

EVALUATION DES OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Septembre, 1996

AVANT - PROPOS

Le Sénégal, conformément aux engagements pris lors de la Conférence Internationale de l'OUA pour l'Assistance aux Enfants Africains tenue à Dakar en novembre 1992 de tout mettre en oeuvre pour atteindre un certain nombre d'objectifs en 1995 pour améliorer la vie des populations, en particulier celle des enfants et des femmes, s'est bien investi dans l'exécution des programmes nationaux arrêtés à cet effet.

La création d'un Comité de Suivi des Objectifs Intermédiaires par le Chef de l'Etat, présidé par le Secrétaire Général des Services Présidentiels, chargé de l'impulsion, du suivi et du contrôle des activités liées à la bonne application de ces programmes, illustre bien son engagement en faveur de ces groupes vulnérables.

Le Comité a accordé une attention toute particulière à la réalisation des Objectifs Intermédiaires ainsi qu'à leur évaluation. Les résultats de cette évaluation renseignent, de façon objective, sur les succès et les insuffisances des programmes mis en oeuvre. Ils ont surtout permis de faire des recommandations susceptibles de redresser les erreurs et de combler, à l'avenir, les lacunes enregistrées.

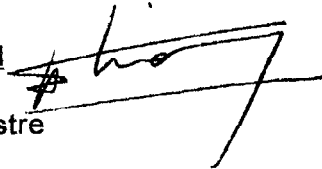
En outre, les éléments positifs de ce bilan offrent déjà, dans une large mesure, aux planificateurs des différents secteurs concernés, la possibilité de définir de nouvelles stratégies en vue d'atteindre les objectifs de l'an 2000, dont la phase évaluée récemment n'est qu'une étape.

Pour toutes ces raisons, nous voudrions saisir l'heureuse opportunité qu'offre le rapport d'évaluation des Objectifs Intermédiaires pour féliciter les départements ministériels concernés par ce programme, les Gouverneurs, les Préfets, les Sous-Préfets, les médias publics et privés ainsi que toutes les personnes et organisations qui se sont investies dans la mise en oeuvre des actions pour atteindre les objectifs fixés.

Enfin, je voudrais, au nom du Chef de l'Etat, remercier très chaleureusement l'UNICEF pour son engagement soutenu aux côtés du Gouvernement sénégalais dans cette croisade qu'ensemble nous avons engagée. A monsieur Samir SOBHY, en particulier, je réitère mes félicitations et les encouragements des Autorités sénégalaises à maintenir la dynamique de succès ainsi créée, dans la poursuite des nobles idéaux de son organisation.

Habib THIAM

Premier Ministre



REMERCIEMENTS

Des remerciements spéciaux s'adressent au Comité technique qui a mis en oeuvre l'évaluation. Il est ainsi composé:

Docteur Aboubacry THIAM, Conseiller en santé publique de Monsieur le Premier Ministre, président du Comité,

Docteur Fodé DIOUF, Conseiller au Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale,

Pape Momar SOW, Directeur de l'Enseignement Primaire et Élémentaire,

Fatou Kiné SALL, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille,

Ndiogou NIANG, Direction de l'Hydraulique et de l'Assainissement,

Ibrahima SARR, Direction de la Prévision et de la Statistique,

Sidy GUEYE, Direction de la Prévision et de la Statistique,

Monique KAMPHUIS, Chargée de projet Planification, Suivi et Evaluation à l' UNICEF,

Abdoulaye SADIO, consultant à l'UNICEF.

Sans oublier les personnes qui ont collaboré de près et de loin à cet exercice principalement:

Les gouverneurs, préfets et sous préfets des régions.

M. N. DIAKHATE, informaticien, Direction de la Prévision et de la Statistique

Sadio Vouro BA, Direction de la Planification,

Mme. Elisabeth VENN, secrétaire à l'UNICEF

Les services régionaux de la statistique et l'ensemble du personnel d'appui, les enquêteurs, anthropomètres, superviseurs, agents de saisie et chauffeurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille Calmette et Guérin
CDC	Center of Disease Control
CDEAO	Communauté de Développement des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CM	Chef de Ménage
DR	District de Recensement
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EOI	Evaluation des Objectifs Intermédiaires
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SRO	Sels de Réhydratation Orale
TDCI	Troubles Dû à la Carence en Iode
TMI	Taux de Moralité Infantile
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto Juvénile
TMJ	Taux de Mortalité Juvénile
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VPO	Vaccin Polio Oral

RESUME ANALYTIQUE

Le Sénégal, conformément à ses engagements pris lors du Sommet Mondial de l'Enfant tenu à New York en 1990, réaffirmés lors de la 1ère Conférence Internationale de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) pour l'Assistance à l'Enfant Africain, a mis en oeuvre des activités de suivi des progrès réalisés pour atteindre les Objectifs Intermédiaires résumés dans le Consensus de Dakar.

A cet effet, un exercice d'évaluation recommandé par l'UNICEF et réalisé par une équipe mixte (Gouvernement du Sénégal, UNICEF) a permis de mesurer, par rapport aux principaux Objectifs Intermédiaires, le chemin qui reste à parcourir pour tenir la promesse aux enfants à l'an 2000.

L'évaluation, que le Comité de Suivi a délégué au Comité technique, complète en bien des points, l'agenda de cette instance mise en place par Monsieur le Président de la République.

Le présent résumé passe en revue les principaux résultats de l'enquête à indicateurs multiples qui a mesuré les progrès réalisés dans le cadre des Objectifs Intermédiaires. Il n'a pas abordé tous les aspects du rapport (méthodologie, recommandations). Il se veut descriptif et permet au lecteur d'apprécier, par des données chiffrées, l'évolution des performances des programmes de survie de l'enfant et de la mère et surtout ce qui reste à réaliser d'ici à l'an 2000 pour tenir la promesse faite aux enfants.

C'est ainsi que l'enquête sur les Objectifs Intermédiaires 1996 (EOI 96) a montré que des progrès notoires ont été réalisés par le PEV, particulièrement en ce qui concerne les antigènes ciblant les enfants de 12 à 23 mois. Par rapport à l'EDS 92, le BCG passe de 67% de taux de couverture à 83% en 1996; le DTC3, de 32% à 61%, le VPO3 de 37% à 61%, la rougeole de 31% à 51% et la fièvre jaune de 30% à 45%.

Les résultats de l'enquête indiquent que 47% des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois ont été immunisées contre le tétanos néonatal: c'est donc moins de la moitié des enfants nés vivants à cette période qui sont protégés contre le tétanos. En milieu urbain le taux de couverture du VAT est plus élevé (54%) qu'en milieu rural (43%).

La prévalence des diarrhées infantiles est encore élevée: 26 % des enfants âgés de moins de cinq ans en souffrent. Environ 84 % des enfants atteints de diarrhée sont traités avec la TRO comprenant la Solution de Réhydratation Orale (SRO), la solution salée sucrée et tout liquide domestique recommandé. Mais un nombre beaucoup plus faible (30 %) continue à prendre autant ou plus de liquides et à manger autant ou plus que d'habitude. Seulement 11 % des enfants malades sont traités avec la SRO.

Les fièvres infantiles sont parmi les pathologies affectant les enfants, avec une prévalence de 28 %. Parmi les enfants atteints, 45% ont reçu un traitement anti-

paludéen. Le traitement à domicile avec un anti-paludéen reste faible (20% seulement).

L'allaitement maternel est une pratique généralisée au Sénégal: 90% des enfants sont allaités. Par contre, l'allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire le sein seulement jusqu'à l'âge de 4 mois, est très peu pratiqué et ne concerne que 9% des enfants.

La consommation du sel iodé par les ménages est encore faible (9%). Toutefois, les taux constatés dans les régions endémiques du goitre, Tambacounda (43%) et Kolda (32%), restent très encourageants eu égard au démarrage tout récent de l'iodation du sel par les producteurs au Sénégal.

L'avitaminose A est une des causes les plus fréquentes de la cécité infantile. Trois pour cent des mères (3%) ont déclaré que leurs enfants ont pris une capsule de Vitamine A. Le niveau de connaissance des aliments riches en vitamine A est faible: 13 % seulement des femmes ont cité de manière spontanée, au moins un aliment riche en vitamine A.

La malnutrition des enfants de moins de 4 ans continue d'être un problème de santé publique. En effet, 23% de ces enfants souffrent de malnutrition chronique, 22% d'insuffisance pondérale et 7% d'émaciation. Ces prévalences varient selon les milieux de résidence et selon les régions. L'EOI a trouvé une situation alarmante dans la région de Kolda où 34% des enfants souffrent de retard de croissance et 34% d'insuffisance pondérale.

La mortalité infantile est de 60‰ naissances vivantes; la mortalité juvénile est de 98‰ et la mortalité infanto-juvénile est de 154‰. Ainsi, la mortalité entre 0 et 4 ans, bien qu'en baisse, reste élevée. La malnutrition, les diarrhées et les fièvres constituent les déterminants majeurs de la mortalité à ces âges.

L'EOI révèle que 63% des Sénégalais ont accès à une eau potable à une distance de moins de 500 mètres du domicile; 32% ont l'eau potable à domicile et 19% à moins de 100 mètres du logement. On note des disparités dans l'accès à l'eau potable en rapport avec le milieu de résidence. En milieu urbain, 90% ont accès à l'eau potable; en milieu rural, ce taux est de 44%. Par rapport à l'EDS 1992, l'accès aux robinets est passé de 47% à 56% en 1996. Le canari traditionnel est le moyen de stockage de l'eau de boisson le plus courant: 76% de la population enquêtée conservent l'eau dans le canari traditionnel; ce moyen est surtout utilisé en milieu rural (92%). En ville, 54% utilisent le canari traditionnel, 25% le réfrigérateur pour stocker l'eau de boisson. L'utilisation du canari à robinet est marginal au Sénégal (0,6%).

L'accès à des toilettes adéquates situées à une distance de moins de 100 mètres du logement est encore faible et ne concerne que 37% des ménages. En milieu urbain, ce taux est de 69%, mais il n'est que de 13% en milieu rural. Un nombre important des ménages (32 %) n'a pas de toilettes et va dans la nature.

Seuls 8% des ménages enquêtés évacuent leurs eaux ménagères par le réseau

d'égoût; ce système est utilisé par 32% des ménages enquêtés à Dakar mais est inexistant en milieu rural. On note que 80% des ménages enquêtés évacuent leurs eaux usées dans la nature, soit 95% des ménages en milieu rural et 60% en milieu urbain.

L'EOI révèle que 62% des ménages conservent leurs ordures dans des poubelles sans couvercle. Cette pratique est la règle tant en milieu urbain (65%) qu'en milieu rural (60%). L'évacuation des ordures ménagères n'est adéquate que dans 43% des cas (dépôt autorisé 8%, incinération 10% et ramassage public/privé 25%). Dans 57% des ménages, les ordures ménagères sont évacuées par dépôt sauvage (49%), par enfouissement (3%) ou par d'autres systèmes inadéquats (5%).

D'importants progrès ont été faits dont le domaine de l'éducation. L'objectif national de porter le taux brut de scolarisation de 58% à 60% a été atteint. Le taux brut d'inscription en 1995/96 est de 60%, dont 65% pour les garçons et 55% pour les filles. Tambacounda et Kolda, régions à scolarisation faible, ont fait des avancées remarquables en matière d'inscription en 1995/96 grâce aux campagnes de sensibilisation.

L'effectif des filles représente 46% des effectifs scolaires de l'enseignement élémentaire. L'objectif de 44% des filles par rapport aux effectifs scolaires est donc atteint et dépassé.

Faute de données sur l'analphabétisme depuis 1990, l'EOI n'a pas pu mesurer l'objectif de réduction de l'analphabétisme de 5 % par an parmi les enfants de 9 - 15 ans. Elle note cependant que cet analphabétisme est élevé: 53 % de ces enfants de 9-15 ans sont analphabètes, dont 47 % pour les garçons et 59 % pour les filles.

La Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par le Sénégal en 1990, commence à être connue au sein de la population générale. Un Sénégalais sur trois en a entendu parler. La connaissance est plus forte en milieu urbain (46%) qu'en milieu rural (23 %); 83 % des enquêtés qui connaissent la Convention en ont été informés par la radio ou la télévision. Les droits les mieux connus sont la santé (81 %) et l'éducation (67 %). La paix (6 %) et l'égalité (4 %) sont les droits les moins bien connus.

Dans l'ensemble, 3 % des enfants âgés de moins de 15 ans ne vivent pas dans le même ménage que leur mère. Les raisons de cette séparation sont diverses: école, études coraniques (talibés), travail rémunéré ou non, apprentissage, etc. Cette pratique concerne toutes les ethnies mais est plus fréquente chez les Diola (5 %), les Hal Pular (4 %) et les Mandingue (4%). Elle est aussi plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural.

Cet exercice a été un moment intense de collaboration entre experts du Gouvernement et de l'UNICEF dans un esprit d'équipe remarquable. C'est l'illustration d'un engagement constant de part et d'autre et d'une volonté à oeuvrer ensemble pour un mieux-être de l'enfant et de la femme.

TABLE DE MATIERES

AVANT - PROPOS	2
REMERCIEMENTS	i
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ii
RESUME	iii
 CHAPITRE I	
PRESENTATION DU PAYS	1
1. Milieu physique	1
2. Population	1
3. Organisation administrative	1
4. Economie	2
5. Contexte social	2
6. Politique	3
 CHAPITRE II	
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION	4
1. Engagements au niveau international en faveur des enfants et des femmes	4
2. Les engagements au niveau national	5
3. But et objectifs de l'enquête	5
4. Cadre institutionnel de l'enquête	6
 CHAPITRE III	
ASPECTS METHODOLOGIQUES DE L'ENQUETE	7
1. Taille de l'échantillon	7
2. Base de sondage	7
3. Plan de sondage et tirage de l'échantillon	8
4. Instruments de collecte	9
5. Calendrier et déroulement des opérations	9
5.1 Adaptation du questionnaire et de la méthodologie	10
5.2 Sensibilisation et plan média	10
5.3 La mise à jour de la base de sondage	10
5.4 Le recrutement et la formation du personnel de terrain (enquêteurs, superviseurs et anthropomètres)	10
5.5 L'enquête pilote	11
5.6 La collecte	11
5.7 La saisie des données	11
5.8 Tabulation et analyse des données	12

CHAPITRE IV

QUALITE DES DONNEES	13
1. Erreurs de sélection	13
2. Erreurs d'observation	13

CHAPITRE V

VACCINATIONS	17
1. Vaccination contre le tétanos néonatal	17
1.1 Rappel de l'objectif	17
1.2 Taux de couverture	17
2. Analyse des déterminants	17
2.1 Zone de résidence	17
2.2 Age de la mère	17
2.3 Ethnie	18
2.4 Niveau d'instruction	18
3. Evolution du taux de couverture du VAT	18
Recommandations	19
4. Vaccination contre les maladies visées par le PEV	19
4.1 Rappel de l'objectif	19
4.2 Taux de couverture	19
5. Analyse des déterminants	20
5.1 Zone de résidence	20
5.2 Ethnie	21
5.3 Niveau d'instruction de la mère	21
5.4 Occupation du chef de ménage	21
5.5 Sexe du chef de ménage	21
6. Déperdition	22
7. Complétude de la vaccination	22
8. Structure sanitaire utilisée pour les vaccinations	24
9. Evolution de la couverture vaccinale	24
Recommandations	24

CHAPITRE VI

PREVALENCE ET TRAITEMENT DE LA DIARRHEE	25
1. Rappel de l'objectif et définitions	25
2. Prévalence et traitement	25
3. Analyse des déterminants	25
3.1 Zone de résidence	25
3.2 Ethnie	26
3.3 Niveau d'instruction de la mère	27
3.4 Age de la mère	27
3.5 Accès à l'eau potable	27
3.6 Accès à des latrines adéquates	27
3.7 Profession du chef de ménage	28
3.8 Niveau d'instruction de la mère ou nourrice	28
4. Evolution de la prévalence de la diarrhée et de sa prise en charge	28

Recommandations	29
-----------------------	----

CHAPITRE VII

FIEVRE ET PALUDISME	30
1. Prévalence de la fièvre	30
2. Traitement avec un antipaludéen	30
3. Analyse des déterminants	30
3.1 Age de la mère	30
3.2 Ethnie	31
3.3 Niveau d'instruction de la mère	31
3.4 Niveau d'instruction du CM	32
Recommandations	32

CHAPITRE VIII

ALLAITEMENT MATERNEL	33
1. Rappel de l'objectif	33
2. Pratique de l'allaitement	33
3. Analyse des déterminants	34
3.1 Zone de résidence	34
3.2 L'ethnie	34
3.3 Niveau d'instruction de la mère	34
4. Allaitement maternel prolongé	34
5. L'allaitement au biberon	34
Recommandations	34

CHAPITRE IX

SEL IODE	35
1. Rappel de l'objectif	35
2. Consommation du sel iodé dans le ménage	35
3. Analyse des déterminants	36
3.1. Zone de résidence	36
3.2. Sexe du chef de ménage	36
Recommandations	37

CHAPITRE X

LA VITAMINE A	38
1. Rappel de l'objectif	38
2. Prise de capsules de vitamine A	38
3. Connaissance et consommation des aliments riches en vitamine A	38
Recommandations	39

CHAPITRE XI

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS	40
--	-----------

1.	Taux de malnutrition	40
1.1	Taille pour âge	40
1.2	Poids pour âge	40
1.3	Poids pour taille	41
2.	Evolution du taux de malnutrition selon la zone de résidence et le sexe	41
3.	Analyse des déterminants	42
3.1	Diarrhée	42
3.2	Fièvre	42
3.3	Autres déterminants	42
	Recommandations	43

CHAPITRE XII

	MORTALITE DES ENFANTS	44
1.	Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile	44
2.	L'évolution du taux de mortalité des enfants	44
3.	Analyse des déterminants	45
3.1.	Sexe de l'enfant	45
3.2	Zone de résidence et région	45
3.3	Age de la mère	46
3.4	Education de la mère	46
3.5	Ethnie	47
	Recommandations	47

CHAPITRE XIII

	EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE	48
1.	Politique du gouvernement en matière d'eau potable et d'assainissement	48
2.	L'eau potable	48
2.1	Rappel de l'objectif	48
2.2	Taux de l'accès à l'eau potable	48
3.	Analyse des déterminants	49
3.1	Zone de résidence	49
3.2	Niveau d'instruction du chef de ménage	50
3.3	Sexe du chef de ménage	51
4.	Evolution de l'accès à l'eau potable	51
	Recommandations	52
5.	Conservation de l'eau de boisson	52
	Recommandations	53
6.	L'assainissement	53
6.1	Rappel de l'objectif	53
6.2	Taux de l'accès à une toilette adéquate	53
7.	Analyse des déterminants	54
7.1	Zone de résidence	54
7.2	Niveau d'instruction du chef de ménage	55
7.3	Sexe du chef de ménage	55
8.	Evolution du taux d'accès aux systèmes d'évacuation des excréta	56

9.	Evacuation des eaux et des ordures ménagères	56
9.1	Evacuation des eaux ménagères	56
9.2	Evacuation des ordures	57
10.	Analyse des déterminants	58
10.1	Zone de résidence	58
	Recommandations	59

CHAPITRE XIV

	SCOLARISATION	60
1.	Rappel de l'objectif	60
2.	Taux brut de scolarisation	60
3.	Analyse des déterminants	60
3.1.	Zone de résidence	60
3.2	Sexe de l'enfant	61
3.3	Sexe du CM	61
3.4	Niveau d'instruction de la mère ou nourrice	62
3.5	Ethnie de la mère ou nourrice	62
3.6	Occupation du chef de ménage	63
4.	Evolution du taux brut de scolarisation	63
5.	Taux net de scolarisation	65
6.	Taux brut d'inscription	65
7.	Part de l' effectif des filles scolarisées	66
	Recommandations	67
8.	Alphabétisation des enfants de 9-15 ans	68
	Recommandations:	69

CHAPITRE XV

	CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT	70
1.	Rappel de l'objectif	70
2.	Connaissance de la Convention des Droits de l'Enfant	70
3.	Analyse des déterminants	70
3.1	Zone de résidence	70
3.2	Sexe du répondant	71
3.3	Source d'information	71
4.	Droits connus	72
5.	Analyse des déterminants	72
5.1	Zone de résidence	72
6.	Evolution de la connaissance de la Convention dans la région de Dakar	73
	Recommandations	73

CHAPITRE XVI

	ENFANTS NE RESIDANT PAS DANS LE MENAGE AVEC LEUR MERE	75
1.	Contexte	75
2.	Déterminants de l'absence	75
	Recommandations	77

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES	78
---------------------------------	----

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE MÉNAGE	80
QUESTIONNAIRE FEMME	86

CHAPITRE I

PRESENTATION DU PAYS

1. Milieu physique

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain , entre 12°,5 et 16°,5 de latitude Nord. Il couvre une superficie de 196 712 Km². Le climat est de type soudano-sahélien, avec une saison sèche allant de novembre à mai et une saison de pluies allant de juin à octobre. La sécheresse s'est accentuée au cours de ces dernières années. La pluviométrie passe de 300 mm au Nord quasi-désertique à 1200 mm au Sud, avec des variations accusées d'une année à l'autre. La végétation est composée de steppe au Nord, de savane arborée au Centre et de forêt au Sud.

2. Population

La population est estimée à 8,3 millions d'habitants au 30 juin 1995, soit une densité de 42 habitants au km². Celle-ci varie entre 3659 à Dakar et 8 dans la région de Tambacounda. Les femmes représentent 52 % du total. La population a une structure par âge très jeune, avec 50 % ayant moins de 16 ans. Elle s'accroît au taux de 2,7% par an, doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale. La population urbaine (résidant dans les communes) compte pour 41 % de l'ensemble, ce qui classe le pays parmi les plus urbanisés d'Afrique sub-saharienne.

Cinq principaux groupes ethniques composent la population: les Wolof (43 %), les Hal Pulaar (24 %), les Serer (15%), les Diola (9%) et les Mandingue (5%). Environ 95 % de la population sont de confession musulmane.

3. Organisation administrative

Le pays est découpé en 10 régions administratives. Chaque région est découpée en départements, qui sont au nombre de trente. Chaque département est subdivisé en arrondissements (92 au total) et communes (48)¹. Le milieu urbain est assimilé aux communes. En réalité certaines de ces communes sont dominées par des fonctions typiquement rurales, spécialement l'agriculture. C'est surtout le cas des nouvelles communes créées à partir de 1990 sur la base de l'effectif de population. A l'inverse, quelques localités dominées par des fonctions urbaines (commerce, services) sont pourtant considérées comme rurales. Il ne faut donc pas perdre de vue ceci dans l'interprétation des données. Les arrondissements sont découpés en communautés rurales (320). Le village est la cellule administrative de base. On en

¹Douze nouvelles communes ont été créées depuis Septembre 1996; ce qui porte le nombre à 60. L'effectif de la population urbaine et le taux d'urbanisation sont donc affectés par ce changement .

compte environ 12 000, d'après le dernier recensement de la population et de l'habitat (1988).

4. Economie

Les années 60 et 70 ont été marquées par la place prépondérante de l'arachide dans l'économie sénégalaise et une croissance modérée. Vers la fin des années 70 et le début des années 80 commencent à surgir des difficultés économiques sérieuses. Elles ont conduit à la mise en place du plan de redressement économique en 1979, suivi, à partir de 1985, du programme d'ajustement à moyen et long termes, dans le but de stabiliser la situation économique d'abord, et de la relancer ensuite. Les résultats de ces plans ont été mitigés: globalement, le Produit Intérieur Brut (PIB) a enregistré une tendance à la baisse, passant de 3,8 % l'an sur la période 1979-1983, à 2,6 % entre 1984 et 1988 et 1,7 % entre 1989 et 1992. Ces faibles performances ont conduit, en janvier 1994, à la dévaluation du Franc CFA de 50 % par rapport au Franc Français. Suite à cette dévaluation, le Produit National Brut (PNB) par habitant est tombé de 710 dollars à 456 dollars US en 1994. Du coup, le Sénégal est passé de pays à revenu intermédiaire au groupe de pays à faible revenu.

Certes les difficultés persistent toujours après la dévaluation: la dette est passée à 1712 milliards de francs CFA, soit 17 % du PNB et son service représente 18 % des recettes d'exportation; le chômage des jeunes reste très élevé surtout en milieu urbain. Mais la situation macro-économique s'est nettement améliorée. Si l'agriculture occupe encore près de deux tiers de la population active, la pêche, le tourisme et les phosphates constituent les principales sources de revenu du pays. La croissance économique maintient la tendance à la hausse amorcée depuis la dévaluation, atteignant 4,8 % en 1995. L'inflation a été maîtrisée et ramenée de 32 % en 1994 à 8 % en 1996. Les finances publiques et les comptes extérieurs ont connu une amélioration notable. Le déficit budgétaire a été notablement réduit. Les banques sont devenues surliquides. Ce sont là des signes de relance certaine de l'économie sénégalaise.

