

# ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar  
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



*Numéro 11*

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
AIDELF**

# Mortalité des enfants au Sénégal : tendances observées, causes et perspectives

Galaye SALL\*, Wally BADIANE\*\*, Aliou GAYE\*\*\* et Sidy GUEYE\*\*\*

\* Direction de la Santé, \*\* UNICEF, \*\*\* Direction Prévision et Statistique, Dakar, Sénégal

## 1. Introduction

Les enfants âgés de moins de 5 ans constituent un groupe vulnérable, victime d'une forte morbidité et d'une mortalité importante. Des programmes destinés à améliorer leur survie ont été mis en place. C'est ainsi que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2007) et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS 1998-2002) ont intégré parmi leurs objectifs prioritaires, la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Les stratégies consistent à réduire les maladies diarrhéiques, la malnutrition, les maladies cibles du PEV<sup>1</sup>, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et autres endémies locales y compris les MST/Sida.

Depuis 1995 le Sénégal connaît un taux de croissance moyen du PIB de l'ordre de 5%. Malgré ce taux de croissance, le niveau de pauvreté des ménages reste encore à un niveau élevé : 54% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation influe sur les conditions sanitaires des populations notamment les plus démunies.

Malgré une forte augmentation des infrastructures sanitaires, leur accessibilité demeure encore un problème en raison de leur éloignement pour une partie de la population, de la non disponibilité de médicaments et de personnel qualifié, du coût élevé des prestations qui exclut les groupes défavorisés, de l'inexistence de certains services spécialisés (maternité, pédiatrie...). La situation socio-économique et sanitaire ainsi décrite détermine, en grande partie, le niveau élevé de la mortalité des enfants.

Au Sénégal, le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans a subi une baisse importante entre 1986 et 1992 (210‰ à 157‰, soit une baisse relative de 25%). La baisse a été plus modérée entre 1992 et 1997 (157‰ à 139‰, soit une baisse relative de 11%). La mortalité est restée à un niveau relativement stagnant entre 1997 et 1999 (145‰). Le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Sénégal est inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, qui est de 175‰, ou à celle de l'Afrique (151‰) ou de certains pays de l'Afrique de l'Ouest tels que le Burkina Faso (219‰) et la Guinée (220‰). En revanche, le niveau de mortalité des enfants y est plus élevé que celui de la Côte d'Ivoire (138‰) et du Ghana (110‰) (UNICEF, 2001).

L'étude se propose d'analyser le niveau de mortalité des enfants et les tendances observées durant les deux dernières décennies, en vue de mieux cerner les déterminants, de dégager des solutions durables et entrevoir une amélioration de la survie des enfants.

Le travail est basé sur l'exploitation des données disponibles, et plus particulièrement celles des Enquêtes Démographiques et de Santé de 1986, 1992 et 1997, et de l'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé de 1999. Ces enquêtes ont utilisé des méthodologies comparables et sont d'une qualité relativement bonne. Des études sur la mortalité des enfants ont été rassemblées de même que des rapports sur les politiques et programmes relatifs à la survie de l'enfant. Des entretiens avec des informateurs-clés ayant une bonne connaissance des questions relatives à la survie de l'enfant ont permis de mieux orienter l'étude. Les modèles

---

<sup>1</sup> Voir en annexe la signification des sigles.

d'analyse suivants ont été utilisés : analyse par groupes socio-économiques (analyse de la pauvreté par quintiles) et modèle de régression logistique.

