitié seulement a reçu tous les vaccins contre les six maladies-cible du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Il y a lieu de noter que la couverture vaccinale s'est nettement améliorée entre 1986 et 1992.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 21 pour cent ont eu des épisodes diarrhéiques pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. L'utilisation de la thérapie par réhydratation orale (TRO) est recommandée pour le traitement de la déshydratation. Moins de 7 pour cent des enfants ont reçu des sels de réhydratation orale (SRO) vendus commercialement et 11 pour cent ont reçu une solution préparée à la maison. En outre, 42 pour cent ont reçu davantage de liquides.

La quasi-totalité des enfants de moins de cinq ans ont été allaités. D'après les recommandations de l'OMS, tous les enfants âgés de moins de 4 mois doivent être sous allaitement maternel exclusif. Mais, les résultats de l'enquête montrent que l'allaitement exclusif est rare au Sénégal puisque moins de 6 pour cent des enfants âgés de 0-3 mois sont exclusivement allaités.

En ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants, plus d'un enfant sur cinq (22 pour cent) souffre de retard de croissance (exprimé au moyen de l'indice taille-pour-âge) qui révèle un état de sous-nutrition chronique, et 8 pour cent souffrent de la forme sévère de cette sous-nutrition. En outre, près de 9 pour cent des enfants sont émaciés, c'est à dire atteints de sous-nutrition aiguë.

L'amélioration des conditions sanitaires a eu un effet très positif sur les chances de survie des enfants, même si le niveau de mortalité reste encore très élevé.

Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), sur 1000 naissances, 68 enfants sont morts avant l'âge de 1 an; et sur 1000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 68 sont morts avant d'atteindre cinq ans. On observe toujours un écart important dans les niveaux de mortalité entre les milieux urbain et rural. En effet, sur 1000 naissances, 55 enfants citadins décèdent avant l'âge d'un an, contre 87 en milieu rural. L'écart est encore plus grand pour la mortalité juvénile qui est deux fois plus important en milieu rural: 107 pour mille contre 50 pour mille en milieu urbain. Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, sur 1000 naissances, 102 enfants citadins décèdent avant d'atteindre cinq ans contre 184 en milieu rural.

L'EDS-II a enfin apporté des informations sur la mortalité maternelle. Pour la période des 13 années ayant précédé l'enquête, c'est à dire entre 1979 et 1992, on estime que le taux de mortalité maternelle se situait entre 500 et 550 décès pour 100 000 naissances.

SENEGAL