5. Contexte social

Le Sénégal est confronté à de sérieuses difficultés d'ordre social qui se traduisent par des taux élevés de morbidité, de mortalité infantile et maternelle, un faible niveau de scolarisation, un fort taux d'analphabétisme, un faible accès aux services sociaux de base et une baisse du pouvoir d'achat. En 1993, un sénégalais sur trois vivait en dessous du seuil de pauvreté, selon l'Enquête sur les Priorités. Le chômage des jeunes est très élevé en milieu urbain. On observe également un nombre de plus en plus important d'enfants se trouvant dans des situations particulièrement difficiles: enfants travailleurs (notamment jeunes filles domestiques et jeunes apprentis), enfants de la rue, "talibés mendiants". Cette faible performance sociale place le Sénégal parmi les pays les moins avancés en termes d'indicateurs de développement humain.

6. Politique

Au plan politique, le Sénégal est un pays de longue tradition démocratique marqué par une large liberté d'expressions et d'opinions. Plusieurs partis composent le Gouvernement actuel. On note ces dernières années le développement de la presse privée, du mouvement associatif et l'implication de plus en plus poussée des ONG.

En 1996, le Gouvernement a adopté une politique de régionalisation visant à doter les régions, les communes et les communautés rurales d'une plus grande autonomie dans la gestion de leur propre développement.

CHAPITRE II

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION

1. Engagements au niveau international en faveur des enfants et des femmes

Le 10 juillet 1990, après avoir activement contribué à son élaboration, le Sénégal a ratifié la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant. Cette Convention, adoptée le 20 novembre 1989, est entrée en vigueur le 2 septembre 1990 et pose des normes minimales de protection de l'enfance.

En septembre 1990, au cours du Sommet Mondial de l'enfant tenu à New York, les représentants de 159 pays ont adopté une Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'Enfant et un Plan d'Action pour la mise en oeuvre de cette Déclaration pour la décennie 1990-2000.

Ce Sommet a mis en exergue la situation de l'enfant africain et a décidé d'accorder la priorité à l'Afrique durant cette décennie. C'est ainsi qu'en 1992, le Sénégal a abrité la première Conférence Internationale de l'OUA pour l'Assistance à l'Enfant Africain. Les conclusions de cette Conférence, résumées dans Le Consensus de Dakar, contiennent des objectifs à mi-parcours de la décennie communément appelés Objectifs Intermédiaires.

Le Sénégal a adapté en 1992 ces objectifs conformément à ses priorités de développement social et s'est engagé à suivre les progrès réalisés pour les atteindre. Ces objectifs sont les suivants:

- Objectif 1:** Augmenter la couverture vaccinale des 6 antigènes du PEV à 80% (BCG, DTC, Polio , Rougeole)
- Objectif 2:** Eliminer le tétanos néonatal
- Objectif 3:** Réduire la mortalité due à la rougeole de 95 % et la morbidité de 90 %
- Objectif 4:** Eliminer virtuellement l'avitaminose A
- Objectif 5:** Atteindre l'iodation universelle du sel
- Objectif 6:** Atteindre 80% d'utilisation de la Réhydratation par Voie Orale (RVO)
- Objectif 7:** Promouvoir l'allaitement maternel exclusif
- Objectif 8:** Eradiquer la maladie du ver de Guinée
- Objectif 9:** Atteindre le taux d'accès à l'eau potable de 61% avec une dotation de 27 litres par habitant et par jour et le taux de couverture en assainissement de 40%
- Objectif 10:** Augmenter le taux brut de scolarisation de 58% à 60% et porter la part des effectifs des filles à 44%
- Objectif 11:** Réduire d'au moins 5% par an le taux d'analphabétisme du groupe d'âge 9 - 15 ans
- Objectif 12:** Améliorer les conditions de vie et d'éducation de 20 000 *talibés* et de 6 000 enfants placés dans les institutions

Objectif 13: Obtenir l'adhésion des populations à la Convention des Droits de l'Enfant.

C'est ainsi qu'au début 1995, le Président de la République a mis en place un Comité de Suivi chargé de mesurer les progrès réalisés dans ce sens.

2. Les engagements au niveau national

L'enfant et sa mère ont toujours bénéficié d'un haut niveau de protection de l'Etat sénégalais. Le Droit sénégalais, le Code de la Famille et la priorité accordée à la santé maternelle et infantile en attestent.

Parallèlement à ces engagements internationaux, le Sénégal a, au plan intérieur, mis en oeuvre depuis 1990, des politiques pour suivre la situation des enfants et des femmes. Le 31 juillet 1991, un Plan d'Action National de l'Enfance pour la décennie couvrant les principaux domaines de préoccupations, a été adopté pour orienter l'action de l'Etat et de ses partenaires. Ce Plan d'Action met l'accent sur la santé, l'éducation, le développement social et culturel et la protection des enfants défavorisés. Dans le domaine de la santé, l'élaboration en 1989 d'une politique nationale de la santé et la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ont permis une meilleure couverture sanitaire des populations et en particulier des enfants. Dans le domaine de l'éducation, la politique mise en oeuvre en 1993 accorde la priorité à l'enseignement élémentaire et à l'alphabétisation des adultes. Des programmes intensifs visent à accroître le taux de scolarisation à 65% en 1998 et à réduire le taux d'analphabétisme de moitié.

3. But et objectifs de l'enquête

Le but de cette enquête est d'évaluer les progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs intermédiaires fixés pour 1995. Il s'agit d'une enquête auprès des ménages. Ainsi certains Objectifs Intermédiaires tels que l'éradication du ver de Guinée, l'élimination virtuelle du tétanos néonatal, la consommation moyenne de l'eau potable par individu, l'élimination de l'avitaminose A et l'iodation universelle du sel ne peuvent pas être mesurés directement par une telle approche.

Pour appréhender l'élimination virtuelle du tétanos néonatal, de l'avitaminose A et l'iodation universelle du sel, il a fallu utiliser des mesures indirectes telles que la vaccination avec le toxoïd, la consommation de capsules de vitamine A ou d'aliments riches en vitamine A et la consommation de sel iodé.

Les objectifs suivants, mesurés d'une façon directe ou indirecte, ont fait l'objet de cette évaluation:

- Objectif 1:** Augmenter la couverture vaccinale des 6 antigènes du PEV à 80% (BCG, DTC, Polio , Rougeole)
- Objectif 5:** Atteindre l'iodation universelle du sel
- Objectif 6:** Atteindre 80% d'utilisation de la réhydratation par voie orale (RVO)
- Objectif 7:** Promouvoir l'allaitement maternel exclusif
- Objectif 9:** Atteindre le taux d'accès à l'eau potable de 61% et le taux de

couverture en assainissement de 40%

Objectif 10: Augmenter le taux brut de scolarisation de 58% à 60% et porter la part des effectifs des filles à 44%

Objectif 11: Réduire d'au moins 5% par an le taux d'analphabétisme du groupe d'âge 9 - 15 ans

L'évaluation permettra au Gouvernement et à l'UNICEF de mesurer le chemin parcouru jusque-là et les efforts à entreprendre pour atteindre la promesse faite aux enfants. Elle devra également permettre de:

- déterminer les facteurs de performance et les contraintes;
- faire des recommandations afin de mieux cadrer les interventions;
- et comparer les résultats du Sénégal avec ceux des pays ayant réalisé cette évaluation.

4. Cadre institutionnel de l'enquête

Pour mener à bien l'enquête, il a été mis en place un comité technique présidé par le Conseiller de Mr. le Premier Ministre chargé de la Santé et comprenant les représentants des principaux départements ministériels intervenant dans la mise en oeuvre des programmes intéressant les Objectifs Intermédiaires; il s'agit des Ministères de l'Education Nationale, de la Santé Publique et de l'Action Sociale, de l'Hydraulique, de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, de l'Economie, des Finances et du Plan ainsi que de l'UNICEF. Le comité technique a été mandaté par le Comité de Suivi présidé par le Secrétaire Général des Services Présidentiels. Sa mission consiste à mettre en oeuvre l'enquête en planifiant les activités, en adaptant la méthodologie et les questionnaires, en appuyant l'organisation administrative, la sensibilisation, l'analyse des données et la diffusion des résultats. La Direction de la Prévision et de la Statistique a assisté le comité technique dans la réalisation technique de l'enquête.

CHAPITRE III

ASPECTS METHODOLOGIQUES DE L'ENQUETE

Ce chapitre aborde la détermination de la taille de l'échantillon, la base de sondage, le plan de sondage, les instruments de collecte, l'organisation mise en place et le déroulement des opérations.

1. Taille de l'échantillon

Le Comité Technique a retenu de tirer un échantillon permettant d'obtenir des résultats pouvant être désagregés jusqu'au niveau régional pour toutes les variables, avec un seuil de signification et une marge d'erreur acceptables.

Chaque région a été considérée comme une strate. Les procédés techniques ont permis de retenir les tailles minimales en nombre de ménages pour obtenir un échantillon, donnant une erreur de sondage inférieure à 5% et un degré de confiance de 95% à l'échelle nationale. Au niveau régional, les critères de validité statistique des résultats sont fixés à une erreur de sondage inférieure à 10% et un degré de confiance de 95%.

Cette démarche a permis de retenir une taille minimale au niveau national de 3.600 ménages pour les paramètres définis au niveau national et un échantillon de taille minimale de 6.250 ménages si l'on stratifie avec les paramètres définis au niveau régional. La formule suivante a été utilisée pour le calcul de la taille minimale de l'échantillon.

$$\frac{4 \times p \times (1-p) \times d}{e^2}$$

Dans cette formule, p représente la proportion des individus ayant la caractéristique recherchée, d est l'effet de grappe et e est la marge d'erreur.

Si les conditions définies au niveau régional sont satisfaites, celles au niveau national le sont largement. C'est un échantillon stratifié de 6.500 ménages (les 10 régions étant les strates) qui a été tiré, soit 250 ménages de plus par rapport à la taille minimale. Ce surplus tient compte des refus de répondre soit à l'interview, soit à des sections du questionnaire.

2. Base de sondage

A l'occasion du recensement général de la population et de l'habitat de 1988, tout le territoire national avait été découpé en 8 000 zones aréolaires dites districts de recensement (DR). Un DR compte en moyenne 100 ménages soit 1 000 personnes. Il est matérialisé sur un fond de carte. La liste des DR est exhaustive, ce qui permet d'en faire une base de sondage adéquate.

3. Plan de sondage et tirage de l'échantillon

Chacune des 10 régions a été considérée comme une strate où les DR constituent les unités primaires de sondage. L'échantillon de DR a été tiré au sein de chaque strate (région) avec probabilité proportionnelle à la taille du DR, c'est-à-dire au nombre de ménages recensés en 1988. Soit M_i le nombre de ménages du DR_i lors du recensement de 1988. La probabilité pour que le DR_i soit inclus dans l'échantillon est donnée par la formule :

$$p_{1i} = a M_i / \sum M_i$$

dans une strate donnée, où a = l'effectif des DR tirés dans la strate et la somme $\sum M_i$ s'étend sur la totalité des DR dans la strate (tirés ou non). L'expression p_{1i} représente la probabilité relative au 1^{er} degré de sondage et à l'unité i ; 250 DR ont été ainsi tirés.

Tous les ménages dans les DR tirés ont ensuite été dénombrés pour servir de base de sondage des unités du second degré. Soit M'_i l'effectif de ménages ainsi dénombrés d'un DR_i échantillon. M_i et M'_i sont deux quantités souvent différentes, soit à cause des mouvements réels des populations ou à cause des erreurs dans l'une ou l'autre opération.

Au 2^{ème} degré de sondage, on a tiré 26 ménages dans chaque DR, à partir des M'_i ménages dénombrés dans ce DR. La probabilité (conditionnelle) pour qu'un ménage soit tiré dans un DR tiré est donc :

$$p_{2i} = 26 / M'_i$$

La probabilité globale pour qu'un ménage paraisse dans l'échantillon est le produit de ces deux probabilités. En symboles :

$$F_i = p_{1i} p_{2i} = (a / \sum M_i) (26 M_i / M'_i)$$

Puisqu'en fait M_i et M'_i diffèrent, il faudra pondérer les données lors de l'analyse par les coefficients suivants :

$$W_i = 1 / F_i = (\sum M_i / a) (M'_i / 26 M_i)$$

Ces poids ont été calculés pour chaque DR de l'échantillon et inscrits dans le fichier des données de l'enquête pour pouvoir pondérer les résultats.

Cette méthodologie stratifiée et à deux étapes de tirage de l'échantillon a été recommandée durant un atelier tenu à Yaoundé en Octobre 1995 et auquel 18 pays d'Afrique Centrale et Occidentale ont assisté. La plupart de ces pays réalisent aussi une évaluation de leurs objectifs intermédiaires en utilisant la même méthodologie et le même plan de sondage. Cela permet d'assurer des résultats comparables sur le plan international.

Au total, sur les 6500 ménages tirés, 6214 ont été interviewés avec succès sur

toute l'étendue du territoire national. Cette taille d'échantillon est suffisamment grande pour permettre de désagréger la plupart des résultats au niveau de chaque région administrative. Pour quelques indicateurs qui font intervenir des effectifs plus grands tels que la malnutrition et la scolarisation, les résultats peuvent être désagrégés jusqu'au niveau du département, mais avec une précision moindre.

4. Instruments de collecte

Le support utilisé pour l'interview comporte un questionnaire "MENAGE" et un questionnaire "FEMME". Chaque questionnaire est subdivisé en modules. Le questionnaire "MENAGE" contient six modules et a couvert les domaines suivants:

- Caractéristiques collectives
- Caractéristiques individuelles
- Eau potable
- Sel iodé
- Assainissement
- Scolarisation

Le questionnaire "FEMME" compte 11 modules. Il permet de recueillir les renseignements relatifs aux femmes et aux enfants et couvre les domaines suivants:

- Caractéristiques des femmes
- Connaissance de la Convention Relative aux Droits des Enfants
- Tétanos toxoïd
- Enfants de moins de 15 ans ne résidant pas dans le ménage
- Mortalité Infantile
- Allaitement Maternel
- Vitamine A
- Vaccination
- Diarrhée
- Paludisme
- Etat nutritionnel (poids et taille des enfants de moins de 5 ans)

Les deux questionnaires sont présentés en annexe de ce rapport.

Les mères et les nourrices ont été les principaux répondants pendant la collecte parce qu'elles sont susceptibles de donner des réponses plus précises aux questions relatives aux enfants dont elles ont la charge. Au total 13 873 mères et nourrices ont été enquêtées.

5. Calendrier et déroulement des opérations

Les principales phases de cette enquête sont les suivantes: l'adaptation de la méthodologie et des questionnaires, la sensibilisation des populations et des autorités, la mise à jour de la base de sondage, la formation des enquêteurs et l'enquête pilote, la collecte, la saisie et le nettoyage, la tabulation et l'analyse des données. Ces phases sont revues ci-après.

5.1 Adaptation du questionnaire et de la méthodologie

Le modèle de questionnaire utilisé dans cette évaluation a été proposé par le Siège de l'UNICEF. Il est structuré en modules dont certains sont facultatifs. Chaque pays peut l'adapter à ses réalités et inclure des aspects où il compte disposer des données statistiques. Dans cette optique, le Sénégal, a introduit, en plus des six antigènes internationaux, le vaccin contre la fièvre jaune déjà présent dans son programme élargi de vaccination. Il a inclut aussi des questions sur le paludisme, la connaissance de la Convention des Droits de l'Enfant ainsi que sur les enfants ne résidant pas dans les ménages de leurs parents biologiques.

5.2 Sensibilisation et plan média

Plusieurs actions ont été menées pour assurer une bonne sensibilisation des populations et des autorités sur les objectifs et l'importance de cette évaluation. Le Comité technique s'est rendu dans tous les chefs-lieux de région pour animer des discussions avec les autorités administratives et des représentants des mouvements de femmes et d'associations de jeunes. Des cartographes ont profité des travaux de mise à jour des unités primaires pour informer les populations sur les objectifs de l'enquête. Parallèlement à ces actions, un plan média a mis à contribution la presse écrite et parlée pour produire et diffuser des messages incitant la population à coopérer et à donner des informations fiables. Des membres du comité technique sont passés à la radio et à la télévision pour présenter les objectifs de l'enquête.

5.3 La mise à jour de la base de sondage

Elle s'est déroulée sur quarante cinq jours en décembre/janvier 1996 et a été exécutée par deux équipes composées chacune de trois cartographes. Elle a consisté à dresser la liste exhaustive des ménages dans chacune des 250 unités primaires de l'échantillon. C'est à partir de cette liste de ménages, confectionnée sur le terrain, qu'ont été sélectionnés, par tirage systématique, 26 ménages enquêtés dans chaque district.

Les cartographes ont profité de cette opération de mise à jour des unités primaires pour relever certaines caractéristiques utiles du DR telles que la distance entre la localité et les services de base les plus proches (poste de santé, école primaire, puits, forage), les langues les plus parlées, ainsi que les voies d'accès les plus indiquées pour s'y rendre.

5.4 Le recrutement et la formation du personnel de terrain (enquêteurs, superviseurs et anthropomètres)

Trois séries de formation ont été dispensées:

- la première, concernant dix superviseurs, a duré trois jours de discussions du questionnaire, suivie d'une pratique de terrain servant d'enquête pilote;
- la seconde a concerné dix chefs de bureaux régionaux de la Prévision et de la Statistique et a duré trois jours;

- enfin cinquante enquêteurs et anthropomètres ont été formés en cinq jours. Elle a été assurée par des spécialistes des diverses questions de l'enquête ainsi que des membres du comité technique. Elle a consisté en des présentations théoriques du thème de l'enquête et des exercices pratiques de terrain. Au terme de la formation un test de sélection a permis de retenir trente trois enquêteurs (dont 17 femmes) et sept anthropomètres.

5.5 L'enquête pilote

Une enquête pilote de deux jours, réalisée par les superviseurs, a permis de tester la méthodologie et les instruments de collecte sur un échantillon choisi de manière raisonnée. A l'issue de ces journées, la méthode de collecte a dû être adaptée et les questionnaires et les documents de collecte revus. C'est ainsi qu'il a été décidé de recenser tout le monde dans le ménage, contrairement au questionnaire type qui ne dénombrait que les nourrices et les enfants âgées de 0 à 15 ans. En fait, ce changement allonge la durée de l'interview mais il a l'avantage de réduire les omissions parmi les personnes ciblées, notamment les enfants.

5.6 La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de mars à mai 1996. Le personnel mis à contribution était composé de 7 superviseurs, 33 agents enquêteurs, 7 anthropomètres et 7 chauffeurs. Les superviseurs assuraient la coordination des opérations de collecte au sein de leurs équipes et rendaient compte à l'équipe nationale de coordination basée à la Direction de la Prévision et la Statistique. Durant les tout premiers jours, toutes les équipes ont travaillé dans la région de Dakar afin de s'assurer de la même compréhension du questionnaire. Elles ont ensuite ratissé tout le territoire national.

A chaque équipe est affecté un certain nombre de DR. Au préalable, les chefs des bureaux régionaux de la Statistique avaient fait connaître la date de l'arrivée de l'équipe aux autorités administratives. Ces dernières devaient à leur tour informer les chefs de village ou des quartiers. Une fois dans le DR, l'équipe, conduite par un superviseur, se présente aux autorités coutumières et religieuses. Les ménages tirés sont alors répartis par le superviseur aux agents enquêteurs pour interview. Celle-ci dure en moyenne 90 minutes par ménage. Le rythme de travail a été de 5 à 7 DR par jour.

5.7 La saisie des données

Au fur et à mesure qu'avancait la collecte, les dossiers étaient acheminés dans cinq centres de saisie avec le logiciel IMPS (Integrated Microcomputer Processing System). Les programmes de contrôle ont permis de procéder aux premières corrections à ce stade. Les fichiers étaient ensuite fusionnés pour être acheminés à Dakar où l'équipe technique procédait à un nettoyage plus profond. Ainsi, l'organisation mise en place a permis de réaliser la saisie des données presque en même temps que leur collecte. Les quelques erreurs décelées plus tard ont été corrigées au fur et mesure de la tabulation.

5.8 Tabulation et analyse des données

La tabulation a été faite à Dakar avec le logiciel IMPS et SPSSPC à partir d'une liste de tableaux confectionnée par le comité technique. ANTHRO, un logiciel développé par le Centre de Contrôle des Maladies aux Etats-Unis (CDC) et l'OMS, a été utilisé pour le calcul des indices anthropométriques. L'analyse a été réalisée par ce même comité. Elle a duré cinq jours fermes de travail, complétés par d'autres séances pour parachever le rapport.

Plusieurs types de déterminants ont été examinés dans ce rapport: géographiques, démographiques, socio-économiques et culturels.

Les déterminants géographiques: il s'agit de la région et de la zone de résidence; ces déterminants reflètent la disponibilité des services sociaux de base et les conditions environnementales. Les déterminants démographiques sont l'âge et le sexe. Ces derniers rendent compte des processus biologiques et des effets de génération.

Les déterminants socio-économiques incluent le sexe du chef de ménage, l'état matrimonial, le niveau d'instruction de la mère ou nourrice, l'occupation du chef de ménage. Un déterminant culturel, l'ethnie de la mère ou de la nourrice a également été analysé.

CHAPITRE IV

QUALITE DES DONNEES

La plus rigoureuse des enquêtes comporte toujours des erreurs que l'on peut classer en deux catégories: celles relatives à la sélection des individus enquêtés et celles relatives à l'observation et à l'interprétation des réponses.

1. Erreurs de sélection

De telles erreurs interviennent lorsque, de manière systématique, certains éléments n'ont aucune chance d'appartenir à l'échantillon. La base de sondage utilisée dans cette évaluation date du recensement de la population et de l'habitat de 1988. Elle est donc quelque peu vieille, en particulier pour les zones péri-urbaines marquées par des nouvelles implantations de logements. Or, la sélection des unités primaires a été faite de manière proportionnelle à leur taille, c'est-à-dire en donnant plus de chance aux plus grandes d'entre elles, (sur la base de la population de 1988) de faire partie de l'échantillon. Cependant, même si les listes des ménages dans les unités primaires ont été mises à jour pendant les travaux de cartographie, il y a tout lieu de penser que ces zones d'extension péri-urbaines ont, en fait, en raison de leur faible taille de population en 1988, moins de chance d'être tirées.

La vétusté de la base de sondage entraîne ainsi un biais qui se traduit par une sous-estimation des effectifs de population. C'est ainsi que la population totale estimée par cette enquête est de 8 millions, contre 8,3 millions selon les projections démographiques réalisées par la Direction de la Prévision et de la Statistique. Ces dernières sont elles-mêmes incertaines du fait qu'elles reposent sur des hypothèses de mortalité et de fécondité plus ou moins valides.

Toutefois, s'il y a sous-estimation, celle-ci affecte généralement le numérateur et le dénominateur des fréquences, des ratios et taux calculés. Il n'y a donc aucune raison de penser que cette sous-estimation est sélective par rapport à certaines variables.

2. Erreurs d'observation

Les erreurs d'observation proviennent de diverses sources: questions imprécises ou mal formulées, mauvaise transcription des réponses sur les questionnaires, réponses complaisantes, mauvaises classifications de réponses, mauvaise délimitation de périodes (douze derniers mois, deux dernières semaines, etc), mauvaise connaissance de l'âge et des dates surtout, omissions systématiques de certaines catégories d'enquêtés (bébés et vieilles personnes), etc. A cette liste s'ajoutent les erreurs de saisie. Il est toutefois possible de limiter certaines de ces dernières en intégrant des tests de validité et de cohérence dans les programmes de saisie. Cependant, un certain nombre ne sont jamais décelées et leur impact sur la qualité des données est difficile à évaluer. Pour déterminer cet impact, on se limitera au taux de non réponse pour la plupart des sous-groupes de population enquêtés, comme indiqué dans le tableau n° IV.1.

Tableau IV.1: Effectifs de ménages et d'individus enquêtés et taux de réponse par module du questionnaire

Modules	Echantillon	Nombre enquêtés	Taux de réponse	Niveau de désagrégation des résultats	Effectifs corrigés
Module Eau (ménage)	6311	6219	98,5	Département	886086
Module Assainissement (ménage)	6311	6216	98,5	Département	867269
Module Sel iode (ménage)	6311	6127	97,1	Département	860139
Module Convention (ménage)	6311	6127	97,1	Département	860139
Module vaccin toxoïd (enfants 0-11 mois)	2334	2116	90,6	Région	325361
Effectif enfants 12-23 mois	1959	1891	96,5	Région	257871
Effectif enfants 0-59 mois	9956			Département	1300645
Effectif enfants 5-15 ans	19413			Département	2651705
Effectif mères ou nourrices	15469				1940692
Modules vaccination (enfants 12-23 mois)	1959	1891	96,1	Région	257871
Module diarrhée (enfants 0-59 mois)	9956	9398	94,1	Département	1300645
Module paludisme (enfants 0-59 mois)	9956	9446	94,8	Département	1300725
Module poids et taille (enfants 0-59 mois)	9956	8993	90,3	Département	1259180
Module mortalité (enfants 0-59 mois)	9956	8993	90,3	Urbain/rural	1259180
Module scolarisation (enfants 5-15 ans)	19413	18590	95,7	Département	2651705
Population totale	59325	58021	97,8	Région	8000566

Le tableau IV.1. indique les effectifs des ménages et des individus qui ont été effectivement enquêtés selon les différents modules du questionnaire. Sur les 250 unités primaires tirées, trois n'ont pas été du tout enquêtées. De plus, dans les unités primaires enquêtées, un petit nombre des ménages ont refusé de répondre à l'interview. Par ailleurs, quelques ménages, parmi ceux qui se sont soumis à l'interview, n'ont pas apporté de réponses à certaines sections du questionnaire. Ainsi, les taux de réponse varient d'un module du questionnaire à l'autre.