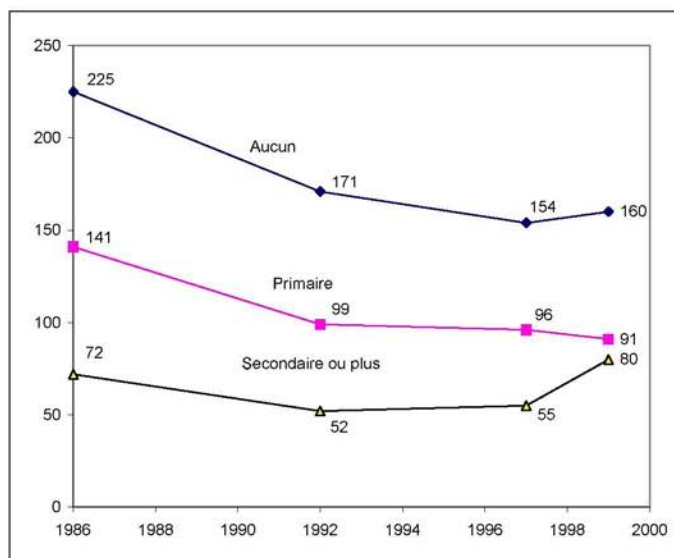
## 2. Niveaux et tendances de la mortalité des enfants

L'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé (ESIS) donne pour l'année 1999 les quotients de mortalité suivants : 70,1‰ pour la mortalité infantile, 80,9‰ pour la mortalité juvénile et 145‰ pour la mortalité infanto-juvénile.

Ces niveaux globaux cachent des disparités selon la région, le milieu de résidence, le sexe, le niveau d'instruction et les groupes sociaux. Les différences de mortalité observées entre les régions sont importantes. La mortalité infanto-juvénile dans la région de Kolda (205‰) est 2,5 fois plus élevée que celle observée à Dakar (87,4‰). Dans les zones urbaines et rurales le niveau de la mortalité infanto-juvénile est respectivement de 92‰ et 171‰. La mortalité des filles est légèrement plus faible que celle des garçons. En effet, la mortalité infanto-juvénile est de 140‰ chez les filles et 149‰ chez les garçons. Le quotient de mortalité infanto-juvénile le plus élevé est enregistré chez les mères les plus jeunes, âgées de moins de 20 ans (176,3‰), et chez les mères âgées de plus de 40 ans (147,8‰).

La mortalité des enfants est corrélée au niveau d'instruction de la mère. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus la mortalité est faible (Graphique 1). Cependant, quel que soit le niveau d'instruction, on note une baisse importante de la mortalité au cours de la période 1986-1992 : ainsi, dans le groupe sans aucune instruction on observe une baisse relative de 24%, de 30% au niveau primaire et de 27% au niveau secondaire et plus. Pour ce dernier, l'augmentation très importante de la mortalité observée entre 1997 et 1999 serait liée à la faiblesse des effectifs.

GRAPHIQUE 1 : MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (EN ‰)  
SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE



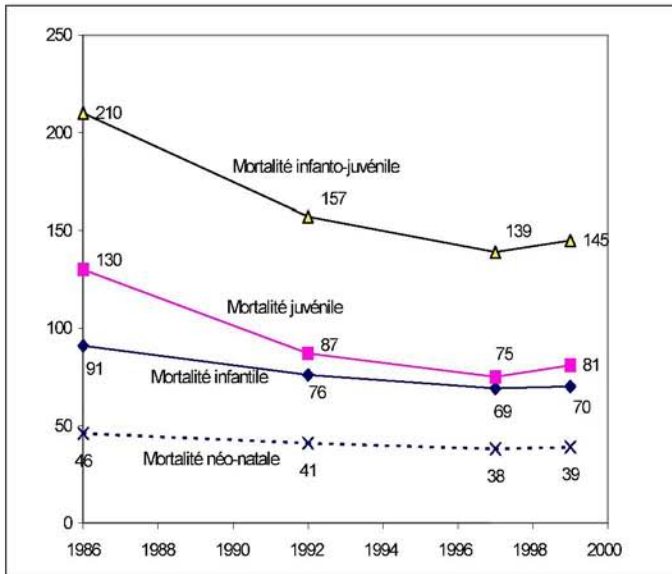
Les faibles niveaux de mortalité des enfants de moins d'un an issus de mères instruites ou vivant en milieu urbain s'expliquent essentiellement par le recul de la précocité de la fécondité et un meilleur suivi des grossesses. Chez les jeunes enfants de 1 à 5 ans, cette situation s'explique par les meilleures conditions de vie des ménages, l'accès à l'eau potable,

l'utilisation des latrines, etc. Ces enfants sont moins touchés par les maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la malnutrition.