Le tableau IV.1 indique des taux de réponse variables, mais généralement très

élevés. Le plus faible concerne les mesures anthropométriques. Pour cette section, quelques enfants du groupe concernés n'ont pas été mesurés ou pesés, soit qu'ils sont malades et n'ont pas été présentés par les parents, soit qu'ils sont absents du ménage au moment du passage de l'enquêteur. Un nombre important de mesures a été rejeté par le logiciel utilisé en raison des incohérences soit entre l'âge et l'une des mesures anthropométriques (poids ou taille trop faible ou trop grand pour un âge donné), soit entre les mesures anthropométriques elles-mêmes (taille trop grande ou trop petite pour un poids donné ou inversement). En définitive, seulement 90,3 % des enfants âgés de 0-59 mois ont été retenus pour l'analyse de la malnutrition.

Tableau IV.2: Marge d'erreur des indicateurs au niveau national

Indicateurs	Effectif enquête	Niveau de l'indicateur	Limite inférieure	Limite supérieure	Marge d'erreur
Vaccin Anti Tétanique	2116	47,0%	44,9%	49,1%	2,1%
Vaccination BCG	1891	83,0%	81,3%	84,7%	1,7%
Vaccination DTC3	1891	61,0%	58,8%	63,2%	2,2%
Vaccination VPO3	1891	61,0%	58,8%	63,2%	2,2%
Vaccination Rougeole	1891	51,0%	48,7%	53,3%	2,3%
Vaccination Fièvre jaune	1891	45,0%	42,8%	47,2%	2,2%
Retard de croissance	8993	23,0%	22,1%	23,9%	0,9%
Insuffisance pondérale	8993	22,0%	21,1%	22,9%	0,9%
Prévalence de la diarrhée	8993	26,0%	25,1%	26,9%	0,9%
% traités avec TRO (avant 1993)	8993	84,0%	83,2%	84,8%	0,8%
% traités avec TRO (après 1993)	8993	30,0%	29,1%	30,9%	0,9%
Mortalité infantile (en pour mille)	8993	6,0%	5,5%	6,5%	0,5%
Prévalence de la fièvre	9446	28,0%	27,1%	28,9%	0,9%
Taux Brut de Scolarisation	18590	60,0%	59,3%	60,7%	0,7%
% consommant du sel iodé	6127	9,0%	8,3%	9,7%	0,7%
% accédant à l'eau potable	6219	63,0%	61,8%	64,2%	1,2%
% utilisant de latrines adéquates	6216	37,0%	35,8%	38,2%	1,2%
Evacuation adéquate des eaux usées	6216	43,0%	41,8%	44,2%	1,2%
Evacuation adéquate des ordures ménagères	6216	10,0%	9,3%	10,7%	0,7%

Le tableau IV.2 ci-dessus montre les marges d'erreur des indicateurs au niveau national. Due à l'échantillon large, les marges d'erreur au niveau national sont inférieure à 2.1%. Les analyses au niveau régional peuvent se faire également pour toutes les indicateurs avec une marge d'erreurs inférieure à 10%. Comme indique le tableau IV.1, la plupart des indicateurs peuvent être analysé au niveau départemental, ce qui est par contre impossible pour les indicateurs sur la mortalité des enfants et les vaccinations à cause de la taille insuffisante de l'échantillon par rapport à la rareté du phénomène au niveau départemental.

On peut aussi évaluer la qualité des données en les comparant à d'autres sources reconnues être de bonne qualité ou à des distributions de phénomènes bien connus. Bien que cette manière de faire ne soit pas une preuve formelle de la

bonne qualité des résultats, elle donne une indication raisonnable de la direction et de l'ampleur des erreurs d'observation qui ont pu être commises. Dans cette optique, le tableau IV.3 compare la distribution par âge de la population issue de cette évaluation avec celles provenant des résultats de l'EDSII de 1992 et du recensement démographique de 1988.

Tableau IV.3: Répartition (en %) de la population selon les grands groupes d'âge et les sources

Groupe d'âge	EOI (1996)	EDSII 1992	Recensement démographique de 1988
Tous âges	100,0	100,0	100,0
0-14 ans	47,4	47,5	47,4
15-64 ans	48,1	48,1	49,1
65 ans ou +	3,6	4,4	3,5

La structure par grands groupes d'âge de la population issue de cette évaluation est très similaire à celle de l'EDSII et du recensement de la population, comme l'indique le tableau. On note que la proportion des jeunes (moins des 15 ans) reste élevée (47 %) selon les différentes sources. Par contre, les vieillards comptent à peine pour 4 % de la population totale.

Enfin, d'après cette évaluation, la population totale du Sénégal est estimée à 8 millions d'habitants, alors que, d'après les projections démographiques, elle serait de 8,3 millions. La différence n'est pas statistiquement significative eu égard à la marge d'erreur acceptable pour un tel effectif.

CHAPITRE V

VACCINATIONS

Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale, a mis en place un programme de vaccination depuis 1986. Ce programme vise essentiellement à protéger les enfants de moins de 4 ans et les femmes en âge de procréer contre certaines maladies transmissibles à savoir la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune. Malgré l'effort consenti par le Gouvernement du Sénégal, avec l'appui de ses partenaires, certaines de ces maladies continuent d'être responsables d'une forte morbidité et d'une forte mortalité parmi ces groupes vulnérables. Le Sénégal, compte tenu de ses spécificités épidémiologiques, a introduit la fièvre jaune comme 7ème antigène dès le début de son programme.

1. Vaccination contre le tétanos néonatal

1.1 Rappel de l'objectif

Le Sénégal s'est fixé comme objectif d'éliminer le tétanos néonatal. A cet égard, l'indicateur retenu est le pourcentage de femmes ayant eu un enfant au cours des 12 derniers mois et ayant reçu au moins 2 doses d'anatoxine tétanique dont la dernière prise date de moins de 3 ans.

1.2 Taux de couverture

Les résultats de l'enquête indiquent que 47% des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois ont été immunisées contre le tétanos néonatal: c'est donc moins de la moitié des enfants nés vivants à cette période qui sont protégés contre le tétanos. En milieu urbain le taux de couverture du VAT est plus élevé (54%) qu'en milieu rural (43%).

2. Analyse des déterminants

2.1 Zone de résidence

On note des variations entre le milieu urbain et le milieu rural mais aussi entre les régions. En milieu urbain, c'est 54% de ces enfants qui ont été protégés à la naissance. En milieu rural, c'est moins d'un enfant sur deux qui est protégé contre cette maladie. La région de Ziguinchor enregistre le meilleur taux de couverture, avec 58%. Elle est suivie de Dakar 56%, Kolda 50%, Kaolack et Fatick 49%. La région de Tambacounda a une faible couverture avec 27%, confirmant la tendance de l'enquête nationale de couverture vaccinale de 1991 qui révélait 19% de couverture en VAT2 pour cette région.

2.2 Age de la mère

Cette couverture varie également selon l'âge de la mère. Ainsi, on note au niveau

national une meilleure couverture chez les mères âgées de 35 à 39 ans avec 51%. L'effet de génération apparaît nettement: les mères plus âgées (40 ans et plus) sont les moins bien protégées (36%). La couverture des mères de moins de 20 ans n'est que de 40%.

En milieu urbain, on note une bonne couverture chez les jeunes mères (20/24 ans), avec 62%. La tranche d'âge 35/39 ans confirme la tendance nationale avec 61%. En milieu rural, les mères âgées de 30 à 34 ans ont une meilleure couverture (53%). On note donc une faible couverture des mères jeunes en milieu rural, ceci pourrait s'expliquer par l'inexpérience, les tabous culturels, la faible disponibilité due aux charges de travail de ces jeunes mères et une faible sensibilisation.

2.3 Ethnie

Les mères Diola sont les mieux protégées contre le tétanos néonatal avec 56%, ce qui est supérieur à la moyenne nationale, suivies des Wolof et des Serer avec 48%, les Hal Pulaar et les Mandingue avec 42%. Cette prédominance du taux de couverture vaccinale chez l'ethnie Diola pourrait être liée à un meilleur élan communautaire, une plus grande adhésion aux programmes de santé, une bonne couverture sanitaire de la région de Ziguinchor et une bonne organisation sociale.

Tableau V.1: Pourcentage de femmes protégées par le tétanos toxoïd selon l'ethnie

	EDS II1992	EOI 1996
Wolof	57%	48%
Pulaar	43%	42%
Serer	54%	48%
Mandingue	52%	42%
Diola	71%	56%

2.4 Niveau d'instruction

Les mères ayant un certain niveau d'instruction (primaire ou moyen) sont mieux protégées que les mères sans éducation, 52% contre 45%.

3. Evolution du taux de couverture du VAT

La comparaison avec les résultats de l'EDS II montre une baisse de la couverture de VAT dans le temps. En effet, l'EDSII a donné des résultats plus élevés avec 53% de couverture nationale. Des différences similaires sont notées tant au niveau urbain que rural. En fait, ces taux ne sont pas directement comparables: ceux de l'EDSII portent sur les enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête alors que ceux de cette évaluation porte sur les enfants nés au

cours des 12 derniers mois. Comme le nombre de vaccins augmente avec le nombre de naissances vivantes, il y a tout lieu de croire que des taux portant sur une période plus longue seront plus élevés que ceux portant sur une période plus courte.

Tableau V.2. Pourcentage de femmes ayant déclaré être vaccinées avec le tétanos toxoïd

	1992 EDS II	1996 EOI
% de femmes ayant reçu deux VAT	53%	47%
milieu urbain	68%	54%
milieu rural	45%	43%

Recommandations

☛ Prendre des mesures pour vacciner toutes les jeunes femmes dès l'adolescence afin d'éliminer le tétanos néonatal.

☛ Prendre des mesures pour systématiser la vaccination des femmes enceintes au cours des consultations prénatales et saisir toutes les autres occasions de contact avec le personnel sanitaire.

☛ Augmenter le niveau d'information et de sensibilisation de la population sur le tétanos néonatal.

4. Vaccination contre les maladies visées par le PEV

4.1 Rappel de l'objectif

Le Consensus de Dakar avait fixé un objectif de 80% de couverture pour les 6 antigènes visés par le PEV en 1995. Cette évaluation a mesuré également la couverture vaccinale d'une 7ème antigène, la fièvre jaune, conformément au Programme Elargi de Vaccination au Sénégal. Pour mesurer le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois, l'indicateur retenu est le pourcentage d'enfants ayant montré un carnet de vaccination et ayant été vaccinés avant l'âge de 12 mois.

De tous les enfants de 12-23 enfants enquêtées, 73% disposaient d'un carnet de vaccination.

4.2 Taux de couverture

Selon les résultats de l'enquête, seul le BCG a atteint l'objectif avec 83%. S'agissant du DTC3 et le VPO3, 61% des enfants ayant montré un carnet de vaccination ont été immunisés avant leur premier anniversaire; 51% de ces enfants ont été protégés contre la rougeole et 45% contre la fièvre jaune.

Tableau V.3: Taux de vaccination selon la zone de résidence et la région

	BCG	DTC3	VPO3	Rougeole	Fièvre jaune
Sénégal	83	61	61	51	45
Urbain	84	61	61	52	46
Rural	82	61	60	51	45
Dakar	85	59	60	49	44
Ziguinchor	89	77	77	73	63
Diourbel	86	69	69	61	49
Saint-louis	70	48	48	39	38
Tambacounda	76	49	50	43	41
Kaolack	79	56	56	46	38
Thiès	90	67	67	58	51
Louga	81	58	57	46	41
Fatick	89	76	76	64	56
Kolda	81	51	51	43	40

5. Analyse des déterminants

5.1 Zone de résidence

On constate que la différence entre le milieu urbain et le milieu rural a tendance à se résorber. En effet, les taux de couverture sont sensiblement les mêmes.

Tableau V.4: Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés avant l'âge de 12 mois avec carnet selon la zone de résidence

	Urbain	Rural
BCG	84%	82%
DTC3	61%	61%
VPO3	61%	60%
Rougeole	52%	51%
Fièvre jaune	46%	45%

En ce qui concerne les régions, celle de Thiès présente la meilleure couverture en

BCG (90%), suivie de Ziguinchor et Fatick (89%). Ziguinchor a une meilleure couverture en ce qui concerne le DTC3 (77%), le VPO3 (77%), la rougeole 73% et la fièvre jaune 63%.

Les régions de Saint-Louis et de Tambacounda sont les moins bien couvertes, quelque soit l'antigène. Ces deux régions ont des caractéristiques communes: elles sont très étendues et de faible densité de population; la stratégie mobile ou avancée y prévaut.

5.2 Ethnie

Les enfants de 12 à 23 mois de l'ethnie Diola présentent une meilleure couverture pour l'ensemble des antigènes (BCG 90%, DTC3 78%, VPO3 78%, rougeole 72% et fièvre jaune 67%), suivie de l'ethnie Serer (BCG 89%, DTC3 67%, VPO3 67%, rougeole 58% et fièvre jaune 51%). Les enfants de l'ethnie Hal Pulaar sont les moins bien protégés en ce qui concerne tous les antigènes, avec 77% pour le BCG, 51% pour le DTC3, 50% pour le VPO3, 41% pour la rougeole et 36% pour la fièvre jaune.

Les enfants de l'ethnie Mandingue ont une meilleure couverture en ce qui concerne le BCG 92%, suivis des enfants de l'ethnie Diola 90%, de l'ethnie Serer et Ouolof 80%. Les enfants de l'ethnie Diola, en milieu urbain, ont encore une meilleure couverture en DTC3, VPO3, rougeole et fièvre jaune. En milieu rural, les enfants de l'ethnie Serer ont une meilleure couverture en ce qui concerne le BCG 92%, suivis de l'ethnie Diola 90% et l'ethnie Ouolof 80%. Les enfants de l'ethnie Hal Pulaar sont les moins bien couverts en ce qui concerne le BCG (67%), ceci est valable aussi pour les autres antigènes. Les enfants de l'ethnie Diola sont encore mieux immunisés en ce qui concerne le DTC3 (86%), le VPO3 (86%), la rougeole (84%) et la fièvre jaune (74%).

5.3 Niveau d'instruction de la mère

Les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction moyen et plus ont une meilleure couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV: BCG 94%, DTC3 71%, VPO3 71%, rougeole 65% et fièvre jaune 55%. Les enfants dont les mères sont sans instruction, ont une couverture inférieure à la moyenne nationale pour tous les antigènes (BCG 81%, DTC3 59%, VPO3 59%, rougeole 48% et fièvre jaune 43%).

5.4 Occupation du chef de ménage

Les résultats de l'enquête montrent que les enfants de 12 à 23 mois dont les parents sont salariés sont les mieux couverts par rapport à tous les antigènes (BCG 93%, DTC3 70%, VPO3 70%, rougeole 59% et fièvre jaune 52%); leur couverture dépasse la moyenne nationale, et ils sont suivis des enfants des artisans et de ceux des commerçants qui sont les moins bien protégés au niveau de tous les antigènes.

5.5 Sexe du chef de ménage

Les enfants âgés de 12 à 23 mois habitant des ménages dont le chef est un homme, sont mieux couverts en ce qui concerne l'ensemble des antigènes. Cette prédominance est surtout marquée en milieu urbain.

6. Déperdition

Il y a une déperdition importante entre le DTC1 et le DTC3 (environ dix points). Ce constat est valable aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La région de Ziguinchor a le meilleur taux de retour (DTC1 78%, DTC3 77%). Cette performance est sans doute liée à la bonne organisation communautaire de la région. Elle est suivie de la région de Fatick avec respectivement 80% et 76%. La région de Tambacounda a le taux de retour le plus bas, de 58 à 49%.

Tableau V.5: Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre le DTC1, le DTC2 ou le DTC3 selon la zone de résidence et la région

	DTC 1	DTC2	DTC3
SENEGAL	68	65	61
Milieu urbain	69	65	61
Milieu rural	68	65	61
Dakar	71	67	59
Ziguinchor	78	77	77
Diourbel	76	73	69
Saint-Louis	49	49	48
Tambacounda	58	54	49
Kaolack	65	62	56
Thiès	75	73	67
Louga	67	63	58
Fatick	80	78	76
Kolda	59	54	51

7. Complétude de la vaccination

Le tableau V.6 présente le pourcentage d'enfants complètement vaccinés, c'est-à-dire ayant reçu le BCG, la rougeole, les trois doses polio et de DTC. Par souci de comparaison internationale, la fièvre jaune, qui fait partie du PEV au Sénégal, n'est

pas prise en compte dans le calcul.

Pour l'ensemble du Sénégal, un peu plus d'un enfant sur deux (51%) est complètement vacciné. Les garçons sont un peu plus vaccinés (53%) que les filles (50%). Les différences selon la zone de résidence sont faibles: 52 % des enfants sont vaccinés en zone urbaine contre 51 % en zone rurale.

Les différences inter-régionales sont, par contre, accusées. Les régions de Ziguinchor (73%), de Fatick (64 %), de Diourbel (61%) et de Thiès (58 %) enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale. En dépit de sa très forte urbanisation, la région de Dakar connaît un taux inférieur (49 %) à la moyenne nationale. Enfin, les régions ayant les superficies les plus étendues connaissent les taux les plus bas; ce sont celles de Tambacounda avec 42 %, de Saint-Louis avec 39 % et de Kolda avec 43%. A Tambacounda et Kolda il existe également une grande disparité de la couverture vaccinale selon le sexe. A tamabacounda on note une différence de de 14% et à Kolda 11% en faveur des garçons.

Tableau V.6: Pourcentage des enfants complètement vaccinés (BCG, VPO, DTC, rougeole), selon le sexe, la zone de résidence et la région (fièvre jaune non compris)

	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	51	53	50
Zone urbaine	52	54	51
Zone rurale	51	52	49
Dakar	49	48	50
Ziguinchor	73	71	74
Diourbel	61	59	61
Saint-Louis	39	36	41
Tambacounda	43	49	35
Kaolack	46	49	43
Thiès	58	61	54
Louga	46	46	45
Fatick	64	66	61
Kolda	43	48	37

Le pourcentage d'enfants complètement vaccinés a connu une légère augmentation, passant de 49 % en 1992 à 51% en 1996

8. Structure sanitaire utilisée pour les vaccinations

En milieu urbain, les centres de santé sont plus utilisés que les postes de santé et l'équipe mobile. Cependant, les régions de Kolda, de Diourbel et de Fatick font les meilleures combinaisons des différentes stratégies.

9. Evolution de la couverture vaccinale

Les résultats révèlent une progression très nette par rapport aux résultats de l'EDSII, notamment en ce qui concerne le DTC3, le VPO3, la rougeole et la fièvre jaune (tableau V.7) qui ont augmenté d'au moins de 50 % depuis 1992. La hausse la plus faible concerne le BCG (24%). Grâce au PEV, on a assisté, sur le plan épidémiologique, à un recul très net de la poliomyélite et de la coqueluche.

Tableau V.7: Evolution des taux (%) de la couverture vaccinale entre 1992 et 1996

	EDS II 1992	EOI 1996	Variation (en %)
BCG	67	83	+24 %
DTC3	37	61	+ 65 %
VPO3	37	61	+ 65 %
Rougeole	31	51	+ 65 %
Fièvre jaune	30	45	+ 50%

Recommandations

- ☛ Poursuivre et consolider la vaccination des enfants de moins d'un an.
- ☛ Renforcer les moyens permettant d'exécuter convenablement les stratégies avancées surtout dans les régions étendues.
- ☛ Cibler davantage certains groupes tels que les Mandingue et les Hal Pulaar ainsi que les filles dans les régions de Tambacounda et Kolda.
- ☛ Cette évaluation a noté que la couverture vaccinale est aussi artificiellement affectée par la perte des carnets de santé par les parents, l'inexistence parfois de ceux-ci, ou tout simplement, leur mauvais remplissage par les agents de santé. Des actions d'information et de sensibilisation incitant les populations à une meilleure tenue des carnets et le personnel de santé à un meilleur remplissage de ces documents, devraient être entreprises pour une mesure plus conforme à la réalité de la couverture vaccinale.
- ☛ Systématiser la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV à tous les niveaux en assurant le retour de l'information auprès des populations.

CHAPITRE VI

PREVALENCE ET TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

1. Rappel de l'objectif et définitions

Le Consensus de Dakar s'est fixé comme objectif en 1995 que 80% des cas de diarrhée soient pris en charge par l'utilisation de la Réhydratation par Voie Orale (RVO). La TRO est la Thérapie de Réhydratation Orale qui consiste à utiliser les liquides recommandés parmi lesquels les SRO (Sels de Réhydratation Orale), la solution eau/sel/sucre, le lait, la bouillie, les tisanes, etc.

2. Prévalence et traitement

La prévalence de la diarrhée est le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois ayant eu cette maladie au cours des 15 derniers jours ayant précédé l'enquête. Dans l'échantillon, 26% des enfants ont fait une diarrhée au cours de cette période. Les résultats confirment la forte prévalence de la diarrhée au sein de la population infanto-juvénile.

3. Analyse des déterminants

3.1 Zone de résidence

La prévalence de la diarrhée est plus élevée en milieu rural (28%) qu'en milieu urbain (22%). La diarrhée est très prévalente dans les régions de Tamba (38%) et de Kolda (32%). Elle est moins prévalente dans la région de Fatick, avec 21%.

L'indicateur retenu pour évaluer la prise en charge de la diarrhée est l'utilisation de la TRO. Deux définitions de cet indicateur sont proposées. La première définition (avant 1993) est le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête et qui ont reçu de SRO (Sels de Réhydratation Orale) ou des liquides domestiques recommandés. D'après cette définition, 84 % des enfants ayant eu la diarrhée sont traités avec la TRO. Les variations de l'utilisation de la TRO selon les différents déterminants sont faibles, ce qui dénote le recours à cette pratique par toutes les couches sociales.

La seconde définition (après 1993) met l'accent sur l'augmentation des liquides et la poursuite de l'alimentation pendant les épisodes diarrhéiques. D'après cette définition, le taux d'utilisation de la TRO est le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours de deux dernières semaines avant le passage de l'enquêteur qui ont reçu davantage de liquides (recommandés ou non) et qui ont continué à manger la même quantité ou plus de nourriture. Pour une mère, il est difficile de dire si l'enfant a mangé la même quantité. Il est à craindre que beaucoup de réponses soient subjectives. Selon cette définition, le taux d'utilisation de la TRO est de 30 %, chiffre nettement inférieur à 84 % calculé selon la définition d'avant 1993. La différence entre les deux taux pourrait suggérer qu'un nombre important

de mères pensent qu'un enfant diarrhéique doit boire ou manger moins.

Tableau V.6: Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et traités par la TRO selon les définitions d'avant et d'après 1993

	TRO avant 1993	TRO après 1993	SRO
Sénégal	84	30	11
Urbain	85	32	12
Rural	83	28	11
Dakar	89	33	13
Ziguinchor	79	31	15
Diourbel	82	30	9
Saint-Louis	85	22	9
Tambacounda	81	22	8
Kaoloack	85	28	5
Thies	78	36	15
Louga	82	25	13
Fatick	87	35	7
Kolda	86	29	13

3.2 Ethnie

D'une manière générale, les différences selon l'ethnie de la prévalence de la diarrhée sont faibles. La diarrhée semble un peu plus prévalente en milieu Mandingue (28 %) et Hal Pulaar (27%) que dans les autres groupes ethniques. Sa prévalence est plus faible parmi l'ethnie Ouolof (24%) et Diola (25%). Les variations selon l'ethnie de l'utilisation de la TRO sont également faibles.

Tableau VI.2: Pourcentage d'enfants atteints de diarrhée au cours des 15 derniers jours ayant précédé le passage de l'enquêteur, et parmi ceux atteints, pourcentage selon le mode de prise en charge et l'ethnie de la mère

	Prévalence	TRO avant 93	TRO après 93
Wolof	24%	83%	32%
Hal Pulaar	27%	84%	21%
Serer	26%	86%	33%
Diola	25%	79%	28%
Mandingue	28%	85%	36%

3.3 Niveau d'instruction de la mère

On note par ailleurs une forte prévalence de la diarrhée chez les enfants de 0 à 4 ans dont les mères sont sans instruction (27%). Cette prévalence est de 24% si la mère habite en milieu urbain et de 28% en milieu rural.

3.4 Age de la mère

Les enfants dont les mères ont moins de 20 ans font plus de diarrhée que les enfants des mères plus âgées. En effet, la prévalence de la diarrhée des enfants dont les mères ont moins de 20 ans est de 35% au niveau national. Elle est de 33% en milieu urbain et 36% en milieu rural.

3.5 Accès à l'eau potable

La diarrhée est moins prévalente chez les enfants vivant dans des ménages disposant d'eau potable (23%). Cette prévalence est de 29% si la source d'eau est le puits non protégé. Elle est nettement plus élevée dans des ménages utilisant de l'eau de marigot ou du fleuve (35 %).

3.6 Accès à des latrines adéquates

La prévalence de diarrhée chez les enfants de 0 à 4 ans est significative et plus élevée chez les ménages ne disposant pas de latrines adéquates (28%). En milieu rural et urbain le constat est le même. On note une corrélation négative entre la prévalence de la diarrhée (21%) et l'utilisation de latrines adéquates.

Tableau VI.3: Pourcentage d'enfants atteints de la diarrhée selon la source d'eau de boisson et le milieu de résidence

	Sénégal	Urbain	Rural
Eau potable	23%	22%	25%
Puits non protégés	29%	28%	29%
Mare, rivière	36%	28%	37%

3.7 Profession du chef de ménage

La prévalence de la diarrhée chez les enfants habitant des ménages dont les responsables sont salariés est faible (19%) par rapport à la moyenne nationale (26%). Dans ce groupe, on observe une corrélation positive par rapport à l'utilisation des SRO (16%). S'agissant des artisans, la diarrhée reste prévalente chez leurs enfants âgés de 0 à 4 ans. Toutefois, on note une corrélation négative par rapport à l'utilisation de la TRO (30%) et des SRO (17%).

3.8 Niveau d'instruction de la mère ou nourrice

La prévalence de la diarrhée chez les enfants de 0 à 4 ans est plus faible chez ceux dont les parents ont un niveau moyen d'instruction (17%). Le même constat se retrouve en zone urbaine et en zone rurale, mais moins marqué en zone rurale (en zone urbaine 15% et en zone rurale 24%). L'utilisation des sachets SRO est faible mais avec une tendance plus marquée pour les enfants dont les parents ont un niveau moyen d'instruction.

4. Evolution de la prévalence de la diarrhée et de sa prise en charge

La définition de la TRO utilisée par EDSII n'est pas la même que celle utilisée dans cette évaluation. Aussi l'évolution de l'utilisation de la TRO n'a pu être analysée. Par contre, la définition de la SRO est la même pour EDSII et cette évaluation. Le tableau VI.4 retrace l'évolution de la prévalence de la diarrhée et l'utilisation de la SRO entre 1992 et 1996.

Tableau VI.4: Evolution du pourcentage d'enfants atteints de la diarrhée durant les 15 derniers jours ayant précédé le passage de l'enquêteur et % traités avec la SRO

	EOI 1996			EDSII 1992		
	Sénégal	Urbain	Rural	Sénégal	Urbain	Rural
Prévalence de la diarrhée	26	22	28	21	16	23
% d'enfants atteints et traités avec la SRO	11	12	11	7	8	6

On note, au plan national, une légère augmentation de la prévalence de la diarrhée, qui passe de 21 % en 1992 à 26 % en 1996. L'augmentation concerne aussi bien le milieu urbain que le milieu rural. A l'inverse, la prise en charge de la SRO a augmenté très légèrement de 8 % à 11 %.

Recommandations

Compte tenu des résultats de l'enquête, les recommandations suivantes ont été faites:

- ☛ La pratique de la TRO doit être promue à tous les niveaux surtout au niveau communautaire. Les jeunes mères doivent être sensibilisées en insistant sur la nécessité de continuer une alimentation adéquate pendant la diarrhée.
- ☛ Les programmes de promotion de la TRO doivent être en synergie constante avec les programmes d'eau et d'assainissement sur l'étendue du territoire.
- ☛ L'hygiène environnementale de la famille doit être renforcée en mettant un accent particulier sur la lutte contre le péril fécal et la diffusion des vecteurs (construction des latrines, gestion des ordures et approvisionnement en eau potable)

CHAPITRE VII

FIEVRE ET PALUDISME

1. Prévalence de la fièvre

Le programme national de lutte contre le paludisme a retenu comme signe majeur la fièvre. L'indicateur retenu pour mesurer cette variable est le pourcentage d'enfants de 0 à 4 ans ayant eu la fièvre au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et qui ont reçu un anti-paludéen. Selon les résultats de l'enquête, 28% des enfants de 0 à 4 ans ont eu de la fièvre au cours des 15 jours avant l'enquête. On note que les enfants de la zone rurale sont plus atteints que ceux de la zone urbaine, respectivement 31% et 23%. La prévalence de la fièvre chez les enfants de 0 à 4 ans est plus élevée dans la région de Tamba (43%), suivie de la région de Saint-Louis (38%), celle de Kolda (36%). La prévalence est plus faible dans la région de Fatick (20%).

2. Traitement avec un antipaludéen

On note que moins d'un enfant sur deux ayant eu la fièvre a reçu un traitement antipaludéen (45%), avec une variation importante entre zone urbaine et en zone rurale. Ainsi, en zone urbaine, 53% de ces enfants ont reçu un traitement antipaludéen, 42% en zone rurale. Les enfants de la région de Ziguinchor ont le plus reçu de traitement antipaludéen (66%), suivis de ceux de Dakar (55%) et Thiès (52%). Les enfants des deux régions de Diourbel et de Louga ont reçu le moins de traitement antipaludéen (36% dans chaque région). On remarque qu'un enfant sur cinq reçoit un antipaludéen à la maison, contre un enfant sur 4 dans les structures sanitaires. Le traitement à domicile des fièvres infantiles par des antipaludéens est plus fréquent à Ziguinchor (34%) et à Dakar (33%), mais ce traitement est faible dans la région de Louga (12%). On notera que 32% des enfants reçoivent un traitement antipaludéen au niveau des structures sanitaires de la région de Ziguinchor.

3. Analyse des déterminants

3.1 Age de la mère

Tant au niveau national qu'en milieu urbain et rural, les enfants présentant de la fièvre et dont les mères ont moins de 20 ans reçoivent moins de traitement antipaludéen au niveau des structures sanitaires. En milieu urbain, 50% des enfants atteints de fièvre dont les mères ont moins de 20 ans reçoivent un traitement antipaludéen. En milieu rural, ce sont 36% des enfants présentant de la fièvre et dont les mères ont moins de 20 ans qui reçoivent un traitement antipaludéen. On note également que les mères ou nourrices de plus de 50 ans traitent mal la fièvre de leurs enfants. S'agissant du traitement à domicile des fièvres présumées palustres, le même constat a été fait pour les mères de moins de 20 ans, tant au

niveau national (18%) qu'en milieu urbain (25%) et rural (15%). Quelque soit l'âge de la mère, on note la faiblesse de l'utilisation des structures sanitaires dans le traitement des fièvres présumées palustres.

Tableau VII.1: Pourcentage d'enfants atteints de fièvre, et parmi eux, pourcentage d'enfants traités selon le mode de traitement et la structure sanitaire visitée

	EDSII 1992			EOI 1996		
	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural
Prévalence	38%	32%	41%	28%	23%	31%
Soins dans une formation sanitaire par un anti-paludéen	22%	27%	17%	45%	53%	42%

Par rapport a 1992, l'EOI a révélé une nette progression de la prise en charge des fièvres palustres dans une formation sanitaire.

3.2 Ethnie

On note une forte prévalence chez les enfants de l'ethnie Hal Pulaar (34%). La prévalence est plus faible chez l'ethnie Serer (23%). La même tendance est observée aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En ce qui concerne la prise en charge par un traitement antipaludéen des fièvres infantiles, on note un très bon comportement de l'ethnie Diola; en effet 63% des enfants de ce groupe ethnique atteints de fièvre reçoivent un traitement antipaludéen. Cette tendance est plus notable en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (55%).

S'agissant du traitement à domicile des fièvres infantiles, c'est encore l'ethnie Diola qui assure une meilleure prise en charge des enfants, avec 27% au niveau national, 36% en milieu urbain et 22% en milieu rural. Il en est de même de l'utilisation des structures sanitaires où l'ethnie Diola se distingue à nouveau, avec 36% de taux d'utilisation, soit 41 % en zone urbaine et 33% en zone rurale.

3.3 Niveau d'instruction de la mère

La prévalence de la fièvre chez les enfants de 0 à 4 ans dont les mères sont sans instruction reste élevée (29%). Cette prévalence diminue chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire (22%) ou moyen (21%). Les mères sans instruction traitent moins souvent leurs enfants atteints de fièvre (42%) que les mères ayant un niveau d'instruction, primaire (63%), ou moyen (64%). La même tendance est observée tant en milieu urbain qu'en milieu rural; il en est de même pour le traitement à domicile et le traitement au niveau des structures sanitaires.

3.4 Niveau d'instruction du CM

Dans les ménages où le chef a un bon niveau d'éducation, la prévalence de la fièvre infantile est faible (18%) et on y note un bon comportement au niveau de la prise en charge thérapeutique des enfants de 0 à 4 ans ayant eu la fièvre: 70% au niveau national, 69% au niveau urbain et 74% au niveau rural.

Recommandations

Les recommandations ci-après ont été retenues:

- ☛ Il faut promouvoir et développer la prise en charge au niveau communautaire des fièvres infantiles présumées palustres en veillant à une meilleure fréquentation des structures sanitaires.
- ☛ Le Programme de Lutte contre le Paludisme doit être impliqué davantage dans la gestion des fièvres infantiles.
- ☛ La formulation d'un programme de contrôle et de prévention des infections respiratoires aiguës contribuerait à résoudre en partie les problèmes liés aux fièvres infantiles.

CHAPITRE VIII

ALLAITEMENT MATERNEL

1. Rappel de l'objectif

L'objectif du Consensus de Dakar est de "promouvoir l'allaitement maternel exclusif".

L'indicateur retenu est le pourcentage d'enfants de moins de 4 mois exclusivement allaités. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois a été institué pour protéger les enfants.

2. Pratique de l'allaitement

L'allaitement maternel est très pratiqué au Sénégal (90%). Par contre, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois est peu pratiqué. Les résultats de l'enquête révèlent que seuls 9% des enfants de moins de 4 mois sont exclusivement allaités. La raison évoquée est que les mamans pensent qu'il faut apporter de l'eau à l'enfant. Celles-ci ignorent que le lait contient suffisamment d'eau pour les besoins de l'enfant.

Tableau VIII.1: Pourcentage d'enfants allaités exclusivement selon la région et la zone de résidence

Sénégal	9
Urbain	5
Rural	12
Dakar	5
Ziguinchor	2
Diourbel	2
Saint-Louis	24
Tambacounda	17
Kaolack	2
Thiès	2
Louga	26
Fatick	8
Kolda	13

3. Analyse des déterminants

3.1 Zone de résidence

Le taux est plus faible en milieu urbain (5%) qu'en milieu rural (12%). On note un léger progrès par rapport aux résultats de l'EDS II de 1992 (6%). En ce qui concerne les régions, celles de Louga et Saint-Louis sortent du lot avec respectivement 26% et 24%, suivies de Tamba (17%) et Kolda (13%). L'allaitement exclusif est marginal dans les régions de Ziguinchor, Kaolack et Thiès (2% pour chacune d'entre elles).

3.2 L'ethnie

Les différences selon les groupes ethniques sont très accusées. L'enquête révèle que la pratique de l'allaitement exclusif des enfants de 0 à 4 mois est plus fréquente chez les ethnies Mandingue et Hal Pulaar (14%); elle est faible au sein des ethnies Serer et Diola (3% et 2% respectivement).

3.3 Niveau d'instruction de la mère

On peut noter que les mères sans instruction pratiquent plus l'allaitement exclusif de leurs enfants de moins de 4 mois (10%) que les mères instruites.

4. Allaitement maternel prolongé

Chez les enfants de 6 à 9 mois, il y a une bonne pratique de la supplémentation sur l'ensemble du territoire. La moyenne nationale est à 87%. La pratique de la supplémentation est plus fréquente chez l'ethnie Diola (94%), suivie de l'ethnie Hal Pulaar (91%). C'est une pratique courante quelque soit le lieu de résidence.

L'allaitement entre 12 et 15 mois reste une pratique courante au Sénégal, en effet 90% des enfants de cette tranche d'âge sont encore allaités. Elle est plus fréquente en milieu rural. Entre 20 et 23 mois près d'un enfant sur deux est encore allaité et en milieu rural ce taux est de 58%. Les ethnies Ouolof et Serer allaitent plus longtemps leurs enfants âgés de 12/15 mois. En effet, 94% de ces enfants sont encore allaités. Au niveau de la tranche d'âge 20/23 mois, l'allaitement maternel est encore fréquent parmi les ethnies Diola (62%) et l'ethnie Mandingue (61%).

5. L'allaitement au biberon

La pratique de l'allaitement au biberon est très marginale au Sénégal, les résultats de l'enquête révèlent que seuls 4% des enfants de moins de 12 mois sont nourris au biberon, ce taux est de 6% en milieu urbain et 2% en milieu rural. La pratique est plus fréquente chez les femmes instruites (12%).

Recommandations

- ☛ Intensifier la promotion de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 4 mois, surtout dans les régions de Ziguinchor, Kaolack et Thiès.

CHAPITRE IX

SEL IODE

1. Rappel de l'objectif

Le Sénégal s'est fixé l'objectif de l'iodation universelle du sel. Cet objectif à mi-parcours prépare l'atteinte de l'objectif pour l'an 2000 d'éliminer la quasi totalité des Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI).

L'objectif d'universaliser l'iodation du sel a un caractère particulier pour le Sénégal dans la mesure où le pays est un des plus grands producteurs et exportateurs de sel en Afrique. Près de 80% de la production nationale du sel sont exportés dans une quinzaine de pays de la région où les TDCI constituent un grave problème de santé publique.

Les TDCI tels que le goitre endémique, l'hypothyroïdie, le crétinisme et les risques élevés d'avortement, de malformations génitales et de mortalité périnatale et infantile sont causés par une insuffisance alimentaire en iode. Les aliments qui contiennent l'iode sont surtout les poissons et autres produits de mer. Une enquête menée en 1992 montre une endémicité sévère de goitre d'une prévalence globale de 37% dans les régions de Tambacounda et de Kolda où les aliments riches en iode sont rares.

Pour lutter contre les TDCI, le sel est utilisé comme aliment-véhicule d'iode, puisque sa consommation est universelle et sa disponibilité assurée au Sénégal. Le rajout de l'iode n'entraîne de modification ni dans la saveur, ni dans la couleur du sel.

Lors de la 17ème session de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, une résolution relative à l'iodation obligatoire du sel a été adoptée par les Etats membres de la CEDEAO. En Septembre 1995, le Sénégal a pris un arrêté interministériel fixant les conditions de production et de distribution du sel iodé. L'application de cet arrêté se fait à travers le système de recherche et la constatation des fraudes.

Depuis le dernier semestre de 1995, le Sénégal produit et distribue du sel iodé. La priorité dans la distribution au niveau national a été accordée, dans un premier temps, aux régions d'endémie goitreuse des TDCI, Tambacounda et Kolda.

2. Consommation du sel iodé dans le ménage

La consommation du sel iodé dans les ménages a été mesurée pour la première fois par cette évaluation des Objectifs Intermédiaires. Dans chaque ménage enquêté, le sel utilisé dans la cuisine a été testé avec une solution qui donne une couleur bleu/noir au sel qui contient de l'iode. Les résultats ont montré qu'au niveau national la consommation du sel iodé est encore modeste (9%). Cependant, les taux constatés dans les régions endémiques de Tambacounda (43 %) et Kolda (32 %) sont très encourageants.

3. Analyse des déterminants

3.1. Zone de résidence

L'analyse au niveau régional et départemental montre des variations importantes. Dans la région de Tambacounda, le taux le plus élevé a été noté dans le département de Kédougou, avec une consommation du sel iodé de 67%. Les départements de Vélingara (44%) et Kolda (42%) connaissent également des taux très élevés.

Les régions de production du sel connaissent des taux faibles de consommation du sel iodé: il s'agit de 4% à Kaolack, 7% à Fatick et 11 % à Dakar.

Tableau IX.1: Pourcentage des ménages et de la population consommant du sel iodé selon le sexe du CM

	Ensemble		CM Masculin		CM Féminin	
	Individus	Ménages	Individus	Ménages	Individus	Ménages
Sénégal	8	9	8	9	7	9
Zone urbaine	10	12	11	12	9	11
Zone rurale	6	7	6	7	3	4
Dakar	10	11	10	11	8	10
Ziguinchor	5	5	6	5	2	3
Diourbel	0	1	0	1	1	3
Saint-Louis	2	2	2	2	1	1
Tambacounda	41	43	39	41	68	61
Kaolack	4	4	4	4	5	3
Thiès	2	2	3	2	1	1
Louga	0	0	0	0	0	0
Fatick	6	7	6	6	10	13
Kolda	31	32	29	30	67	61

3.2. Sexe du chef de ménage

Il est remarquable que dans les régions de grande consommation, les ménages dirigés par des femmes utilisent encore beaucoup plus de sel iodé que ceux dirigés par des hommes.

Les résultats de cette enquête montrent que, quelques mois après le début de la

production du sel iodé, la distribution de ce produit dans les zones d'endémie goitreuse s'est répandue très rapidement. C'est là un résultat remarquable. Toutefois, des efforts restent à faire pour universaliser la consommation du sel iodé.

Recommandations

- ☛ Renforcer la sensibilisation et l'appui aux petits producteurs et à la production familiale
- ☛ Généraliser le contrôle de l'iodation du sel vendu sur le marché national
- ☛ Renforcer la sensibilisation de la population pour qu'elle s'approvisionne en sel iodé

CHAPITRE X

LA VITAMINE A

1. Rappel de l'objectif

Le consensus de Dakar s'est fixé comme objectif d'éliminer virtuellement l'avitaminose A au Sénégal. L'avitaminose A est une des causes les plus fréquentes de la cécité infantile. Elle résulte essentiellement d'une consommation insuffisante de vitamine A.

2. Prise de capsules de vitamine A

Il a été demandé aux parents de dire si leurs enfants âgés de moins de 24 mois ont pris des capsules de vitamine A. En principe, l'enquêteur devait exhiber la capsule pour permettre à l'enquête de la reconnaître.

Trois pour cent (3%) des mères ont déclaré que leurs enfants ont pris une telle capsule. Les délais de prise varient de 0 à 23 mois, mais 19 % des répondants ont été incapables de se rappeler la date à laquelle une capsule de vitamine A a été donnée à leurs enfants. Des niveaux de prise de capsule plus élevés que la moyenne sont notés dans les régions de Dakar (5%) et Kaolack (7%).

Cette très faible consommation s'explique par le fait que les quantités de vitamine A disponibles dans les structures sanitaires n'avaient pas été encore distribuées pour consommation au moment où se déroulait cette évaluation.

3. Connaissance et consommation des aliments riches en vitamine A

Les mères ou nourrices des enfants âgés de moins de 24 mois ont été invitées à citer des aliments riches en vitamine A pour ainsi mesurer le niveau de connaissance de tels aliments. Les résultats révèlent que le niveau de connaissance des aliments riches en vitamine A est faible: 13 % seulement des femmes ont cité de manière spontanée, au moins un aliment riche en vitamine A. Le niveau de connaissance est très variable d'une région à l'autre. De 28 % à Dakar, il tombe à 3 % dans la région de Kolda. Les régions de Louga (14 %), de Diourbel (16%) enregistrent des niveaux acceptables.

Pourtant, en dépit de cette faible connaissance, la consommation est quasi générale: 94 % des mères ont déclaré avoir donné, au cours de la semaine, au moins un aliment riche en vitamine A. On note des très faibles variations d'une région à l'autre, de cette consommation. Ce niveau élevé traduit la disponibilité des aliments riches en vitamine A à travers le territoire et qui constituent la base de l'alimentation au Sénégal: poisson, carottes, feuilles vertes, viande et lait, oeuf, huile de palme. A cette liste s'ajoutent divers fruits et légumes tels que les mangues, les papayes, les goyaves, les melons, les pastèques que l'on retrouve un peu partout dans le pays.

Tableau X.1 Pourcentage d'enfants âgés de 0-23 mois ayant reçu des capsules de vitamine A, pourcentage de mères ayant cité spontanément des aliments riches en vitamine A et pourcentage d'enfants ayant consommé de tels aliments au cours des 7 derniers jours ayant précédé le passage de l'enquêteur

	Ayant reçu des capsules de vitamine A	Mères ayant cité spontanément au moins un aliment riche en vitamine A	Ayant consommé au moins un aliment riche en vitamine A dans les 7 derniers jours
Sénégal	3	13	94
Dakar	5	28	95
Ziguinchor	3	8	95
Diourbel	1	16	95
Saint-Louis	2	7	95
Tambacounda	2	5	96
Kaolack	7	11	92
Thiès	2	13	94
Louga	3	14	95
Fatick	3	12	94
Kolda	4	3	94

Recommandations

- ☛ Renforcer l'éducation nutritionnelle des mères et des nourrices en particulier sur les aliments riches en vitamine A et disponibles localement, en vue d'améliorer leur connaissance et leur utilisation.
- ☛ Réorganiser et intensifier la distribution des capsules de vitamine A au niveau de toutes les structures sanitaires (hôpital, centre de santé, poste de santé et case de santé).
- ☛ Faire du dépistage de la déficience en vitamine A une activité intégrée à la surveillance de la croissance et assurer une distribution systématique de capsules de Vitamine A durant ce suivi.

CHAPITRE XI

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'état nutritionnel ne fait pas partie des Objectifs Intermédiaires. Toutefois, la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans constitue un véritable problème de santé publique. Elle résulte de déficits aigus ou chroniques de calories, de protéines, ou de micro-nutriments tels que les vitamines et les éléments minéraux. Pour mesurer cette variable, l'enquête a retenu les indicateurs habituels que sont la taille pour âge, le poids pour âge et le poids pour taille. Cette analyse va aborder successivement les formes et les déterminants de la malnutrition.

1. Taux de malnutrition

1.1 Taille pour âge

Cet indicateur mesure le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, conséquence d'une malnutrition chronique. Pour l'ensemble du Sénégal, 22,9% des enfants souffrent de malnutrition chronique, grave à modérée. Cette prévalence varie selon le lieu de résidence: elle est de 16,8% en milieu urbain et de 26,4% en milieu rural. Elle varie aussi selon les régions: elle est très élevée dans les régions de Kolda (34%), Kaolack (28,3%), Diourbel (27%); elle est moins prévalente à Dakar (14,6%). La prévalence est légèrement inférieure chez les filles (21,8%) que chez les garçons (23,8%).

1.2 Poids pour âge

Cet indicateur permet de mesurer l'insuffisance pondérale. L'insuffisance pondérale peut être due à une alimentation inadéquate ou à des épisodes de maladies même de courte durée. On parle ainsi de malnutrition aiguë. Pour l'ensemble du Sénégal, 22,3% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale, qui est plus prévalente en milieu rural (25,8%) qu'en milieu urbain (16,5%). L'insuffisance pondérale est très prévalente dans les régions de Kolda (33,7%), Saint-Louis (28,4%) et Tambacounda (26,2%). Elle reste faible dans la région de Dakar (11,1%). Les différences selon le milieu de résidence persistent.

Les différences selon le sexe sont quasiment nulles (22,3% pour les filles et 22,4 % pour les garçons). Il a été noté une nette détérioration de l'état nutritionnel entre le premier et le deuxième anniversaire.

Tableau XI.1: Taux (%) de malnutrition des enfants âgés de 0-59 mois selon la zone de résidence, le sexe et la région

	Taile pour âge	Poids pour âge	Poids pour taille
Sénégal	23	22	7
Urbain	17	17	6
Rural	26	26	7
Garçons	24	22	7
Filles	22	22	7
Dakar	15	11	3
Ziguinchor	21	19	8
Diourbel	27	26	8
Saint-Louis	21	28	11
Tambacounda	25	26	8
Kaolack	28	26	6
Thiès	24	23	8
Louga	25	24	7
Fatick	20	21	6
Kolda	34	34	9

1.3 Poids pour taille

A une certaine taille correspond un certain poids, et tout déficit du poids par rapport à la taille correspond à une malnutrition appelée émaciation. La prévalence de l'émaciation au niveau national est de 6,7%, avec une légère variation selon le lieu de résidence (zone urbaine 5,9%, zone rurale 7,2%). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe (garçons 6,9%, filles 6,5%). Cette faible prévalence coexiste avec une prévalence élevée de malnutrition chronique (22,9%) ou aiguë (22,3%).

L'émaciation est plus fréquente dans les régions de Saint-Louis (10,6%), Kolda (9,3%) et de Tamba (8,2%). Elles restent très faibles à Dakar (3%).

2. Evolution du taux de malnutrition selon la zone de résidence et le sexe

D'après le tableau XI.2, on note de très faibles variations (en hausse) de l'état nutritionnel des enfants entre 1992 et 1996. Pourtant, comme on le verra dans le chapitre suivant, la mortalité infantile a légèrement baissé au cours de la même période.