Après avoir connu une baisse régulière de 1986 jusqu'au milieu des années 1990, le niveau de la mortalité néonatale est resté constant entre 1997 et 1999 (graphique 2). Le niveau élevé de la mortalité infantile est liée en grande partie au poids de la mortalité néonatale qui représente plus de la moitié de la mortalité infantile. La mortalité néonatale est surtout liée au manque de suivi des grossesses et aux conditions d'accouchement difficiles, notamment en milieu rural. L'enquête MICS 2000 a montré qu'en milieu rural 29% des femmes n'ont pas été suivies pour des soins prénatals par du personnel qualifié contre 11% en milieu urbain, et que seules 43% des femmes ont été assistées à leur accouchement par du personnel qualifié contre 87% en milieu urbain.

De 1986 à 1999, le quotient de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse importante. Il est passé de 210‰ à 145‰, soit une baisse en valeur relative de 31%. Cependant, l'évolution n'a pas été constante durant toute cette période. Entre 1986 et 1992, la mortalité des enfants a baissé de façon significative de 25%. Entre 1992 et 1997, la baisse n'était que de 11% (Graphique 2).

GRAPHIQUE 2 : ÉVOLUTION DU NIVEAU DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (EN POUR MILLE)



Source : EDS 1986, EDS 1992, EDS 1997 et ESIS 1999

Dans l'ensemble, l'analyse de la mortalité des enfants selon les différentes sources de données montre (tableau 1) :

- une baisse importante des mortalités infantile et infanto-juvénile de 1986 à 1997, avec une baisse très significative entre 1986 et 1992 ;
- une relative stagnation des mortalités infanto-juvénile et juvénile entre 1997 et 1999 ;
- des niveaux de mortalité juvénile et infanto-juvénile deux fois plus importants en milieu rural qu'en milieu urbain entre 1997 et 1999 ;

- un niveau de mortalité juvénile plus élevé que le niveau de la mortalité infantile en milieu rural, le contraire étant observé en milieu urbain.

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DU NIVEAU DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE (EN POUR MILLE)

Années	Milieu urbain			Milieu rural			Total		
	Infantile	Juvénile	Infanto-juvénile	Infantile	Juvénile	Infanto-juvénile	Infantile	Juvénile	Infanto-juvénile
1986	78	66	148	93	140	220	91	130	210
1992	55	50	102	87	107	184	76	87	157
1997	50	41	89	79	94	165	69	75	139
1999	55	39	92	77	102	171	70	81	145

### 3. Groupes socio-économiques et inégalités devant la mortalité

Les 5 groupes socio-économiques considérées (très pauvre, pauvre, moyen, riche et très riche) ont été constitués à partir d'informations sur certains biens que possède le ménage, à défaut de données sur le revenu ou la consommation dans les enquêtes MICS ou EDS. Les biens consistent en : matériaux utilisés dans l'habitation, nombre de pièces d'habitation, principale source d'eau potable, types de toilettes utilisées, la possession d'électricité, de radio, de télévision, réfrigérateur, de moto, voiture, principal combustible utilisé pour la cuisine.

L'analyse de la mortalité selon les groupes socio-économiques montre que les enfants des ménages les plus pauvres ont une mortalité deux fois plus élevée que celle des enfants des ménages les plus riches. Les écarts observés entre riches et pauvres sont respectivement de 1,9 et 2,6 pour la mortalité infantile et pour la mortalité infanto-juvénile.

#### 3.1 Pauvreté et milieu de résidence

La mortalité infantile baisse considérablement quand on passe du groupe des pauvres à celui des riches tant en milieu urbain qu'en milieu rural avec globalement un niveau plus élevé en milieu rural. Cette disparité entre riches et pauvres et entre milieu urbain et rural apparaît aussi pour la mortalité infanto-juvénile.