Tableau XI.2: Evolution du taux de malnutrition selon la zone de résidence et le sexe de l'enfant

	Taille pour âge		Poids pour âge		Poids pour taille	
	1996	1992	1996	1992	1996	1992
Sénégal	23 %	22%	22%	20%	6,7%	8,7%
Urbain	17 %	14%	17%	13%	5,9%	7,1%
Rural	26 %	27%	26%	24%	7,2%	9,7%
Garçons	24 %	23%	22%	21%	6,9%	9,9%
Filles	22 %	20%	22%	19%	6,5%	7,5%

3. Analyse des déterminants

3.1 Diarrhée

Quelque soit l'indicateur retenu, on note une influence négative de la diarrhée sur le statut nutritionnel de l'enfant. En effet, pour la taille pour âge, la prévalence de la malnutrition est de 25,1% chez les enfants ayant fait un épisode de diarrhée contre 22,2% chez les enfants n'ayant pas fait un épisode de diarrhée. Si on utilise le poids pour âge, cette prévalence est de 25,8% chez les enfants ayant eu la diarrhée contre 21,2% chez les enfants n'ayant pas eu de diarrhée. La prévalence de l'émaciation est de 7,6% chez les enfants ayant eu la diarrhée contre 6,5% chez ceux n'ayant pas eu la diarrhée.

3.2 Fièvre

L'enquête révèle que la fièvre influence très fortement l'état nutritionnel des enfants. En effet, quelque soit le déterminant, on observe une très forte prévalence de la malnutrition modérée chez les enfants ayant eu la fièvre.

La prévalence du retard de croissance est de 27,1% parmi les enfants qui ont fait la fièvre, contre 21,5% chez les enfants non fébriles. La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 28,9% chez les enfants ayant fait la fièvre contre 20,3% chez les enfants non fébriles.

La prévalence de l'émaciation est de 9,5% chez les enfants ayant fait la fièvre contre 5,9% chez les enfants n'ayant pas fait la fièvre.

3.3 Autres déterminants

Selon les résultats de l'enquête, l'âge de la mère ne semble intervenir que pour le retard de croissance. En effet, la prévalence du retard de croissance est de 26,5% chez les enfants dont les mères ont moins de 20 ans contre 23,1% chez ceux dont les

mères ont entre 20 et 34 ans et 22,6% chez ceux dont les mères ont plus de 35 ans.

En ce qui concerne l'ethnie de la mère, on note une prévalence importante de l'émaciation et de l'insuffisance pondérale chez les enfants dont les mères sont Hal Pulaar.

Les résultats de l'enquête révèlent l'influence du niveau d'instruction du chef de ménage sur l'état nutritionnel des enfants. En effet, la prévalence du retard de croissance est de 24,7 % chez les enfants habitant chez des chefs de ménage sans instruction contre 17,7% chez les enfants habitant chez des chefs de ménage ayant un niveau d'instruction primaire.

La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 24,3% chez les enfants résidant dans des ménages dont le chef est sans instruction, contre 18% pour les enfants dont le chef a le niveau d'instruction primaire. Elle tombe à 15,3% lorsque l'enfant habite chez un chef de ménage ayant un niveau d'instruction post-primaire.

Recommandations

- ☞ Il faut veiller à la sécurité alimentaire des enfants de moins de 5 ans, notamment dans les régions de Kolda, Tambacounda, Saint-Louis, Diourbel et Louga.
- ☞ Il faut assurer une meilleure prise en charge des enfants fébriles ou diarrhéiques sur l'ensemble du territoire national en leur assurant une supplémentation alimentaire au cours de l'épisode morbide.
- ☞ Il faut intensifier les programmes d'éducation sanitaire et nutritionnelle en direction des mères et nourrices

CHAPITRE XII

MORTALITE DES ENFANTS

1. Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile

La tranche d'âge 0-4 ans constitue un groupe vulnérable, victime d'une forte morbidité et d'une mortalité importante dont les déterminants culturels, sociaux et économiques font l'objet de programmes de contrôle et de lutte pour améliorer la survie de ces enfants. Les indicateurs de mortalité de ce groupe constituent de très bonne mesures du niveau de développement d'un pays. Ils proviennent de mesures directes, c'est-à-dire calculées à partir de questions sur les enfants décédés avant l'âge de cinq ans.

L'enquête sur les objectifs intermédiaires a retenu trois indicateurs pour mesurer la mortalité des enfants: le taux de mortalité infantile (moins de un an) , le taux de mortalité juvénile (de 1 à 4 ans) et le taux de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans). Six déterminants ont été retenus pour décrire les variations de ces taux.

Pour l'ensemble du Sénégal, l'enquête sur les objectifs intermédiaires a révélé un taux de mortalité infantile de 60‰ naissances vivantes, un taux de mortalité juvénile de 98‰ naissances vivantes et un taux de mortalité infanto-juvénile de 154‰ naissances vivantes.

2. L'évolution du taux de mortalité des enfants

L'EDS II (1992) a calculé des taux de mortalité pour la dernière année, les cinq dernières années et les 10 dernières années ayant précédé l'enquête. Les taux sur les 10 dernières années peuvent être comparés avec ceux de cette enquête, comme le montre le tableau suivant. Le tableau indique une baisse de la mortalité infantile de 21 %, mais une hausse de la mortalité juvénile de 12 %. Au bilan, la mortalité avant cinq ans a baissé légèrement de 2 % depuis 1992.

Tableau XII.1: Taux de mortalité (pour mille) avant 5 ans calculés sur les 10 dernières années ayant précédé chacune des deux enquêtes

	EDSII (1992)	EOI (1996)	Variation (en %) entre 1992 et 1996
Mortalité infantile (0-1 an)	76	60	- 21 %
Mortalité juvénile (1-4 ans)	87	98	+ 13 %
Mortalité infanto-juvénile (0-4ans)	157	154	- 2 %

3. Analyse des déterminants

3.1. Sexe de l'enfant

L'enquête a confirmé pour ces 3 tranches d'âge que la mortalité des filles est plus faible que celle des garçons. Ainsi, le taux de mortalité infantile pour les filles est de 52‰ naissances vivantes et de 64‰ naissances vivantes pour les garçons; le taux de mortalité juvénile des filles est de 95‰ naissances vivantes et 101‰ pour les garçons.

3.2 Zone de résidence et région

La mortalité infantile et la mortalité juvénile sont plus élevées en zone rurale (64‰ et 112‰ respectivement) qu'en ville (47‰ et 63‰ respectivement).

Tableau XII.2: Taux (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon la zone de résidence, le sexe et la région

	Mortalité infantile 0-1 an	Mortalité juvénile 1-4ans	Mortalité infanto-juvénile 0-4 ans
Sénégal	60	98	154
Urbain	47	63	107
Rural	64	112	175
Garçons	64	101	158
Filles	52	95	142
Dakar	84	37	77
Ziguinchor	53	81	130
Diourbel	58	141	168
Saint-Louis	56	101	149
Tambacounda	81	146	188
Kaolack	81	128	188
Thiès	51	67	95
Louga	53	73	112
Fatick	59	69	114
Kolda	97	155	198

La région de Dakar enregistre les plus faibles taux de mortalité infantile (48‰) et juvénile (37‰), suivie de Thiès (51‰ et 67‰). Kolda reste une région où la mortalité est extrêmement élevée tant chez les moins de 1 an que chez les 1-4 ans, avec

respectivement un taux de mortalité infantile estimé à 97‰ naissances vivantes et un taux de mortalité juvénile de 155‰ naissances vivantes. La région de Kolda s'était aussi signalée par une forte prévalence de malnutrition modérée et grave, quelque soit l'indicateur nutritionnel mesuré (retard de la croissance, insuffisance pondérale ou émaciation).

3.3 Age de la mère

Encore une fois, l'Enquête sur les Objectifs Intermédiaires révèle l'importance du déterminant "âge de la mère" dans la mortalité infantile. En effet, les enfants de moins de 1 an dont les mères sont jeunes (moins de 20 ans) ont une forte mortalité (taux de mortalité infantile= 84‰ naissances vivantes) comparés aux enfants dont les mères sont plus âgées (TMI 54‰ pour les mères de 20-34 ans, 63‰ pour les mères plus de 35 ans). Cette différence n'existe point lorsque l'enfant a plus d'un an. D'ailleurs, la probabilité de mourir après 1 an semble être égale quelque soit l'âge de la mère.

3.4 Education de la mère

Toutefois, l'éducation de la mère est un déterminant clé dans la mortalité des enfants. En effet, quelque soit l'indicateur retenu (sauf pour l'allaitement maternel exclusif), les enfants de mères sans instruction sont sujets à une plus grande mortalité que les enfants dont les mères ont un tant soit peu d'instruction (voir tableau ci-dessous).

Tableau XII.3: Taux de mortalité (pour mille) des enfants de moins de cinq ans selon le niveau d'instruction de la mère

	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité juvénile	Taux de mortalité infanto-juvénile
Sans instruction	64‰	109‰	161‰
Primaire	54‰	62‰	109‰
Secondaire et plus	47‰	36‰	70‰

3.5 Ethnie

Les résultats de l'enquête révèlent une forte mortalité chez les enfants dont les mères sont de l'ethnie Mandingue (TMI $\sim 90\%$, TMJ $\sim 132\%$ et TMIJ $\sim 187\%$). La mortalité semble être plus faible chez les enfants dont les mères sont d'ethnie Wolof (TMI $\sim 56\%$, TMJ $\sim 80\%$ et TMIJ $\sim 142\%$) et Diola (TMI $\sim 57\%$, TMJ $\sim 98\%$ et TMIJ $\sim 149\%$). Notre enquête avait révélé un excellent comportement d'adhésion aux programmes de survie de l'enfant (vaccination, RVO) de l'ethnie Diola et Wolof.

Recommandations

- ☛ La surmortalité juvénile (1-4 ans) persiste dans le temps. Les facteurs qui en sont responsables, notamment la détérioration de l'état nutritionnel et l'exposition à des facteurs exogènes tels que les maladies diarrhéiques, le paludisme et les mauvaises conditions d'hygiène, devraient être pris en compte dans les programmes de survie de l'enfant.
- ☛ Les régions périphériques de Tambacounda, de Kolda et de Ziguinchor continuent à enregistrer une forte mortalité infanto-juvénile. On devrait y renforcer les programmes de survie de l'enfant.

CHAPITRE XIII

EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

1. Politique du gouvernement en matière d'eau potable et d'assainissement

En milieu rural la politique du gouvernement vise la multiplication des points d'eau (puits et forages) en dotant d'un point d'eau pérenne les chefs lieux d'arrondissement, les chefs lieux de communauté rurale, les gros villages (plus de 1000 habitants), les villages centres, les villages frontaliers et les villages touchés par des maladies liées à la qualité de l'eau (ver de guinée).

En milieu urbain, l'augmentation des branchements sociaux et la suppression des bornes fontaines publiques constituent une priorité. En matière d'assainissement il n'existe pas de coordination entre les différents intervenants. Pour corriger cette lacune, le Gouvernement a créé et mis en place depuis juin 1996 un Office National d'Assainissement chargé de la définition des politiques et de la stratégie de mise en oeuvre de programmes cohérents pour le développement du sous-secteur.

2. L'eau potable

2.1 Rappel de l'objectif

L'objectif fixé par le Sénégal est d'atteindre un taux d'accès à l'eau potable de 61% en 1995 avec une dotation spécifique de 27 litres par habitant par jour en milieu rural. La dotation par habitant par jour n'est pas mesurée par cette enquête. Cela demanderait une approche autre que l'enquête par ménage.

2.2 Taux de l'accès à l'eau potable

L'enquête considère que l'eau est potable quand elle provient du robinet, forage ou puits protégé. Un accès raisonnable est défini comme une source d'eau potable située à une distance de moins de 500 mètres du logement.

Les résultats de l'enquête révèlent qu'au Sénégal 63% des ménages ont accès à l'eau potable si la norme est fixée à la distance de moins de 500 mètres. Les taux ont été calculés par rapport aux ménages et aux individus (tableau XIII.1). C'est à peu près le même pourcentage d'individus qui accède aussi à l'eau potable. D'une manière générale, les taux calculés sur les ménages et sur les individus sont voisins. Pour toute la suite de ce chapitre, les taux se rapportent aux ménages, sauf indication contraire.

Tableau XIII.1: Pourcentage de ménages (ou de personnes) ayant accès à l'eau potable selon la zone de résidence et la distance par rapport à la source

Accès à l'eau potable	Sénégal		Milieu urbain		Milieu rural	
	Ménages	Individus	Ménages	Individus	Ménages	Individus
A domicile	31,6	31	65,6	68	6,1	7
A moins de 100 m	19,1	19	15,7	14	21,7	21
Total < 100 m	50,7	50	81,3	82	27,8	28
De 100 à 500 m	12,5	13	9,1	8	15,1	16
Total < 500 m	63,2	63	90,4	90	42,9	44

Le tableau montre que l'objectif visé a été atteint et dépassé. Cependant, le pays connaît des disparités dans l'accès selon le milieu de l'habitat. En effet, le milieu urbain, avec un taux d'accès de l'accès à l'eau potable de 90% dépasse largement le milieu rural où le taux n'est que de 43%.

Le tableau XIII.1 montre que 31,6% des ménages disposent de l'eau potable à domicile. L'essentiel de ces ménages est localisé en milieu urbain. La presque totalité des ménages en milieu rural s'approvisionne en eau potable à partir d'une source extérieure au domicile.

Si on ne tient pas compte de la distance de l'eau potable au domicile, le taux d'accès s'élève à 67% au niveau national. En milieu rural, 7% s'approvisionnent à partir d'une source d'eau potable à plus de 500 mètres du domicile.

3. Analyse des déterminants

A Dakar, l'eau potable provient, pour 72% des ménages, d'un robinet à domicile. Dans les régions de Louga et Saint-Louis, en plus du robinet, les forages et les puits protégés constituent aussi des sources importantes d'eau potable.

Les taux les plus faibles sont situés dans les régions de Tambacounda (30%), Ziguinchor (22,3%) et Kolda (11%) ce qui est lié au fait qu'en général l'approvisionnement en eau se fait à partir des puits non-protégés considérés dans cette enquête comme une source d'eau non-potable. Les pourcentages des populations qui s'approvisionnent en eau à partir des puits non-protégés dans ces régions sont respectivement de 49% à Tambacounda, 76% à Ziguinchor et 87% à Kolda. Il est important de noter que cinq puits sur six ne sont pas protégés, tant au niveau national que rural.

3.1 Zone de résidence

L'analyse au niveau régional montre une disparité énorme. Le tableau XIII.2 montre les

taux de l'ensemble des sources d'eau de boisson utilisées par les ménages, indépendamment de la distance. Les taux les plus élevés sont observés dans les régions de Dakar (93,4%), Louga (85%) et Saint- Louis (75,7%).

Tableau XIII.2: Pourcentage de ménages selon la source d'eau (considérée potable, on non) et la région

Milieu d'habitat/ Région	Eau potable (robinet, forage et puits protégé)	Puits non-protégé	Autre
SENEGAL	67%	30%	2%
Urbain	91%	8%	1%
Rural	49%	47%	3%
Dakar	97%	2%	1%
Ziguinchor	24%	76%	0%
Diourbel	69%	31%	0%
Saint-Louis	83%	15%	2%
Tambacounda	39%	49%	12%
Kaolack	49%	51%	0%
Thiès	67%	29%	4%
Louga	89%	6%	0,06
Fatick	55%	45%	0%
Kolda	12%	87%	1%

3.2 Niveau d'instruction du chef de ménage

L'effectif des ménages ayant un accès à l'eau de robinet augmente avec le niveau d'instruction du chef de ménage, surtout en milieu rural.

Tableau XIII.3: Pourcentage de ménages ayant accès à un robinet selon la zone de résidence et le niveau d'instruction du chef de ménage

Zone de résidence	CM sans instruction	CM niveau primaire	CM niveau moyen ou plus
SENEGAL	47%	70%	91%
Urbain	85%	88%	96%
Rural	29%	44%	72%

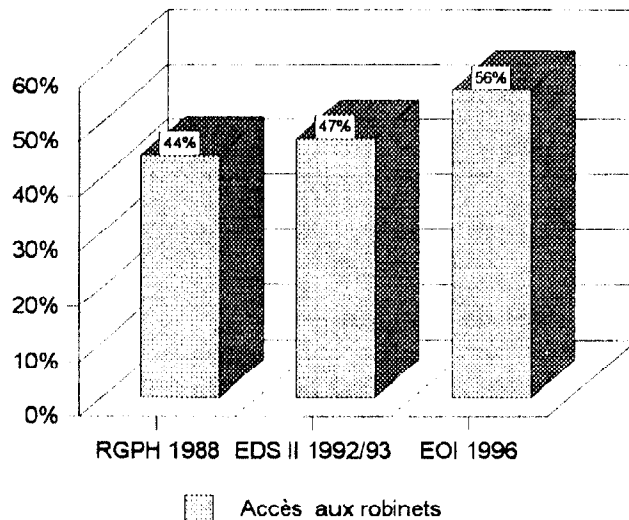
3.3 Sexe du chef de ménage

Les résultats de l'enquête ont révélé une différence nette entre le taux d'accès à une source d'eau potable à moins de 500 mètres des ménages dirigés par un homme (60%) et ceux dirigés par une femme (80%). Ce dernier taux est largement supérieur à la moyenne nationale.

4. Evolution de l'accès à l'eau potable

Les résultats de cette enquête permettent seulement une comparaison avec les taux d'accès aux robinets donnés par l'EDS II de 1992/93 et le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1988. Ces dernières enquêtes se sont intéressées aux sources d'eau pour boire sans faire la différence entre un puits protégé et un puits non-protégé. La comparaison des résultats doit se limiter à l'accès aux robinets (à domicile et extérieur), les puits non-protégés étant considérés comme une source d'eau non potable dans cette évaluation des Objectifs Intermédiaires. Le taux d'accès à l'eau de robinet est passé de 44% en 1988, à 47% en 1992 pour atteindre un niveau de 56% en 1996. Cette évolution montre une croissance plus élevée entre 1992 et 1996.

Graphique XIII.1: L'évolution du taux national d'accès à un robinet à domicile et extérieur selon différentes sources de données



En comparaison avec les résultats de l'EDS 1992, l'accès aux robinets à domicile en milieu urbain est passé de 54% en 1992 à 64% en 1996. Ces progrès sont conformes à la politique de branchements sociaux mise en oeuvre durant cette période. Par contre, en milieu rural la priorité a été accordée aux bornes fontaines publiques où le taux est passé de 12 % en 1992 à 27% en 1996.

Recommandations

- ☛ Identifier les sites qui n'ont pas du tout accès à l'eau potable et les ménages qui s'approvisionnent à plus de 500 mètres pour renforcer l'alimentation en eau saine.
- ☛ Développer une politique de protection des puits non-protégés afin d'améliorer la qualité de l'eau (surtout dans les régions de Kolda, Ziguinchor et Tambacounda)

5. Conservation de l'eau de boisson

L'enquête a demandé aux ménages comment l'eau de boisson est stockée au domicile. Cette information permet de s'informer sur la qualité de l'eau au moment de la consommation. Même si l'eau est potable depuis sa source, les moyens de stockage utilisés peuvent entraîner sa contamination avant sa consommation. Parmi les différents récipients de conservation, seuls le réfrigérateur et le canari à robinet permettent de garantir une bonne qualité de l'eau.

Les résultats de l'enquête ont montré qu'en général l'eau de boisson est stockée dans

les canaris traditionnels, surtout en milieu rural où 92% des ménages utilisent ces canaris, ce qui constitue un risque potentiel de contamination de l'eau. Le réfrigérateur est surtout utilisé en milieu urbain par 25% des ménages. L'utilisation d'un canari à robinet est encore négligeable du fait d'une vulgarisation encore récente dans le pays.

Tableau XIII.4: Pourcentage des ménages selon les différents récipients de stockage de l'eau et selon le milieu d'habitat

Réceptient de stockage de l'eau	Sénégal	Milieu Urbain	Milieu Rural
Canari traditionnel	76%	54%	92%
Canari à robinet	0,6%	0,7%	0,5%
Réfrigérateur	12%	25%	2%
Bassine, seau	6%	11%	2%
Autre	5,4%	9,3%	3,5%
TOTAL	100%	100%	100%

Recommandations

- ☛ Etudier les risques de contamination de l'eau stockée dans les récipients tels que le canari traditionnel et la bassine.
- ☛ Intensifier l'information sur l'hygiène de l'eau
- ☛ Accélérer la transformation des canaris traditionnels en canaris à robinet

6. L'assainissement

6.1 Rappel de l'objectif

Le Sénégal s'est fixé comme objectif d'atteindre une couverture en assainissement de 40% en 1995. L'indicateur choisi pour mesurer la couverture en assainissement est le taux d'accès à des systèmes adéquats d'évacuation des excréta. Les systèmes adéquats comprennent des toilettes avec chasse raccordée à un égoût ou à une fosse, des latrines à fosse ventilées et les édifices publics. Les latrines traditionnelles ne sont pas considérées comme un système adéquat puisque les mouches peuvent accéder aux excréta. Un accès raisonnable est considéré par l'enquête comme un système situé à une distance de moins de 100 mètres du logement.

6.2 Taux de l'accès à une toilette adéquate

Les résultats de l'enquête révèlent qu'environ 37% des ménages, soit 39 % des

individus ont accès à des toilettes adéquates à une distance de moins de 100 mètres. Ainsi, l'indicateur au niveau national se situe en dessous de l'objectif visé. Même si une distance à plus de 100 mètres est considérée raisonnable, le taux national ne s'élève pas à plus de 38%. Les taux calculés sur la base de la population sont légèrement supérieurs à ceux calculés sur la base des ménages. Aussi l'analyse qui suit considère seulement les ménages.

Tableau XIII.5: Pourcentage des ménages ou d'individus ayant accès à un système adéquat d'évacuation des excréta

Accès à des latrines adéquates	Sénégal		Milieu urbain		Milieu rural	
	Ménages	Individus	Ménages	Individus	Ménages	Individus
A domicile	36	38	68	70	12	14
A moins de 100 m	1	1	1	1	1	1
Total < 100 m	37	39	69	71	13	15

7. Analyse des déterminants

7.1 Zone de résidence

Dans le tableau suivant la distance du système d'évacuation au domicile n'est pas prise en compte. Les disparités entre le milieu urbain et rural sont énormes. En milieu rural, seulement 13% des ménages ont accès à des latrines adéquates alors que ce taux est de 70% en milieu urbain.

L'analyse régionale montre une disparité entre les régions. Seul la population dans la région de Dakar a un taux d'accès à des toilettes adéquates très élevé (90%). Toutes les autres régions sont en dessous le moyen national. Les plus faibles taux d'accès à un système adéquat d'évacuation des excréta sont observés dans les régions de Tambacounda (4%) et Kolda (6%). Dans ces régions, les latrines traditionnelles constituent les principaux lieux d'aisance. Les latrines traditionnelles sont aussi très répandues dans la région de Ziguinchor. A Kaolack et Fatick, la *nature* est utilisée par la majorité de la population.

Tableau XIII.6: Pourcentage des ménages selon les types d'aisance utilisés et la zone de résidence

Zone de résidence / Région	Latrines adéquates (chasse eau raccordée à l'égoût/ fosse, édicule public)	Latrines traditionnelles	Dans la nature
SENEGAL	38%	28%	32%
Urbain	70%	25%	3%
Rural	13%	32%	54%
Dakar	90%	8%	2%
Ziguinchor	16%	65%	19%
Diourbel	30%	22%	48%
Saint-Louis	25%	35%	39%
Tambacounda	4%	52%	44%
Kaolack	13%	32%	53%
Thiès	35%	26%	38%
Louga	30%	21%	48%
Fatick	12%	25%	63%
Kolda	6%	62%	32%

7.2 Niveau d'instruction du chef de ménage

Le pourcentage de ménages ayant accès à des toilettes adéquates augmente avec le niveau d'instruction du chef de ménage. L'accès à une toilette adéquate dans les ménages dont le chef n'a pas d'instruction est en dessous de la moyenne nationale (27%) et augmente du simple au double si le chef de ménage a suivi l'école élémentaire (52%). Il monte jusqu'à 83% des ménages quand le chef a une instruction moyenne ou plus.

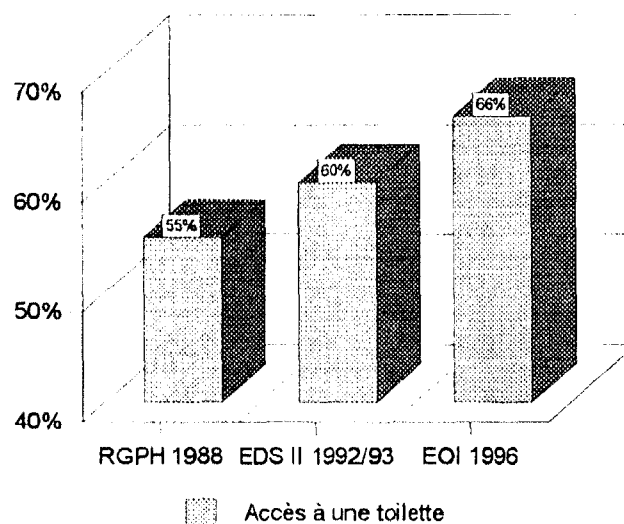
7.3 Sexe du chef de ménage

D'une manière générale, le taux d'accès à des latrines adéquates des ménages dirigés par les femmes (54%) est largement supérieur à celui des ménages dirigés par des hommes (34%).

8. Evolution du taux d'accès aux systèmes d'évacuation des excréta

L'évolution de l'accès à des latrines adéquates à partir des données du Recensement et l'EDSII pose quelques problèmes puisque la définition d'une toilette adéquate n'est pas prise en considération dans ces études, ni la distance de ces types de toilettes. Cependant la comparaison peut se faire en rapport avec les types d'aisance, que le système soit adéquat ou non. Ainsi, on note que le taux d'accès aux toilettes a connu une hausse sensible.

Graphique XIII.2: L'évolution du taux national d'accès à des latrines (adéquates et non-adéquates) selon différentes sources de données



De 55% en 1988, il est passé à 60% en 1992 pour atteindre le niveau de presque 66% en 1996. Ce dernier taux comprend donc l'accès aux latrines adéquates plus les latrines traditionnelles, qui sont considérées inadéquates selon cette enquête. On n'a pas tenu compte de la limite de distance à 100 mètres pour garder la comparabilité avec les autres sources de données.

9. Evacuation des eaux et des ordures ménagères

L'évacuation des eaux et des ordures ménagères ne figure pas parmi les objectifs fixés par le consensus de Dakar mais, puisque le Sénégal s'est fixé comme objectif d'atteindre une couverture en assainissement de 40% en 1995, l'enquête en a profité pour mesurer aussi l'accès à d'autres systèmes d'assainissement tels que l'évacuation des eaux ménagères et des ordures.

9.1 Evacuation des eaux ménagères

Un système adéquat d'évacuation des eaux ménagères est perçu à travers les réseaux d'égout et les puits qui peuvent garantir une meilleure protection de

l'environnement et lutter contre certains vecteurs (mouches, moustiques, rats) de transmission des maladies. L'enquête a tenté de mesurer l'accès à ces systèmes.

Au niveau national, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, et dans toutes les régions, la majorité des ménages évacue ses eaux usées dans la nature. En milieu rural, ce taux s'élève à 95%. Ce résultat est dû au fait que les ménages ont un faible accès aux réseaux d'égouts (8%) et puisards (2%). En fait, actuellement le réseau d'égout se trouve seulement dans 5 localités que sont: Dakar, Kaolack, Saint- Louis, Louga et Saly Portudal. Les puisards se trouvent aussi presque seulement en milieu urbain. Dans la région de Dakar, 32% des ménages utilisent le réseau d'égout et les puisards pour évacuer les eaux ménagères.

Tableau XIII.7: Pourcentages de ménages selon le type d'évacuation des eaux ménagères et le milieu de résidence

Type d'évacuation des eaux ménagères	Sénégal	Milieu urbain	Milieu rural
Dans la nature	80%	60%	95%
Dans la mer/fleuve	2%	4%	1%
Canal à ciel ouvert	2%	5%	0%
Réseau d'égout	8%	18%	0%
Trou creusé	2%	4%	1%
Puisard	2%	3%	0%
Autre	4%	6%	3%

L'analyse des déterminants n'a pas trouvé des différences entre les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par des femmes.

9.2 Evacuation des ordures

L'enquête révèle que la majorité des ménages (plus que 60%) conservent les ordures ménagères dans des poubelles non-fermées, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au niveau national, seuls 9% des ménages disposent de poubelles fermées. Le taux élevé de la catégorie "autre" semble dire qu'un quart des ménages n'utilise pas du tout de poubelles.

Tableau XIII.8: Pourcentage des ménages selon le mode de conservation des ordures et la zone de résidence

	Sénégal	Milieu urbain	Milieu rural
Poubelle fermée	9%	19%	1%
Poubelle non fermée	62%	65%	60%
Sacs ou sachets	3%	5%	2%
Autre	26%	11%	37%

L'évacuation adéquate des ordures inclut le ramassage public ou privé, l'incinération et le dépôt autorisé. L'enquête révèle que moins de la moitié des ménages utilise les systèmes adéquats, principalement le ramassage public (25%), l'incinération (10%) et le dépôt autorisé (8%), soit un total de 43% au niveau national. Cependant ces types d'évacuation sont le plus utilisés en milieu urbain (76%), plus qu'en milieu rural où les ordures sont surtout évacuées dans des dépôts sauvages (72%).

Tableau XIII.9: Pourcentage des ménages selon le mode d'évacuation des ordures ménagères et la zone de résidence

Type d'évacuation des ordures ménagères	Sénégal	Milieu urbain	Milieu rural
Dépôt autorisé	8.3%	12.5%	5.2%
Incinération	9.7%	6%	12.6%
Ramassage public/privé	25.1%	57.7%	0.8%
Total évacuation adéquate	43.1%	76.2%	18.6%
Dépôt sauvage	49%	18.1%	72.1%
Enfouissement	2.9%	3.5%	2.5%
Autre	5%	2.2%	6.8%

10. Analyse des déterminants

10.1 Zone de résidence

L'analyse régionale montre que, dans huit des dix régions, (sauf Ziguinchor et Dakar) plus de la moitié des ménages déposent leurs ordures dans des dépôts sauvages. Dans la région de Ziguinchor, l'incinération apparaît comme le mode d'évacuation le plus utilisé. Dakar est la région qui utilise principalement le ramassage public (75%) et dans une moindre mesure, ce mode est aussi courant dans la région de Thiès

(34%).

Bien que le ramassage public soit le plus répandu en milieu urbain, il présente des dysfonctionnements liés à l'irrégularité de la collecte. Ceci entraîne une prolifération des mouches, des vers et des rats, surtout dans ces zones de forte densité de population. Ces dysfonctionnements sont à l'origine de problèmes de santé publique (choléra, gastroenterites et parasitoses).

Recommandations

- ☛ Dans le domaine de l'assainissement il est urgent de développer une politique adéquate.
- ☛ Il est vivement recommandé d'intégrer un volet assainissement dans les programmes d'approvisionnement en eau potable.
- ☛ Développer des systèmes adéquats de ramassage régulier (public et/ou privé) pour les ordures ménagères, surtout dans les villes.

CHAPITRE XIV

SCOLARISATION

1. Rappel de l'objectif

L'objectif intermédiaire qui a été retenu par le Sénégal pour l'année 1995 est d'augmenter le taux brut de scolarisation de 58% à 60 % et de porter la part des effectifs des filles à 44%. Deux autres objectifs ont aussi été retenus. Il s'agit du taux net de scolarisation et du taux brut d'inscription en première année de l'enseignement élémentaire. Tous ces objectifs sont examinés ci-après.

2. Taux brut de scolarisation

Le taux brut de scolarisation (TBS) est le pourcentage de l'effectif des élèves dans l'enseignement élémentaire par rapport à l'effectif en âge officiel d'aller à l'école élémentaire. L'âge officiel d'aller à l'école élémentaire est de 7-12 ans au Sénégal. D'après l'enquête, ce taux est de 60 %. L'objectif national de 60 % a donc été atteint.

Le TBS présente des variations selon le milieu de résidence, le sexe de l'élève, la région administrative, le sexe du chef de ménage, le niveau d'instruction et l'ethnie de la mère ou de la nourrice, enfin le statut d'occupation du CM. Ces variations sont examinées ci-après.

3. Analyse des déterminants

3.1. Zone de résidence

On note de grandes disparités du TBS entre les milieux urbain (86%) et rural (42 %), soit plus du simple au double. Ces disparités sont expliquées par la différence dans l'offre des infrastructures selon la zone de résidence: les écoles sont implantées plus dans les centres urbains où la concentration des populations rend leur coût de gestion plus efficient. La demande y est également plus forte. Par contre, en milieu rural caractérisé par un habitat plus dispersé comme dans les régions de Tambacounda, les coûts de l'école sont relativement élevés et la demande plus faible.

Les variations selon les régions sont très importantes. Les taux les plus élevés sont enregistrés à Ziguinchor (95 %) et Dakar (94 %); les plus bas sont observés à Louga (33 %), Tamba (34 %) et Diourbel (35 %). On ne saurait expliquer ces différences par la seule densité de population et l'offre des services. La religion et les facteurs culturels jouent certainement un rôle.

Tableau XIV.1: Taux brut (%) de scolarisation selon le sexe et la zone de résidence

	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	60	65	55
Zone urbaine	86	92	80
Zone rurale	42	47	37
Dakar	94	99	91
Ziguinchor	95	102	87
Diourbel	35	43	29
Saint-Louis	52	55	49
Tambacounda	34	39	30
Kaolack	43	49	38
Thiès	61	63	58
Louga	33	40	26
Fatick	59	64	54
Kolda	50	60	39

3.2 Sexe de l'enfant

Le TBS est de 65% pour les garçons et 55% pour les filles, soit un écart de 10 points de pourcentage entre les deux sexes. Comme pour la plupart des pays en voie de développement, la scolarisation des filles est nettement en retard par rapport à celle des garçons. L'écart élevé entre les filles et les garçons observé dans la région de Ziguinchor est en partie dû au taux brut très élevé enregistré chez les garçons (102%). L'écart entre les sexes est le plus élevé à Kolda, 21% de différence en faveur des garçons. La très forte sous scolarisation des filles enregistrée dans les régions de Louga (26%), Diourbel (29%) et Tambacounda (30%) constitue une grave préoccupation.

3.3 Sexe du CM

Le taux de scolarisation est beaucoup plus élevé quand le chef de ménage est une femme (82%) que lorsque c'est un homme (55 %). Ce constat est valable pour la scolarisation des filles comme pour les garçons, en milieu urbain comme en milieu rural.

Tableau XIV.2: Taux brut (%) de scolarisation selon le sexe du chef de ménage

Sexe du CM	Ensemble	Garçons	Filles
Homme	55	60	50
Femme	82	88	76

3.4 Niveau d'instruction de la mère ou nourrice

Le niveau d'instruction de la mère constitue un des déterminants les plus importants de la scolarisation des enfants. Déjà, avec le niveau d'instruction primaire de la mère, on atteint presque la scolarisation universelle des enfants (97%). Tous les enfants de mère ayant le niveau post-élémentaire sont scolarisés.

Tableau XIV.3: Taux brut (%) de scolarisation selon le niveau d'instruction de la mère ou nourrice

Niveau d'instruction	Ensemble	Garçons	Filles
Sans instruction	49	55	43
Primaire	97	94	99
Post primaire	110	115	105

3.5 Ethnie de la mère ou nourrice

Les enfants nés des mères d'ethnie Diola ont les taux de scolarisation les plus élevés (97 %) alors que chez les Hal Pulaar ils sont les plus faibles (51 %). Cette forte scolarisation des enfants Diola ne peut être expliquée par la seule disponibilité des écoles dans la région de Ziguinchor où cette ethnie représente la majorité de la population.

Tableau XIV.4: Taux (%) de scolarisation selon l'ethnie de la mère ou nourrice

Ethnie	Ensemble	Garçons	Filles
Wolof	55	62	48
Pulaar	51	53	49
Serer	58	62	54
Diola	97	105	90
Mandingue	64	67	62

3.6 Occupation du chef de ménage

Les enfants vivant dans les ménages dont les chefs sont salariés sont presque tous scolarisés (95% pour les filles et 106% pour les garçons). Par contre, chez les agriculteurs, pêcheurs et éleveurs, les taux sont tous inférieurs à la moyenne nationale (30% pour les filles et 41% pour les garçons).

Tableau XIV.5: Taux brut (%) de scolarisation selon l'occupation du chef de ménage

Occupation du CM	Ensemble	Garçons	Filles
Sans occupation	78	83	74
Salariés	100	106	95
Artisans	62	70	54
Commerçants	57	64	49
Agriculteurs	36	41	30
Autres	66	68	65

4. Evolution du taux brut de scolarisation

Depuis l'indépendance, l'évolution du taux brut n'a pas été uniforme. Elle peut être résumée en trois grandes phases. De l'indépendance jusqu'en 1970, le taux a cru d'autant plus rapidement qu'il était à un niveau très bas en 1960. Ainsi il est passé de 23,6 % en 1960 à 41,7 % en 1970. En 1979 le taux était de 48,1 %, soit un gain de 6 points de pourcentage en 10 ans. De 1979 à 1985, le taux est passé de 48,1 à 53,4 %. A partir de cette année-là, il a stagné jusqu'en 1992, avant de s'inscrire en baisse légère jusqu'en 1994.

L'année 1995 marque une reprise à la hausse du taux de scolarisation. Ce renversement de tendance est dû, en grande partie, à l'entrée en service de 1200 volontaires de l'éducation et à la campagne intense de sensibilisation et de mobilisation sociale menée en 1994 et 1995. Au cours de l'année scolaire 1995-96, 1200 enseignants volontaires ont été recrutés. Avec une moyenne de 60 élèves par maître, ce sont environ 72 000 enfants qui ont été ainsi scolarisés grâce seulement aux volontaires.

Les taux provenant des statistiques scolaires sont comparés aux résultats de cette évaluation dans le tableau XIV.6. Si les sources sont valides, d'importants progrès ont été réalisés dans les régions où la scolarisation a toujours été faible, notamment celles de Louga, Fatick, Diourbel. Ces progrès seraient en grande partie dus aux performances dans les recrutements de 1995/96.

Mais cette comparaison doit être interprétée avec des réserves. Les statistiques scolaires elles-mêmes suscitent des controverses. En effet, la population scolarisable (7-12 ans) est estimée à partir de deux sources employant un taux moyen d'accroissement annuel de 3,4 % l'une et de 4,3 % l'autre. Cette différence de presque un point de pourcentage, est importante et affecte manifestement le taux, même si les effectifs des élèves étaient relativement bien connus. Au niveau régional, les estimations des effectifs scolarisables sont encore plus incertaines, les taux d'accroissement démographique par région étant moins bien connus. La méthodologie des Objectifs Intermédiaires présente cet avantage que le numérateur et le dénominateur intervenant dans le calcul des taux de scolarisation proviennent d'une même source: la sous-estimation ou la surestimation devrait donc affecter à la fois ces derniers dans les mêmes proportions, sans pour autant affecter les taux. Il faut s'attendre à ce que les indicateurs estimés à partir des statistiques scolaires courantes et ceux estimés à partir des enquêtes auprès des ménages ne concordent pas toujours, indépendamment de la marge d'erreur inhérente à toute estimation obtenue par sondage.

Tableau XIV.6: Evolution du taux brut de scolarisation entre 1991/92 et 1995/96

	Statistiques scolaires				EOI 1996
	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96
Sénégal	55,8	54,3	55,4	54,6	60
Garçons	64,7	62,7	62,8	62,7	65
Filles	47,1	45,9	46,1	46,6	55
Dakar	93,2	90,0	89,2	88,4	94
Ziguinchor	94,2	80,5	85,2	88,4	95
Diourbel	24,6	23,8	24,3	24,1	35
Saint-Louis	52,3	53,5	54,8	55,9	52
Tambacounda	35,6	36,5	38,7	34	34
Kaolack	37,2	36,8	36,9	36,8	43
Thiès	59	58,4	57,1	56	61
Louga	34,8	34,1	34,8	34,5	33
Fatick	41,6	42,2	42,5	42,4	59
Kolda	39,8	39,8	40,1	41,1	50

5. Taux net de scolarisation

Le taux net de scolarisation est le pourcentage que représentent les élèves âgés de 7-12 ans de l'enseignement élémentaire par rapport à l'effectif de la population de 7-12 ans.

Il est de 45 % pour l'ensemble et représente les 3/4 du taux brut de scolarisation. Cet écart par rapport à ce dernier taux dénote à la fois la précocité des inscriptions (5-6 ans) et le niveau élevé de redoublement qui maintient les élèves dans l'enseignement élémentaire au-delà de 12 ans.

Les variations de ce taux selon les déterminants analysés auparavant sont similaires à celles du taux brut de scolarisation

Tableau XIV.7: Taux nets (%) de scolarisation selon la zone de résidence

Taux	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	45	48	42
Zone urbaine	65	68	62
Zone rurale	32	35	28

6. Taux brut d'inscription

Le taux brut d'inscription est le pourcentage d'enfants inscrits en première année d'école élémentaire quelque soit leur âge, par rapport à l'ensemble des enfants âgés de 7 ans. Ce taux se rapporte à l'année scolaire 1995-96. Il est de 61% pour l'ensemble, 66% pour les garçons et 57% pour les filles. Comme pour le TBS, il convient de noter la grande disparité entre le milieu urbain (81%) et le milieu rural (51%). D'une façon générale, les taux sont élevés dans les régions où la scolarisation est élevée; ils sont bas dans les régions à scolarisation faible, à l'exception des régions de Tambacounda et de Kolda. En effet, malgré leurs faibles taux de scolarisation, ces dernières ont enregistré des avancées remarquables en matière d'inscription pour l'année scolaire 1995-96, grâce aux campagnes de sensibilisation tous azimuts dont elles ont bénéficié durant ces dernières années. Ce résultat a aussi été possible grâce à la mise en place d'infrastructures ayant permis de répondre à l'ampleur de la demande ainsi suscitée.

Tableau XIV.8: Taux brut (%) d'inscription en première année de l'enseignement élémentaire selon le sexe, la zone de résidence et la région

	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	61	66	57
Urbain	81	89	74
Rural	51	55	48
Dakar	94	104	84
Ziguinchor	107	112	103
Diourbel	33	35	31
Saint-Louis	43	45	40
Tambacounda	65	59	73
Kaolack	48	54	44
Thiès	58	59	57
Louga	43	45	40
Fatick	58	64	53
Kolda	92	96	86

7. Part de l' effectif des filles scolarisées

L'objectif intermédiaire dans le secteur de l'Education comporte en fait deux volets: le TBS et la part des filles dans les effectifs scolarisés. Ce second volet de l'objectif vise à porter la part des effectifs des filles à 44% des effectifs scolaires.

Au total il a été dénombré 849 516 élèves dans l'enseignement élémentaire, dont 387 433 filles, soit 46% de l'effectif global. L'objectif de 44% de filles dans le total des enfants scolarisés est donc atteint et même dépassé.

Les filles représentent 48 % des effectifs scolaires en zone urbaine, contre 43 % en zone rurale. On note une croissance continue dans le temps de la part des filles dans les effectifs scolarisés. De 42 % en 1990/91, elle est passée à 43 % en 1994/95 et 46% en 1995/96. La bonne performance pour l'année scolaire 1995/96 est due en partie aux campagnes de sensibilisation évoquées auparavant.

Tableau XIV.9: Evolution de la proportion de l'effectif des filles dans l'effectif des enfants scolarisés

Année scolaire	Total	Garçons	Filles	% des effectifs des filles
1995/96 (EOI)	849516	462083	387433	45.6 %
1995/96 (Stat. scolaire)	875661	491248	384413	43.8 %
1994/95 (Stat. scolaire)	805437	460019	345418	42.9 %
1993/94 (Stat. scolaire)	773386	444305	329081	42.6 %
1992/93(Stat. scolaire)	738560	424540	314020	42.5 %
1991/92 (Stat. scolaire)	725496	418143	307353	43.4 %
1990/91(Stat scolaires)	708299	410924	297375	41.9 %

Recommandations

A la lumière des résultats dégagés ci-dessus, les recommandations suivantes ont pu être faites:

- ☛ Intensifier les efforts en faveur de la scolarisation universelle surtout dans le milieu rural afin d'assurer la réalisation de l'objectif des 65% en 1998 et 75% en l'an 2000. Dans ce cadre, il faudra mettre un accent particulier sur les régions de Louga, de Tambacounda et de Diourbel aussi bien en matière de stimulation de la demande que dans la mise en place d'une offre adéquate.
- ☛ Les filles constituent encore une catégorie faiblement scolarisée surtout en milieu rural. Il faudra développer des stratégies pérennes pour réduire les écarts aussi bien en matière d'accès que de maintien entre les filles et les garçons dans les écoles.
- ☛ Des études particulières doivent être menées au niveau de certaines ethnies (Hal Pulaar et Wolof) qui manifestent plus de résistance à la scolarisation ainsi qu'à celles qui sont plus ouvertes à ce phénomène (Diola). Cela permettra de mieux les prendre en compte dans les stratégies de développement des programmes de scolarisation.
- ☛ Les catégories socio-économiques les plus défavorisées sont celles qui enregistrent les plus faibles taux de scolarisation. Lutter contre la pauvreté, c'est créer les conditions d'accès et de réussite scolaire des enfants. C'est pourquoi, il faudra accorder une attention particulière aux catégories sociales pauvres à travers des mesures compensatrices (appui en matériel didactique, bourses) afin de diminuer le handicap de départ.
- ☛ Des mesures particulières devront être prises pour renforcer les performances académiques des élèves et réduire ainsi leur taux de redoublement, contribuant

ainsi à accroître le taux d'inscription. Il s'agira toujours dans ce cadre, de mettre un accent sur l'inscription des filles qui est le gage d'une meilleure représentation de celles-ci dans la population scolarisée.

8. Alphabétisation des enfants de 9-15 ans

L'objectif intermédiaire est de réduire le taux d'analphabétisme de 5 % par an dans le groupe d'âge 9-15 ans. Il n'a pu être directement évalué faute de données sur l'évolution annuelle de ce phénomène. Les taux calculés dans le tableau XIV.10 reposent sur l'hypothèse que les élèves qui fréquentent encore l'école et qui sont au-delà du CE2 (5ème année) sont alphabétisés. On considère qu'après quatre années de scolarisation un élève sait lire et écrire tout en comprenant un message simple.

Tableau XIV.10 Taux (%) d'analphabétisme parmi les enfants âgés de 9-15 ans

	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	53	47	59
Urbain	36	30	43
Rural	64	57	70
Dakar	31	29	33
Ziguinchor	40	33	48
Diourbel	61	51	73
Saint-Louis	59	55	64
Tambacounda	70	63	77
Kaolack	61	52	69
Thiès	52	47	57
Louga	73	65	81
Fatick	50	46	55
Kolda	62	53	74

L'analphabétisme est élevé dans ce groupe d'âge où il touche 53 % des enfants. Ce taux élevé dénote à la fois la faible scolarisation et la fréquence des abandons avant le CM1.

L'analphabétisme touche plus les filles (59 %) que les garçons (47 %). Il est nettement plus élevé en milieu rural où il touche 64 % des enfants qu'en milieu urbain (36 %). Les régions où l'analphabétisme est le plus élevé sont celles de Louga, Tambacounda, Kolda, Diourbel et Kaolack.

L'analphabétisme reste élevé parmi le groupe Hal Pulaar, avec 65 % des enfants de la tranche d'âge ne sachant ni lire, ni écrire. Par contre, il est bas parmi les Diola, avec 35 %.

Tableau XIV.11: Pourcentage d'enfants analphabètes selon le groupe ethnique du chef de ménage

Ethnie	Ensemble	Garçons	Filles
Wolof	52	43	60
Hal Pulaar	61	56	65
Serer	54	50	59
Diola	35	28	42
Mandingue	49	45	54
Autre	47	43	52

Recommandations:

- ☛ Améliorer les bases de données démographiques ainsi que les procédures de collecte des informations sur les actions d'éducation non-formelle en faveur de la tranche d'âge 9-15 ans.
- ☛ Renforcer les programmes éducatifs destinés aux adolescents et surtout aux adolescentes de 9-15 ans dans les milieux ruraux. Des modèles éducatifs à coût réduit, orientés vers l'acquisition d'instruments de communication (lire, écrire et calculer) permettraient d'absorber plus d'enfants.
- ☛ Un accent particulier devra être mis sur les régions qui concentrent les ethnies les plus faiblement alphabétisées. Des programmes d'accompagnement inspirés par des études sur les facteurs d'analphabétisme chez les différents ethnies pourraient augmenter l'efficacité des actions.

CHAPITRE XV

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

1. Rappel de l'objectif

L'objectif intermédiaire visé est l'adhésion des populations à la Convention relative aux Droits de l'Enfant élaborée par les Nations Unies et entrée en vigueur le 2 septembre 1990. Le Sénégal a ratifié la Convention le 31 juillet 1990. La mesure de la connaissance de la Convention sera donc un indicateur d'appréciation.

2. Connaissance de la Convention des Droits de l'Enfant

Les questions relatives à la Convention ont concerné seulement les répondants aux questionnaires de l'enquête. Dans la grande majorité des ménages, le CM est le répondant. Trois questions portant sur la connaissance, la source par laquelle l'enquêté a entendu parler de la Convention, et les droits connus ont été posées. L'analyse qui suit examine les réponses à ces trois questions pour aboutir à des recommandations.

Au Sénégal, seuls 33% des enquêtés connaissent la Convention sur les Droits de l'Enfant. Parmi ceux-ci, les hommes arrivent en tête avec 35% contre 32% pour les femmes.

Il convient de noter que la tranche d'âge des moins de 15 ans a une connaissance très faible de la Convention (18%). Celle des personnes âgées de 65 ans et plus (35%) est presque voisine de la moyenne du taux national. La tranche d'âge 45-49 ans a le meilleur niveau de connaissance de la Convention avec 39%.

3. Analyse des déterminants

3.1 Zone de résidence

Dans ce domaine, il existe une grande disparité entre la zone urbaine et la zone rurale. En effet, le taux varie du simple au double respectivement de 23% dans la zone rurale à 46% en milieu urbain.