TABLEAU 2 : QUOTIENTS DE MORTALITÉ INFANTILE ET INFANTO-JUVÉNILE (EN %) SELON LES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Catégories socio-économiques (Quintiles)	Milieu urbain		Milieu Rural		Ensemble	
	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile
Très pauvre	*	*	84,9	182	84,6	181,0
Pauvre	65,1	*	82,9	182,1	81,6	179,9
Moyen	(65,1)	(120,2)	72,2	152,1	69,6	145,3
Riche	55,0	97,2	67,2	115,9	58,8	102,9
Très riche	39,7	63,1	(72,4)	(103,4)	44,9	69,6
Total	50,2	89,4	79,1	165,3	69,4	139,3
Ratio Pauvres/Riches	-	-	1,2	1,8	1,9	2,6

Source : EDS 1997

### 3.2 Pauvreté et sexe de l'enfant

La mortalité infantile baisse considérablement quand on passe du groupe des pauvres à celui des riches tant pour le sexe masculin que pour le sexe féminin, avec globalement un niveau plus élevé pour le sexe féminin. L'on note également une variation importante selon le sexe. Pour les garçons, la mortalité infantile chez les plus pauvres est 1,5 fois supérieure à celle des plus riches. Pour les filles, la mortalité infantile du groupe social le plus pauvre est de 2,5 fois plus élevée que celle du groupe social le plus riche. Cette disparité entre riches et pauvres et entre sexe masculin et féminin apparaît aussi pour la mortalité infanto-juvénile. Les rapports observés sont respectivement de 2,4 et 2,9 pour les garçons et les filles.

TABLEAU 3 : QUOTIENTS DE MORTALITÉ INFANTILE ET INFANTO-JUVÉNILÉ (EN %) SELON LES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET LE SEXE

Catégories socio-économiques (Quintiles)	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile
Très pauvre	79,5	178,2	90,2	184,2	84,6	181,0
Pauvre	87,7	185,9	75,6	173,9	81,6	179,9
Moyen	81	154,2	57,8	135,9	69,6	145,3
Riche	59,2	111,2	58,4	94,5	58,8	102,9
Très riche	54,8	75,3	35,0	64,0	44,9	69,6
Total	73,6	144,2	65,0	134,1	69,4	139,3
Ratio Pauvres/Riches	1,5	2,4	2,6	2,9	1,9	2,6

Source : EDS 1997

### 3.3 Disparités selon la région et la zone de pauvreté

L'analyse du ratio pauvre/riche à partir des données de l'enquête MICS 2000 a permis de classer les régions en trois catégories selon le niveau de pauvreté :

- la première catégorie dénommée Zone 1 est composée des régions les plus pauvres. Il s'agit des régions de Kolda, Tambacounda et Fatick,
- la deuxième catégorie dénommée Zone 2 est composée des régions moyennement pauvres. Il s'agit des régions de Louga, Kaolack, Ziguinchor et Diourbel,
- la troisième catégorie dénommée Zone 3 est composée des régions les plus riches. Il s'agit des régions de Dakar, Thiès et Saint Louis.

L'analyse par zone de pauvreté révèle que la mortalité des enfants est en moyenne plus élevée dans la zone des régions les plus pauvres du Sénégal ; la mortalité infanto-juvénile se situe à 180‰ en 1999 contre 105‰ pour la zone la plus riche.

TABLEAU 4 : INDICATEURS DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (EN %) SELON LA RÉGION ET LA ZONE DE PAUVRETÉ<sup>2</sup>