Là encore on constate de grandes disparités entre Dakar (54%) et les autres régions du Sénégal où le taux varie entre 14 % à Kolda et 23% à Tamba.

Tableau XV.1: Pourcentage de répondants connaissant la Convention sur les Droits de l'Enfant

	Ensemble	Hommes	Femmes
Sénégal	33	35	32
Zone urbaine	46	54	41
Zone rurale	23	26	20
Dakar	54	64	48
Ziguinchor	23	27	21
Diourbel	28	28	28
Saint-Louis	28	30	27
Tambacounda	23	22	23
Kaolack	28	31	24
Thiès	29	31	27
Louga	30	33	29
Fatick	26	35	16
Kolda	14	14	14

3.2 Sexe du répondant

Le seul écart positif en faveur des femmes est observé dans la tranche d'âge des moins de 15 ans où les taux sont de 26% pour les filles contre 9% pour les garçons. Cet écart pourrait s'expliquer par le renforcement des programmes de mobilisation sociale pour la scolarisation des filles mis en place ces dernières années et qui ont sensiblement touché les filles de cette tranche d'âge. Par contre, à partir de 15 ans, on constate une connaissance de la Convention beaucoup plus importante au niveau des hommes. Il convient de souligner que dans l'ensemble, les hommes ont une meilleure connaissance de la Convention et des Droits de l'Enfant.

3.3 Source d'information

Selon l'enquête, la radio-télévision avec un taux de 83%, vient très largement en tête pour les sources d'information. Ceci est valable aussi bien selon le sexe (hommes 84%, contre 81% pour les femmes), la zone de résidence (milieu urbain 86%, milieu rural 78%) que selon les régions où les taux varient de 90% à Diourbel à 71% à Tambacounda et Saint-Louis.

La conversation entre amis constitue la seconde source d'information avec un taux de

16% seulement. Ceci se vérifie aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Ce constat reste valable dans toutes les régions du Sénégal à l'exception de Dakar où la lecture des journaux arrive en seconde position.

Par contre, les sources constituées par le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et l'UNICEF, dans le cadre des approches de proximité, ont un impact très faible de l'ordre de 4% avec une accentuation pour le milieu rural (2%).

On peut toutefois noter que les femmes sont mieux touchées que les hommes par les approches de proximité quelque soit le déterminant, à l'exception des journaux.

La faible performance remarquée pour l'UNICEF et le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille dans ce domaine peut s'expliquer à deux niveaux. D'abord on peut considérer que ces deux structures utilisent beaucoup les média et que la plupart de leurs actions étant relayées par ceux-ci, le score enregistré doit probablement en tenir compte. En second lieu, cette faible performance se justifie aussi par la priorité accordée aux activités médiatiques et par la faiblesse des actions de proximité pour la vulgarisation de la Convention.

4. Droits connus

La Convention comporte neuf principaux droits relatifs à:

- la santé;
- l'éducation et les loisirs;
- la survie et le développement;
- la protection;
- la paix;
- une famille, un nom et la nationalité;
- l'égalité;
- la liberté d'expression, d'information et d'association;
- un environnement sain.

On remarque que les droits les plus connus sont ceux relatifs à la santé (81%) et à l'éducation (67%). Par contre, on remarque une très faible connaissance des droits sur l'égalité (4%) et la paix (6%).

5. Analyse des déterminants

5.1 Zone de résidence

On retrouve des résultats similaires aux résultats nationaux en milieu urbain et rural concernant le droit à la santé (82 % et 79%). Le droit à l'éducation par contre est moins connu en milieu rural (55%) qu'en zone urbaine (74%). Les droits les moins connus sont respectivement le droit à l'égalité (5% et 1%) et le droit à la liberté d'expression (11% et 4%). Le droit à la paix est également peu connu.

On retrouve les mêmes tendances dans les 10 régions. En effet, les droits à la santé et à l'éducation sont toujours très fortement connus, contrairement aux droits à l'égalité,

à la paix, à la liberté d'expression, à un nom, à une famille et à la nationalité.

6. Evolution de la connaissance de la Convention dans la région de Dakar

En 1993 il a été réalisé une enquête visant à mesurer la connaissance de la CDE auprès de 700 personnes dans la région de Dakar. Il faut mentionner que dans cette enquête les catégories socio-professionnelles supérieures ont été visées en priorité (décideurs politiques, intellectuels, enseignants, etc.). Une faible proportion de maîtresses de maison et de chefs de famille (140) a cependant été prise en compte. Le tableau suivant compare les principaux résultats obtenus par cette enquête et l'Evaluation des Objectifs Intermédiaires.

Tableau XV.2: Pourcentage d'enquêtés connaissant la Convention selon la source et les droits connus

	Enquête 1993	EOI (1996)
A entendu parler de la CDE	79	54
Sources de la connaissance de la CDE		
Radio TV	80	88
Journaux	59	19
Droits connus		
Santé	74	83
Educations et loisirs	77	78
Survie et développement	52	41
Liberté d'expression	23	11
Egalité	22	7

On peut remarquer que malgré le biais introduit par le fait que l'enquête de 1993 se soit adressée à une population relativement bien instruite, les sources telles que la radio et la télévision ont fait des avancées notables (80 % contre 88 %), de même que les droits relatifs à la santé (74 % contre 83 %) et à l'éducation (77 % contre 78 %).

Recommandations

- Dans la perspective d'une meilleure application de la Convention, il va falloir mieux informer les populations, en particulier les jeunes de moins de 15 ans, les femmes et les chefs de ménage, les ruraux et les populations des régions telles que Kolda et Tambacounda. Les interventions futures devront être mieux ciblées

pour toucher davantage ces catégories.

- Concernant les sources d'information, les média et surtout la radio et la télévision, sont de loin les principaux canaux identifiés dans tous les milieux. Cela devrait justifier le maintien, voire le renforcement de la collaboration avec ces partenaires.
- Pour les droits connus, si pour la grande majorité ceux relatifs à la santé et à l'éducation sont bien identifiés, il reste que ceux relatifs à l'égalité, à la paix, à la liberté d'expression et à un nom, à une famille et à la nationalité le sont très faiblement. Dans les programmes futurs, l'accent devrait aussi être porté sur ces derniers droits et surtout dans les zones à problèmes eu égard aux réticences culturelles observées pour l'égalité entre les filles et les garçons.
- En définitive, le renforcement des activités de proximité en direction des décideurs, des femmes et des enfants devrait être réalisé si l'on souhaite arriver à une appropriation par les populations de la Convention relative aux Droits de l'Enfant et à son application à l'Horizon 2000.

CHAPITRE XVI

ENFANTS NE RESIDANT PAS DANS LE MENAGE AVEC LEUR MERE

1. Contexte

Ce module n'est pas contenu dans le questionnaire type proposé, mais a été introduit par le comité technique national pour analyser l'ampleur et les déterminants de la non résidence des jeunes enfants dans le même ménage que leur mère biologique. De nombreuses études ont noté que cette pratique est très courante en Afrique subsaharienne (Foot, 1982; Isiugo-Abaniche, 1985; Page, 1985). Certains chercheurs considèrent que c'est une stratégie à laquelle ont souvent recours les couples qui ne sont pas encore socialement ou économiquement prêts à la procréation. Ainsi, les filles mères et les jeunes couples renvoient volontairement leurs enfants auprès de leurs propres parents dès le sevrage. Les grands parents soulagent ainsi leurs enfants de certaines charges sociales et reçoivent en retour une assistance en espèces et / ou en nature. De même, des enfants peuvent être envoyés chez des parents plus aisés ou résidant en ville pour bénéficier d'une éducation ou aider aux travaux domestiques. Une autre forme de "*confiage*" volontaire consiste à envoyer son enfant dans les écoles coraniques où ce dernier réside au sein du ménage de son maître ou dans une sorte d'internat appelé "*daara*". Une dernière forme est liée à la crise au sein du ménage: la séparation des conjoints entraîne souvent le départ de l'épouse du domicile conjugal en y laissant les enfants. Dans ce cas, il est plus exact de parler de la "*circulation*" des mères, l'enfant restant chez son père.

La circulation des enfants est rendue possible grâce à un certain nombre de facteurs démographiques. Il y a tout d'abord la fécondité élevée: avec une moyenne de 6,0 enfants par mère en fin de procréation, les variations de la descendance sont très grandes, ce qui offre des possibilités à certains couples de fournir des enfants à d'autres. Un second facteur a trait à la durée de la période de procréation: la maternité commence à un âge précoce chez les femmes (l'âge médian à la première maternité étant de 16,6 ans selon l'EDS II); elle se poursuit tard et ne s'arrête, en l'absence de la volonté de limiter la taille de la famille, qu'à la ménopause. Ceci crée une différence d'âge très grande entre les enfants issus d'une même mère, entraînant ainsi la possibilité de confier les plus jeunes aux plus âgés.

2. Déterminants de l'absence

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, la pratique du confiage des enfants est faible: elle ne concerne que 3 enfants sur 100. On ne note aucune différence entre les filles et les garçons.

Tableau: XVI.1: Pourcentage des enfants de moins de 15 ans ne résidant pas dans le même ménage que leurs mères selon le sexe, la zone de résidence et la région

	Ensemble	Garçons	Filles
Sénégal	3,1	3,1	3,1
Zone urbaine	3,7	4,1	3,2
Zone rurale	2,8	2,5	3,0
Dakar	3,6	3,8	3,4
Ziguinchor	4,5	5,2	3,7
Diourbel	3,3	3,4	3,3
Saint-Louis	1,5	1,9	1,1
Tambacounda	1,2	1,3	1,1
Kaolack	4,1	3,1	5,1
Thiès	2,8	3,0	2,6
Louga	2,3	2,4	2,1
Fatick	3,7	3,5	3,9
Kolda	4,0	3,4	4,6

La pratique semble plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural, sans doute en raison d'une plus grande fréquence du divorce en ville. Le phénomène est aussi plus marqué dans les régions de Ziguinchor, de Kolda et de Kaolack. Elle s'observe surtout chez les Diola, les Mandingue et les Wolof.

Tableau XVI.2 Pourcentage d'enfants confiés selon le groupe d'âge et le sexe

Groupe d'age	Ensemble	Garçons	Filles
Total	100	53	47
0-2 ans	5	3	2
3-6 ans	24	11	13
7-12 ans	53	29	25
13-15 ans	18	10	8

Selon l'enquête 43% de ces enfants proviennent du milieu urbain contre 57% pour la

zone rurale. Ces pourcentages correspondent à la part respective de la population urbaine et de la population rurale. Ce résultat laisse penser que le confiage est une pratique culturelle encore assez vivace.

Environ trois quarts (73%) des enfants sont confiés à un parent. On note une prépondérance des filles aussi bien pour l'ensemble du pays qu'en milieu rural. Les enfants résidant avec leur père représentent 18%, alors que les talibés ne font que 8% de l'ensemble. Il est à remarquer que la grande majorité des talibés sont des garçons. La proportion des enfants dans des institutions de placement est statistiquement nulle, ce qui note la faiblesse d'une telle pratique dans le pays.

En considérant les occupations des enfants, l'enquête révèle que les principales concernent l'école (31%), l'enseignement coranique (24%), aides familiaux (15%), apprentis (2%), ou alors occupés dans un travail rémunéré (2%).

Tableau XVI.3 Enfants (%) ne résidant pas avec leur mère selon certaines caractéristiques et les activités menées

Zone de résidence	A l'école	Etudes coraniques	Travail rémunéré	Aide familial	Apprenti	Autres	Total
Sénégal	31	24	2	15	2	26	100
Zone urbaine	46	20	1	9	2	21	100
Zone rurale	20	26	3	20	1	30	100

On remarque une forte prépondérance des filles comme aide familiale (12% contre 3% pour les garçons) notamment en milieu rural (16% contre 4% pour les garçons).

Recommandations

- ☛ Améliorer les connaissances sur cette pratique du confiage des enfants en réalisant des études spécialisées sur la question.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Au terme de cette analyse, le Comité technique est parvenu aux recommandations générales suivantes:

1. Le Comité note un retard dans l'exécution de certains programmes critiques de la survie et du développement de l'enfant; c'est le cas des programmes de la vitamine A, de l'iodation du sel, de la nutrition et de l'enfance en situation particulièrement difficile. Aussi recommande-t-il fortement la relance et l'intensification de ces programmes.
2. De nombreuses lacunes ont fait jour dans l'explication de certains phénomènes tout au long de cette analyse. Le Comité technique recommande la réalisation de recherches opérationnelles pour identifier les contraintes et les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre des programmes de survie et de développement de l'enfant dans les domaines où cela s'avère nécessaire.
3. Le comité suggère de profiter des opérations de collecte de données à venir, notamment le recensement de la population de 1998, pour intégrer des questions sur la scolarisation, l'alphabétisation, la vaccination et la mortalité infantile pour disposer ainsi d'informations désagrégées à des niveaux géographiques plus fins.
4. En 1999 devra se tenir l'Enquête Démographique et de Santé IV (EDS IV), alors que l'évaluation des objectifs du Sommet aura lieu en l'an 2000. Le Comité recommande que l'EDS IV soit reportée en l'an 2000 et qu'elle serve d'évaluation aux Objectifs du Sommet.
5. Le comité recommande la réalisation d'une enquête spécifique sur l'alphabétisation, pour éviter la prolifération des sources d'informations incohérentes sur un phénomène aussi important mais dont l'ampleur et les conséquences sociales et économiques sont encore mal connues.
6. Le Comité recommande que les actions immédiates suivantes soient entreprises:
 - la diffusion générale des résultats de l'évaluation pour le niveau national, sectoriel (ministériel) et régional au cours d'un séminaire national;
 - la formulation d'un plan d'actions recentré sur les résultats des objectifs de l'an 2000 et des écarts par rapport à la situation actuelle;
 - la reconduction du Comité de Suivi pour les objectifs de l'an 2000 selon un schéma léger et pratique.

ANNEXE A

REPUBLIQUE DU SENEGAL

UNICEF

ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES (MICS)

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

MODULE 01- IDENTIFICATION

011- RÉGION	012-DÉPARTEMENT	013-DISTRICT	014-MÉNAGE

Milieu de résidence: 1 - Urbain (Commune) 2 - Rural (Non-commune)

Nom de la ville/village Quartier Nom du Chef de concession Nom du Chef de ménage

MODULE 02- RÉSULTATS DE L'INTERVIEW

021- DATE ENQUÊTE	022- RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE	023- AGENT ENQUÊTEUR	024- SUPERVISEUR	025- AGENT DE SAISIE
Jour	1 - Rempli 2 - Part. rempli 3 - Absent 4 - Vide 5 - Refus 6 - Autre			
Mois				

MODULE 03 - EFFECTIFS

031- Combien de personnes au total vivent habituellement dans le ménage?

Remplir cette cartouche à partir de la colonne 046 module 04

032- FEMMES / ENFANT-MÈRE	033- ENFANTS 0-23 MOIS	034- ENFANTS 12-23 MOIS	035- ENFANTS 0-59 MOIS	036- ENFANTS 5-15 ANS

CONFIDENTIEL

MODULE 04 - CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DE MÉNAGE

041- N° D'ORDRE	Prénoms et Nom	042 - SEXE	043 - LIEN DE PARENTÉ	044 - DATE DE NAISSANCE	045 - AGE	046 - ÉLIGIBILITÉ
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible
		1 - Mas 2 - Fem	0 - CM 1 - Conjoint 2 - Fils, fille 3 - Petit fils/fille 4 - Neveu, nièce 5 - Pas de femme 6 - Autre Parent 7 - Non Parent	JOUR MOIS ANNEE	 1 = Année 2 = Mois	1 - Femmes 15 ans ou + Module 11, 12,13,14 2 - Enfant Mère < 15 ans Module 11, 12,13,14 3 - E 0-11 mois Module 15,16,18,19,20 4 - E 12-23 mois Module 15 à 19, 20 5 - E 24 -59 mois Module 18,19,20 6 - E 5-15 ans Module 09 7 - Non éligible

MODULE 05 - CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

QUESTIONS	REPONSES																														
051 - Numéro d'ordre du répondant selon la colonne 041 du module 04																															
052 - Avez-vous entendu parler de la Convention des Droits de l'Enfant ?	1 - Oui 2 - Non (<i>Passer à 055</i>)																														
053 - Par quelle source avez-vous été informé sur cette convention (<i>Ne suggérez pas de réponses à l'enquête</i>)	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A - Radio ou télévision</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>B - Lecture de journaux</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>C - Conversations entre amis</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>D - Ministère Femme, l'Enfant, Famille</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>E - U N I C E F</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>F - Autre</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	A - Radio ou télévision	1	2	B - Lecture de journaux	1	2	C - Conversations entre amis	1	2	D - Ministère Femme, l'Enfant, Famille	1	2	E - U N I C E F	1	2	F - Autre	1	2									
	OUI	NON																													
A - Radio ou télévision	1	2																													
B - Lecture de journaux	1	2																													
C - Conversations entre amis	1	2																													
D - Ministère Femme, l'Enfant, Famille	1	2																													
E - U N I C E F	1	2																													
F - Autre	1	2																													
054 - Pouvez-vous me citer quelques droits de l'enfant figurant dans cette convention ? (<i>Ne suggérez pas des réponses à l'enquête</i>)	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A- Santé.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>B- Education et loisirs</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>C- Survie et développement</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>D- Protection</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>E- Paix</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>F- Famille, nom et nationalité...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>G- Egalité</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>H- Environnement sain</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>I- Liberté d'expression, d'association.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	A- Santé.....	1	2	B- Education et loisirs	1	2	C- Survie et développement	1	2	D- Protection	1	2	E- Paix	1	2	F- Famille, nom et nationalité...	1	2	G- Egalité	1	2	H- Environnement sain	1	2	I- Liberté d'expression, d'association.....	1	2
	OUI	NON																													
A- Santé.....	1	2																													
B- Education et loisirs	1	2																													
C- Survie et développement	1	2																													
D- Protection	1	2																													
E- Paix	1	2																													
F- Famille, nom et nationalité...	1	2																													
G- Egalité	1	2																													
H- Environnement sain	1	2																													
I- Liberté d'expression, d'association.....	1	2																													
055 - Niveau d'instruction du CM	0 - Sans instruction 1 - Primaire 2 - Moyen 3 - Secondaire + 4 - NSP																														
056 - Profession du CM	0 - Sans occupation 1 - Salarié Cadre supérieur 2 - Salarié Cadre moyen 3 - Salarié subalterne 4 - Bonne, employé(e) de maison 5 - Artisan 6 - Commerçant/vendeur 7 - Cultivateur/agriculteur 8 - Eleveur 9 - Pêcheur 10 - Autre																														
057 - Nombre de pièces d'habitation occupées par le ménage																															
058 - Le ménage possède-t-il ?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A - Un téléphone</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>B - Un frigidaire, congélateur</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>C - Un téléviseur</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>D - Une radio</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>E - Une charrette</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>F - Une charrue</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	A - Un téléphone	1	2	B - Un frigidaire, congélateur	1	2	C - Un téléviseur	1	2	D - Une radio	1	2	E - Une charrette	1	2	F - Une charrue	1	2									
	OUI	NON																													
A - Un téléphone	1	2																													
B - Un frigidaire, congélateur	1	2																													
C - Un téléviseur	1	2																													
D - Une radio	1	2																													
E - Une charrette	1	2																													
F - Une charrue	1	2																													

MODULE 06 - EAU POTABLE

QUESTIONS	REPONSES
061- Quel est le mode d'approvisionnement en eau de boisson du ménage ?	1 - Robinet 2 - Forage 3 - Puits protégé 4 - Puits non protégé 5 - Camion citerne 6 - Rivière, étang, mare, fleuve 7 - Eau de pluie stockée dans récipient 8 - Autres
062 - Quelle distance faut-il parcourir pour aller jusqu'au lieu où se trouve cette eau ?	1 - Dans le logement (<i>Passer à 064</i>) 2 - A moins de 100 mètres 3 - Entre 100 et 500 mètres 4 - A plus de 500 mètres
063 - Combien de temps vous prend-il pour vous rendre à cette source, puiser l'eau et revenir à domicile ?	 en minutes (<i>coder 999 pour NSP</i>)
064 - Où conservez-vous cette eau de boisson ?	1 - Frigidaire, congélateur (<i>Passer au module suivant</i>) 2 - Canari traditionnel 3 - Canari à robinet 4 - Fût en plastique 5 - Fût en métal 6 - Bassine, seau 7 - Chambre à air 8 - Autre
065 - Avec quelle périodicité lavez-vous ces récipients ?	Nombre de fois  par unité  <i>1 = jour</i> <i>2 = semaine</i> <i>3 = mois</i> <i>0 = jamais</i> <i>9 = NSP</i>

MODULE 07 - SEL IODÉ

QUESTIONS	REPONSES
071- Nous aimerions savoir si le sel que vous utilisez pour la cuisine est iodé. Pourriez-vous me donner une petite cuillerée de votre sel de cuisine? <i>Enquêteur: demander un peu de sel de cuisine utilisé par le ménage et tester la présence d'iode dans ce sel. Si la couleur change, le test est positif, encrer le code 1. Si la couleur ne change pas, le test est négatif, encrer le code 2.</i>	1 - Test positif (sel iodé) 2 - Test négatif (sel non iodé) 3 - Pas de sel à la maison 4 - Test non effectué

08 - MODULE DE L'ASSAINISSEMENT

QUESTIONS	REPONSES
081 - Quel type de toilette utilisez-vous dans le ménage ?	1 - Chasse raccordée à l'égout 2 - Chasse avec fosse 3 - Latrines à fosse ventilée 4 - Edicule public 5 - Latrines sèches traditionnelles 6 - Pots de chambre (<i>Passer à 083</i>) 7 - Dans la nature (<i>Passer à 083</i>) 8 - Autre
082 - Où se trouvent ces toilettes ?	1 - Dans le logement 2 - A moins de 100 mètres 3 - A plus de 100 mètres
083 - Comment les eaux ménagères sont-elles évacuées ?	1 - Réseau d'égout 2 - Puisard 3 - Grille ou bouche avaloir 4 - Trou creusé 5 - Caniveau fermé 6 - Canal ou caniveau à ciel ouvert 7 - Dans la mer, le fleuve ou la rivière 8 - Dans la nature ou la rue 9 - Autre
084 - Dans la maison, où conservez-vous vos ordures?	1 - Poubelle (réceptif) avec couvercle 2 - Poubelle (réceptif) sans couvercle 3 - Sacs ou sachets 4 - Autre
085 - Comment vous débarrassez-vous de ces ordures?	1 - Ramassage public ou privé 2 - Enfouissement 3 - Incinération 4 - Dépôt autorisé 5 - Dépôt sauvage 6 - Autre

MODULE 09 - SCOLARISATION

(A remplir pour tous les enfants de 5-15 ans)

090 - Numéro d'ordre				
	Nom-----	Nom-----	Nom-----	Nom-----
091 - (Nom) a-t-il jamais fréquenté l'école?	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)
092 - Fréquente-t-il l'école actuellement?	1 - OUI 2 - NON (Passer à 094) 3 - NSP (Passer à 094)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 094) 3 - NSP (Passer à 094)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 094) 3 - NSP (Passer à 094)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 094) 3 - NSP (Passer à 094)
093 - Quelle classe fréquente-t-il actuellement?	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +
094 - (Nom) a-t-il fréquenté l'école l'année dernière?	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)	1 - OUI 2 - NON ((Passer à 096)) 3 - NSP ((Passer à 096))	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)	1 - OUI 2 - NON (Passer à 096) 3 - NSP (Passer à 096)
095 - Quelle classe fréquentait-il l'année dernière?	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +	1 - Maternel 2 - CI 3 - CP 4 - CE1 5 - CE2 6 - CM1 7 - CM2 8 - Moyen 6ème 9 - Moyen 5ème 10 - Moyen 4ème 11 - Moyen 3ème ou +
ARRETEZ ICI POUR LES ENFANTS QUI SUIVENT ACTUELLEMENT L'ECOLE FORMELLE				
096 - Quelle activité a (Nom)	1 - Apprenti 2 - Aide familial 3 - Ecole coranique 4 - Travail rémunéré 5 - Cours d'alphabétisation 6 - Pas d'activité 7 - Autre	1 - Apprenti 2 - Aide familial 3 - Ecole coranique 4 - Travail rémunéré 5 - Cours d'alphabétisation 6 - Pas d'activité 7 - Autre	1 - Apprenti 2 - Aide familial 3 - Ecole coranique 4 - Travail rémunéré 5 - Cours d'alphabétisation 6 - Pas d'activité 7 - Autre	1 - Apprenti 2 - Aide familial 3 - Ecole coranique 4 - Travail rémunéré 5 - Cours d'alphabétisation 6 - Pas d'activité 7 - Autre
097 - Est-ce que (Nom) peut lire et écrire dans une langue?	OUI NON A - Français 1 2 B - Arabe 1 2 C - L langues nationales 1 2 D - Dans une autre langue 1 2	OUI NON A - Français 1 2 B - Arabe 1 2 C - L langues nationales 1 2 D - Dans une autre langue 1 2	OUI NON A - Français 1 2 B - Arabe 1 2 C - L langues nationales 1 2 D - Dans une autre langue 1 2	OUI NON A - Français 1 2 B - Arabe 1 2 C - L langues nationales 1 2 D - Dans une autre langue 1 2

ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES (MICS)

QUESTIONNAIRE FEMME

MODULE 01 - IDENTIFICATION

011- RÉGION	012-DÉPARTEMENT	013-DISTRICT	014-MÉNAGE

Prénoms et Nom de la femme ou l'enfant mère

100-Numéro de la femme ou l'enfant mère sur le questionnaire ménage

101-Résultat de l'interview de la femme

- 1 - Entièrement rempli
- 2 - Partiellement rempli
- 3 - Absente
- 4 - Refus
- 5 - Pas de femme *(Ne remplissez pas les modules 11, 12, 13, et 14)*
- 6 - Autre

CONFIDENTIEL

MODULE 11 - CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES
(A remplir pour toute femme, enfant-mère)

QUESTIONS	REPONSES															
111 - Quelle est votre ethnie ?	1 - Ouolof 2 - Hal pular 3 - Serer 4 - Diola 5 - Mandingue, Socé 6 - Soninké, Sarakholé 7 - Autre ethnie sénégalaise 8 - Non Sénégalais															
112 - Etes-vous actuellement mariée ?	1 - Oui (<i>Passer à 115</i>) 2 - Non															
113 - Avez-vous jamais été mariée ?	1 - Oui 2 - Non (<i>Passer à 116</i>)															
114 - Quelle est la cause de la rupture de l'union avec votre dernier mari ?	1 - Divorce ou séparation (<i>Passer à 116</i>) 2 - Veuvage (<i>Passer à 116</i>)															
115 - Quel est votre rang dans ce mariage ?	<i>Coder 0 pour une</i> <i>femme en mariage monogamique</i>															
116 - Quel est votre plus haut niveau d'instruction ?	0 - Sans instruction 1 - Primaire 2 - Moyen 3 - Secondaire +															
117 - Pouvez vous lire et écrire un texte simple?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>Oui</th><th>Non</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A - En Français</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>B - En Arabe</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>C - En langues nationales</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>D - Autres langues</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	A - En Français	1	2	B - En Arabe	1	2	C - En langues nationales	1	2	D - Autres langues	1	2
	Oui	Non														
A - En Français	1	2														
B - En Arabe	1	2														
C - En langues nationales	1	2														
D - Autres langues	1	2														
118 - Vos enfants de moins de cinq ans sont-ils aidés à aller aux toilettes ?	1 - Oui 2 - Non 3 - Pas d'enfant (<i>Passer au module suivant</i>)															
119 - Nettoyez-vous (ou quelqu'un d'autre) vos enfants après qu'ils sont allés aux toilettes ?	1 - Oui, on les lave avec du savon 2 - Oui, on les lave sans savon 3 - Oui, on les nettoie avec un chiffon 4 - Autre															
1110 - Nettoyez-vous vos mains (ou ceux qui les aident) après avoir aidé vos enfants à aller aux toilettes ?	1 - Oui, on les lave avec du savon 2 - Oui, on les lave sans savon 3 - Oui, on les nettoie avec un chiffon 4 - Autre															

MODULE 12 - TETANOS TOXOID
(A remplir pour toute femme et enfant-mère)

120 - Avez-vous eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois?	1 - Oui 2 - Non ----- > (Passer au module suivant) 3 - Pas de réponse (Passer au module suivant)
121 - Avez-vous un carnet de vaccination ?	1 - Oui vu 2 - Oui non vu 3 - Non
122 - Quand vous étiez enceinte de votre dernier enfant, avez vous reçu un vaccin anti-tétanique? (une injection en haut du bras)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 124) 3 - NSP (Passer à 124)
123 - Combien de fois avez-vous reçu ce vaccin anti-tétanique au cours de la grossesse de votre dernier enfant?	
Si la mère déclare 2 injections du vaccin anti-tétanique au cours de la dernière grossesse, ARRETEZ ici. Si elle a reçu moins de 2 injections CONTINUEZ et poser les questions suivantes	
124 - Avez-vous reçu du vaccin anti-tétanique n'importe quand avant votre dernière grossesse, au cours de la grossesse précédente ou entre les grossesses ?	1 - Oui 2 - Non (Passer au module suivant) 3 - NSP (Passer au module suivant)
125 - Si oui, combien de fois avez-vous pris ces vaccinations	
126 - Quand avez- vous reçu la dernière dose de ces vaccinations ? (Notez le mois et l'année ou le nombre d'années écoulées)	MOIS ANNEE OU Nombre d'années écoulées (Coder 99 si NSP)

MODULE 13 - ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS NE RÉSIDANT PAS DANS LE MÉNAGE
(A remplir pour toute femme, enfant-mère)

130 - Avez-vous des enfants de moins de 15 ans vivant hors du ménage?	1 - OUI 2 - NON (Passer au module suivant)			
131 - Numéro d'ordre et nom de l'enfant				
132 - (Nom) a quel âge				
133 - Quel est le sexe de (Nom) ?	1- Masculin 2- Féminin	1- Masculin 2- Féminin	1- Masculin 2- Féminin	1- Masculin 2- Féminin
134 - Où vit actuellement (Nom)?	1- Institution de placement 2- Talibé dans un daara 3- Avec son père 4- Confié à un parent/ami 5- Dans la nature 6- Autre 7- NSP	1- Institution de placement 2- Talibé dans un daara 3- Avec son père 4- Confié à un parent/ami 5- Dans la nature 6- Autre 7- NSP	1- Institution de placement 2- Talibé dans un daara 3- Avec son père 4- Confié à un parent/ami 5- Dans la nature 6- Autre 7- NSP	1- Institution de placement 2- Talibé dans un daara 3- Avec son père 4- Confié à un parent/ami 5- Dans la nature 6- Autre 7- NSP
135 - Que fait-il là-bas?	1- Ecole 2- Etudes coraniques 3- Travail rémunéré 4- Aide familial 5- Apprenti 6- Autre 7- NSP	1- Ecole 2- Etudes coraniques 3- Travail rémunéré 4- Aide familial 5- Apprenti 6- Autre 7- NSP	1- Ecole 2- Etudes coraniques 3- Travail rémunéré 4- Aide familial 5- Apprenti 6- Autre 7- NSP	1- Ecole 2- Etudes coraniques 3- Travail rémunéré 4- Aide familial 5- Apprenti 6- Autre 7- NSP
136 - Combien de fois un membre du ménage a vu (Nom), au cours des 12 derniers mois?	Nombre de fois Par unité 0 = Jamais 1 = Année 2 = Mois 3 = Semaine 9 = NSP	Nombre de fois Par unité 0 = Jamais 1 = Année 2 = Mois 3 = Semaine 9 = NSP	Nombre de fois Par unité 0 = Jamais 1 = Année 2 = Mois 3 = Semaine 9 = NSP	Nombre de fois Par unité 0 = Jamais 1 = Année 2 = Mois 3 = Semaine 9 = NSP

MODULE 14 - MORTALITÉ INFANTILE (DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS)
(A remplir pour toute femme et enfant-mère)
Pour chacun des enfants nés vivants au cours des cinq dernières années et décédé remplir le tableau ci-dessous.

140 - Avez-vous eu un enfant né au cours des cinq dernières années et décédé?	1 - Oui 2 - Non (----- > Si non, passer au module suivant)		
141 - Prénoms et nom des enfants nés vivants dans les 5 dernières années et qui sont décédés			
142 - Sexe	1 - Masculin 2 - Féminin	1 - Masculin 2 - Féminin	1 - Masculin 2 - Féminin
143 - Date de naissance (Si la date de naissance n'est pas connue passer à la question suivante et demander la date de décès)	MOIS ANNEE	MOIS ANNEE	MOIS ANNEE
144 - Date de décès (Si la date de décès n'est pas connue passer à la question suivante et demander l'âge de l'enfant au décès en mois)	MOIS ANNEE	MOIS ANNEE	MOIS ANNEE
145 - A quel âge en mois (Nom) est décédé?	en mois	en mois	en mois

MODULE 15 - L'ALLAITEMENT MATERNEL
(A remplir pour tous les enfants de moins de deux ans (0 - 23 mois)

151 - Numéro d'ordre et nom de l'enfant sur le questionnaire ménage			
152 - (Nom) a-t-il jamais été nourri au sein ?	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)
153 - (Nom) est-il encore nourri au sein ?	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 156)
154 - Depuis hier, à cette heure ci, (Nom) a-t-il reçu des aliments, y compris l'eau?	1 - OUI 2 - NON -----> Enfant suivant	1 - OUI 2 - NON -----> Enfant suivant	1 - OUI 2 - NON -----> Enfant suivant
155 - Depuis hier, (Nom) a-t-il reçu un des aliments suivants?	OUI NON A - Eau simple 1 2 B - Vitamine, médicament 1 2 C - Eau sucrée, jus 1 2 D - Infusion 1 2 E - SRO 1 2 F - Autre lait 1 2 G - Bouillie 1 2 H - Safara 1 2 I - Autre liquide 1 2 J - Fruit 1 2 K - Aliment solide 1 2	OUI NON A - Eau simple 1 2 B - Vitamine, médicament 1 2 C - Eau sucrée, jus 1 2 D - Infusion 1 2 E - SRO 1 2 F - Autre lait 1 2 G - Bouillie 1 2 H - Safara 1 2 I - Autre liquide 1 2 J - Fruit 1 2 K - Aliment solide 1 2	OUI NON A - Eau simple 1 2 B - Vitamine, médicament 1 2 C - Eau sucrée, jus 1 2 D - Infusion 1 2 E - SRO 1 2 F - Autre lait 1 2 G - Bouillie 1 2 H - Safara 1 2 I - Autre liquide 1 2 J - Fruit 1 2 K - Aliment solide 1 2
156 - (Nom) est-il nourri au biberon ?	1 - Oui 2 - Non	1 - Oui 2 - Non	1 - Oui 2 - Non

MODULE 16 - VITAMINE A
(A remplir pour tous les enfants de moins de deux ans (0 - 23 mois)

161 - Numéro d'ordre et Nom sur le questionnaire ménage																																																																																																						
162 - (Nom) a-t-il déjà reçu des capsules de vitamine A ? (Enquêteur, montrer une capsule)	1 - Oui 2 - Non (Passer à à 164) 3 - NSP (Passer à à 164)	1 - Oui 2 - Non (Passer à à 164) 3 - NSP (Passer à à 164)	1 - Oui 2 - Non (Passer à à 164) 3 - NSP (Passer à à 164)																																																																																																			
163 - Il y a combien de mois depuis qu'il a reçu une capsule pour la dernière fois ?	<i>Nombre de mois</i> Coder 99 si NSP	<i>Nombre de mois</i> Coder 99 si NSP	<i>Nombre de mois</i> Coder 99 si NSP																																																																																																			
164 - Avez-vous déjà entendu des messages faisant la promotion de certains aliments contenant la vitamine A pour éviter la mauvaise vue et la cécité ?	1 - Oui 2 - Non (Passer à 166)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 166)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 166)																																																																																																			
165 - Citer quelques uns de ces aliments (Ne suggérez pas de réponse à l'enquête)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Goyaves</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Goyaves	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Mangues	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Mangues	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Goyaves	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Mangues	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Mangues	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				
166 - Au cours des 7 derniers jours, (Nom) a-t-il mangé un des aliments suivants ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Mangues	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Mangues	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>7 - Oeuf</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 - Feuilles vertes	1	2	2 - Carottes	1	2	3 - Mangues	1	2	4 - Papaye	1	2	5 - Melons, pastèques	1	2	6 - Lait maternel	1	2	7 - Oeuf	1	2	8 - Viande	1	2	9 - Poisson	1	2	10 - Huile de palme	1	2
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Mangues	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Mangues	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				
	OUI	NON																																																																																																				
1 - Feuilles vertes	1	2																																																																																																				
2 - Carottes	1	2																																																																																																				
3 - Mangues	1	2																																																																																																				
4 - Papaye	1	2																																																																																																				
5 - Melons, pastèques	1	2																																																																																																				
6 - Lait maternel	1	2																																																																																																				
7 - Oeuf	1	2																																																																																																				
8 - Viande	1	2																																																																																																				
9 - Poisson	1	2																																																																																																				
10 - Huile de palme	1	2																																																																																																				

MODULE 17 - VACCINATION

(A remplir pour chaque enfant de 12-23 mois)

171 - Numéro et nom des enfants sur le questionnaire ménage																																																																																																		
172 - (Nom) a-t-il un carnet de vaccination	1 - Oui vu 2 - Oui non vu (Passer à 176) 3 - Non (Passer à 176)	1 - Oui vu 2 - Oui non vu (Passer à 176) 3 - Non (Passer à 176)																																																																																																
173 - Indiquer la date (JOUR/MOIS ET ANNEE) à laquelle chacun de ces vaccinés a été pris. Coder 99 99 99 si le vaccin n'est pas pris <u>(le VPO se fait dans les régions de Dakar, Thiès, Fatick, Kaolack, Diourbel et Louga seulement.</u> <u>Le DTCP se fait dans les régions de St-Louis, Kolda, Ziguinchor et Tamba seulement).</u> DTCP1 + VPO 1 ou DTCP 1 DTCP2 + VPO 2 ou DTCP 2 DTCP3 + VPO 3 ou DTCP 3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jour</th> <th>Mois</th> <th>Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fièvre Jaune</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Jour	Mois	Année	BCG				DTCP1				VPO1				DTCP 1				DTCP2				VPO2				DTCP2				DTCP3				VPO3				ROUG				Fièvre Jaune				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jour</th> <th>Mois</th> <th>Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCP3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fièvre Jaune</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Jour	Mois	Année	BCG				DTCP1				VPO1				DTCP 1				DTCP2				VPO2				DTCP2				DTCP3				VPO3				ROUG				Fièvre Jaune			
	Jour	Mois	Année																																																																																															
BCG																																																																																																		
DTCP1																																																																																																		
VPO1																																																																																																		
DTCP 1																																																																																																		
DTCP2																																																																																																		
VPO2																																																																																																		
DTCP2																																																																																																		
DTCP3																																																																																																		
VPO3																																																																																																		
ROUG																																																																																																		
Fièvre Jaune																																																																																																		
	Jour	Mois	Année																																																																																															
BCG																																																																																																		
DTCP1																																																																																																		
VPO1																																																																																																		
DTCP 1																																																																																																		
DTCP2																																																																																																		
VPO2																																																																																																		
DTCP2																																																																																																		
DTCP3																																																																																																		
VPO3																																																																																																		
ROUG																																																																																																		
Fièvre Jaune																																																																																																		
174 - Pour le BCG y a-t-il une cicatrice visible? (Vérifier sur l'épaule gauche et droite la cicatrice du BCG)?	1 - OUI 2 - NON	1 - OUI 2 - NON																																																																																																
175 - Dans quelle structure a-t-il reçu le vaccin? 1 - Hôpital public 2 - Centre de Santé public 3 - Poste de Santé public 4 - Structure sanitaire privée 5 - Equipe mobile 6 - Autre 9= NSP	<table style="width: 100%;"> <tr><td>☐</td><td>BCG</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ou DTCP1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ou DTCP 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 3</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 3</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ROUG</td></tr> <tr><td>☐</td><td>FEVJ</td></tr> </table>	☐	BCG	☐	DTCP 1	☐	VPO 1	☐	ou DTCP1	☐	DTCP 2	☐	VPO 2	☐	ou DTCP 2	☐	DTCP 3	☐	VPO 3	☐	ROUG	☐	FEVJ	<table style="width: 100%;"> <tr><td>☐</td><td>BCG</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ou DTCP1</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ou DTCP 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DTCP 3</td></tr> <tr><td>☐</td><td>VPO 3</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ROUG</td></tr> <tr><td>☐</td><td>FEVJ</td></tr> </table>	☐	BCG	☐	DTCP 1	☐	VPO 1	☐	ou DTCP1	☐	DTCP 2	☐	VPO 2	☐	ou DTCP 2	☐	DTCP 3	☐	VPO 3	☐	ROUG	☐	FEVJ																																																				
☐	BCG																																																																																																	
☐	DTCP 1																																																																																																	
☐	VPO 1																																																																																																	
☐	ou DTCP1																																																																																																	
☐	DTCP 2																																																																																																	
☐	VPO 2																																																																																																	
☐	ou DTCP 2																																																																																																	
☐	DTCP 3																																																																																																	
☐	VPO 3																																																																																																	
☐	ROUG																																																																																																	
☐	FEVJ																																																																																																	
☐	BCG																																																																																																	
☐	DTCP 1																																																																																																	
☐	VPO 1																																																																																																	
☐	ou DTCP1																																																																																																	
☐	DTCP 2																																																																																																	
☐	VPO 2																																																																																																	
☐	ou DTCP 2																																																																																																	
☐	DTCP 3																																																																																																	
☐	VPO 3																																																																																																	
☐	ROUG																																																																																																	
☐	FEVJ																																																																																																	
Questions supplémentaires à poser quand la carte de vaccination n'est pas disponible																																																																																																		

176 - A (nom) reçu une vaccination du BCG contre la tuberculose qui cause une cicatrice sur l'épaule gauche pendant une séance de vaccination? (Vérifier s'il y a une cicatrice sur l'épaule gauche ou droite)	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	CICATRICE 1 - OUI 2 - NON	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	CICATRICE 1 - OUI 2 - NON
177 - A (nom) reçu une vaccination dans la cuisse ou la fesse contre le tétanos, la coqueluche ou la diphtérie, pendant une séance de vaccination? Si oui, combien de fois?	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	Nombre de fois 	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	Nombre de fois
178 - A (nom) reçu des gouttes dans la bouche contre la polio, pendant une séance de vaccination? Si oui, combien de fois?	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	Nombre de fois 	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	Nombre de fois
179 - A (nom) reçu une vaccination sur le bras à 9 mois ou plus contre la rougeole, pendant une séance de vaccination?	1 - OUI 2 - NON 3 - NSP		1 - OUI 2 - NON 3 - NSP	
1710 - Dans quelle structure a-t-il reçu le vaccin? 1 - Hôpital public 2 - Centre de Santé public 3 - Poste de Santé public 4 - Structure sanitaire privée 5 - Equipe mobile 6 - Autre 9 - NSP	☐ BCG ☐ DTC 1 ☐ VPO 1 ☐ ou DTCP1 ☐ DTC 2 ☐ VPO 2 ☐ ou DTCP 2 ☐ DTC 3 ☐ VPO 3 ☐ ROUG ☐ FEVJ	☐ BCG ☐ DTC 1 ☐ VPO 1 ☐ ou DTCP1 ☐ DTC 2 ☐ VPO 2 ☐ ou DTCP 2 ☐ DTC 3 ☐ VPO 3 ☐ ROUG ☐ FEVJ		

MODULE 18 - DIARRHÉE
(A remplir pour chaque enfant de 0-59 mois)

181 - Numéro d'ordre et Nom de l'enfant sur la questionnaire ménage	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>																																																																																										
182 - (Nom) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux semaines passées	1 - Oui 2 - Non (Passer à l'enfant suivant) 3 - NSP (Passer à l'enfant suivant)	1 - Oui 2 - Non (Passer à l'enfant suivant) 3 - NSP (Passer à l'enfant suivant)	1 - Oui 2 - Non (Passer à l'enfant suivant) 3 - NSP (Passer à l'enfant suivant)																																																																																										
183 - Au cours de sa diarrhée, (nom) a-t-il bu un des liquides suivants?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> </tr> <tr> <td>A - Lait maternel</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>B - Bouillie de céréales</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>C - Jus de pain de singe</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>D - Solution salée sucrée</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>F - Lait caillée, yaourt</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>G - SRO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>H - Eau simple</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>I - Autre</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	A - Lait maternel	1	2	B - Bouillie de céréales	1	2	C - Jus de pain de singe	1	2	D - Solution salée sucrée	1	2	E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2	F - Lait caillée, yaourt	1	2	G - SRO	1	2	H - Eau simple	1	2	I - Autre	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> </tr> <tr> <td>A - Lait maternel</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>B - Bouillie de céréales</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>C - Jus de pain de singe</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>D - Solution salée sucrée</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>F - Lait caillée, yaourt</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>G - SRO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>H - Eau simple</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>I - Autre</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	A - Lait maternel	1	2	B - Bouillie de céréales	1	2	C - Jus de pain de singe	1	2	D - Solution salée sucrée	1	2	E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2	F - Lait caillée, yaourt	1	2	G - SRO	1	2	H - Eau simple	1	2	I - Autre	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> </tr> <tr> <td>A - Lait maternel</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>B - Bouillie de céréales</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>C - Jus de pain de singe</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>D - Solution salée sucrée</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>F - Lait caillée, yaourt</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>G - SRO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>H - Eau simple</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>I - Autre</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	A - Lait maternel	1	2	B - Bouillie de céréales	1	2	C - Jus de pain de singe	1	2	D - Solution salée sucrée	1	2	E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2	F - Lait caillée, yaourt	1	2	G - SRO	1	2	H - Eau simple	1	2	I - Autre	1	2
	OUI	NON																																																																																											
A - Lait maternel	1	2																																																																																											
B - Bouillie de céréales	1	2																																																																																											
C - Jus de pain de singe	1	2																																																																																											
D - Solution salée sucrée	1	2																																																																																											
E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2																																																																																											
F - Lait caillée, yaourt	1	2																																																																																											
G - SRO	1	2																																																																																											
H - Eau simple	1	2																																																																																											
I - Autre	1	2																																																																																											
	OUI	NON																																																																																											
A - Lait maternel	1	2																																																																																											
B - Bouillie de céréales	1	2																																																																																											
C - Jus de pain de singe	1	2																																																																																											
D - Solution salée sucrée	1	2																																																																																											
E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2																																																																																											
F - Lait caillée, yaourt	1	2																																																																																											
G - SRO	1	2																																																																																											
H - Eau simple	1	2																																																																																											
I - Autre	1	2																																																																																											
	OUI	NON																																																																																											
A - Lait maternel	1	2																																																																																											
B - Bouillie de céréales	1	2																																																																																											
C - Jus de pain de singe	1	2																																																																																											
D - Solution salée sucrée	1	2																																																																																											
E - Tisane, décoction des feuilles de goyave, nep nep, mbal	1	2																																																																																											
F - Lait caillée, yaourt	1	2																																																																																											
G - SRO	1	2																																																																																											
H - Eau simple	1	2																																																																																											
I - Autre	1	2																																																																																											
184 - Au cours de la diarrhée, (nom) a-t-il bu moins ou la même quantité ou plus que d'habitude	1 - N'a rien bu 2 - A bu moins 3 - A bu autant 4 - A bu plus	1 - N'a rien bu 2 - A bu moins 3 - A bu autant 4 - A bu plus	1 - N'a rien bu 2 - A bu moins 3 - A bu autant 4 - A bu plus																																																																																										
185 - Au cours de la diarrhée, (nom) a-t-il mangé moins ou la même quantité ou plus que d'habitude	1 - N'a rien mangé 2 - Mangé moins 3 - Mangé autant 4 - Mangé plus	1 - N'a rien mangé 2 - Mangé moins 3 - Mangé autant 4 - Mangé plus	1 - N'a rien mangé 2 - Mangé moins 3 - Mangé autant 4 - Mangé plus																																																																																										

MODULE 19 - PALUDISME
(A remplir pour chaque enfant de 0-59 mois)

191 - Nom de l'enfant et Numéro d'ordre de l'enfant sur le questionnaire ménage	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
192 - (Nom) a-t-il eu la fièvre au cours des deux semaines passées	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)
193 - A-t-il reçu un traitement ?	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)	1 - Oui 2 - Non (Passer à 196)
194 - Ou- a-t-il reçu les soins ?	1 - A la maison 2 - Formation sanitaire 3 - Guérisseur traditionnel	1 - A la maison 2 - Formation sanitaire 3 - Guérisseur traditionnel	1 - A la maison 2 - Formation sanitaire 3 - Guérisseur traditionnel
195 - Quel antipaludéen a-t-il reçu?	1 - N'a pas reçu 2 - Nivaquine/Chloroquine 3 - Quinimax 4 - Fansidar	1 - N'a pas reçu 2 - Nivaquine/Chloroquine 3 - Quinimax 4 - Fansidar	1 - N'a pas reçu 2 - Nivaquine/Chloroquine 3 - Quinimax 4 - Fansidar
196 - Comment l'enfant est protégé contre les moustiques?	1 - Pas protégé 2 - Moustiquaire 3 - Insecticide 4 - Autre	1 - Pas protégé 2 - Moustiquaire 3 - Insecticide 4 - Autre	1 - Pas protégé 2 - Moustiquaire 3 - Insecticide 4 - Autre

MODULE 01 - IDENTIFICATION

011- RÉGION	012-DÉPARTEMENT	013-DISTRICT	014-MÉNAGE

Prénoms et Nom de la femme / enfant-mère

Numéro de la femme ou l'enfant-mère sur le questionnaire ménage 11

MODULE 20- POIDS ET TAILLE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Peser et mesurer la taille de tout enfant de moins de 5 ans dont la femme a la charge et porter les résultats dans le tableau ci-après

[illegible]