Zones de Pauvreté	Quotient de mortalité infantile	Quotient de mortalité infanto-juvénile	Quotient de mortalité infantile %	Quotient de mortalité infanto-juvénile
	1997		1999	
<b>1. ZONE 1</b>	<b>82,3</b>	<b>173,3</b>	<b>80,9</b>	<b>180,1</b>
1. Kolda	90	192	86,7	205,1
2. Tambacounda	102	187	83,6	181,9
3. Fatick	55	141	72,5	153,4
<b>2. ZONE 2</b>	<b>68,8</b>	<b>150,3</b>	<b>70,1</b>	<b>147,6</b>
4. Louga	59	109	50,9	105,1
5. Kaolack	68	165	85	197,5
6. Ziguinchor	72	158	68,3	115
7. Diourbel	76	169	76	172,7
<b>3. ZONE 3</b>	<b>60,3</b>	<b>108,0</b>	<b>59,4</b>	<b>105,1</b>
8. St Louis	79	140	68,8	129,8
9. Thiès	52	87	54,8	98,1
10. Dakar	50	97	54,8	87,4
Moyenne Nationale	<b>69</b>	<b>139</b>	<b>70,1</b>	<b>145,3</b>
Ratio régions pauvres/riches	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>

*Source* : EDS 1997 et ESIS 1999

### 3.4 Évolution des inégalités entre groupes socio-économiques de 1992 à 1997

La mortalité a baissé de 1992 à 1997, quel que soit le groupe socio-économique considéré. La baisse la plus importante est enregistrée dans le groupe moyen avec un écart absolu de 22,2. Cependant les disparités entre riches et pauvres sont restées constantes. Le ratio pauvres/riches est estimé à 2,7 en 1992 et à 2,6 en 1997.

TABLEAU 5 : ÉVOLUTION DES QUOTIENTS DE MORTALITÉ INFANTILE ET INFANTO-JUVÈNILE (EN %) SELON LES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Catégories socio-économiques (Quintiles)	1992		1997		Écarts absolus	
	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile
Très pauvre	95,1	191,8	84,6	181,0	10,5	10,8
Pauvre	88,3	187,1	81,6	179,9	6,7	7,2
Moyen	88,2	167,5	69,6	145,3	18,6	22,2
Riche	57,8	118,5	58,8	102,9	-1	15,6
Très riche	45,5	72,1	44,9	69,6	0,6	2,5
Total	76,5	151,2	69,4	139,3	7,1	11,9
Ratio Pauvres/Riches	2,1	2,7	1,9	2,6	0,2	0,1

*Source* : EDS 1992 et 1997

<sup>2</sup> Les données de EDS 1986 et 1992 ne sont pas disponibles par région.

## 4. Causes des tendances et facteurs liés à la mortalité des enfants

### 4.1 Causes des tendances de la mortalité des enfants

La baisse importante de la mortalité des enfants, surtout dans la période 1986-1992, serait liée à :

- une forte impulsion des programmes relatifs à l'enfance suite notamment au Sommet Mondial sur l'enfance de 1990. Pour la première fois un plan d'action pour l'enfance qui prenait en compte les principaux problèmes concernant la survie, le développement et la protection de l'enfant a été élaboré et mis en œuvre ;
- une couverture vaccinale des enfants très élevée en 1992 (niveau jamais égalé durant toute la décennie 1990-2000) et qui tendait vers l'universalisation : 94% pour le BCG, 68% pour le VPO3, 63% pour le DTC3, 76% pour la rougeole et 75% pour la fièvre jaune.

Le niveau encore élevé de la mortalité infanto-juvénile au Sénégal et la relative stagnation au cours des dernières années (1997-1999) seraient dus à plusieurs facteurs :

- la pauvreté qui est passée de 33% en 1992 à 54% en 2001. Cette augmentation serait liée à la dévaluation survenue en 1994.
- cette pauvreté est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (sur 5 pauvres, 4 vivent en milieu rural) ; 60% de la population vit dans le milieu rural avec des conditions d'accès aux services sociaux de base encore très précaires ;
- la couverture vaccinale du DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche) qui a baissé pour atteindre les niveaux les plus bas durant la décennie, passant de 61% en 1996 à 52% en 1999 ; au cours de la même période, il en a été de même avec la rougeole, de 57% à 48%, et avec la fièvre jaune, de 45% à 34% ;
- la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans qui est passée de 15% en 1997 à 26% en 2000 ;
- la prévalence d'autres maladies qui reste élevée (paludisme qui connaît aujourd'hui certaines formes de résistances : 20% en 2000 ; malnutrition : 18% ; infections respiratoires aiguës : 7%) ;
- le niveau d'instruction encore très faible chez les mères en milieu rural qui ne permet pas une prise en charge correcte des maladies de façon préventive et curative ;
- les inégalités qui demeurent encore importantes entre les riches et les pauvres.

Une étude sur la mortalité des enfants (1984-96) réalisée à Niakhar au Sénégal (Delaunay, 1998) a montré les résultats suivants :

- le groupe constitué par les diarrhées, la malnutrition et les infections respiratoires aiguës représente la principale cause de décès des enfants (un tiers des décès avant 1 an et près de la moitié entre 1-5 ans) ;
- le paludisme constitue la deuxième cause (22% des décès entre 1-5 ans) ;
- la rougeole et la coqueluche représentent 6% des décès des enfants de 1-4 ans.

L'étude a montré également que la mortalité des enfants est plus importante en saison des pluies (juillet - novembre) du fait de l'exposition à la malnutrition, diarrhée, paludisme, pneumopathies, etc.

### 4.2 Analyse des facteurs liés à la mortalité des enfants

Dans cette partie, nous essaierons d'analyser les facteurs qui peuvent influencer sur le risque de décéder des enfants de moins de cinq ans. A cet effet, nous nous référons au cadre conceptuel de Mosley et Chen (1984). Ces auteurs ont défini comme causes immédiates de la



mortalité des enfants les facteurs liés à la grossesse et à l'accouchement, les problèmes nutritionnels, les maladies de l'enfance et blessures. Pour mieux circonscrire les facteurs déterminant le niveau de mortalité des enfants, l'on utilisera comme outils d'analyse un modèle de régression logistique. Ce modèle met en relation le risque de décéder (variable dépendante) et les facteurs socio-économiques, culturels, sanitaires et démographiques (variables indépendantes).

TABLEAU 6 : DONNÉES ESTIMÉES À PARTIR DU MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE POUR LA MORTALITÉ INFANTILE ET LA MORTALITÉ JUVÉNILE

Variables	Estimations du Modèle	
	Mortalité Infantile	Mortalité juvénile
Milieu de résidence		
Rural	0,9976	1,0204
Instruction de la mère		
Secondaire et plus	4,5804**	6,0927*
Primaire	1,3120	1,2542
Lieu d'accouchement		
Public	1,0499	1,2177
Privé	1,6576*	4,8677**
Autre	1,1116	1,0840
Type de Toilette		
Fosse	1,1012	1,2110
Latrine	0,9356	1,0431
Chasse d'eau	1,5684	1,4206
Nombre de vaccins antitétaniques		
Une dose	1,0036	1,0788
2 doses ou plus	1,2306	1,1516
Assistance à l'accouchement		
Assistée	1,8861**	1,6677***
Vaccination du PEV		
BCG	6,08036***	4,5333***
Polio (3 doses)	6,4829	4,4882
DTC (3 doses)	0,9596	0,8650
Rougeole	1,7981*	1,6988**
Seuil de signification : *p < 10%, ** p<5%, *** p < 0,1%		

Les résultats permettent de noter que (tableau 6) :

- Pour les conditions socio-économiques :

Les enfants issus des ménages plus aisés (le type de toilettes servant de proxy pour évaluer les conditions socio-économiques) semblent avoir des chances de survie plus élevées, mais ces résultats ne sont pas significatifs au seuil de 10%.

- Pour les conditions socio-culturelles :

Aucune différence significative n'est observée entre milieu urbain et milieu rural. En revanche, les enfants de mères instruites (secondaires et plus) ont des chances de survie infantile 4 fois supérieures - et même 6 fois en période juvénile - aux enfants de mères non instruites.

– Pour les conditions sanitaires :

Les enfants nés dans les structures sanitaires privées ou dont la mère a bénéficié d'une assistance médicalisée à l'accouchement ont des chances de survie plus importantes que les autres.

Les vaccinations contre la tuberculose et, dans une moindre mesure, la rougeole sont les variables du PEV les plus fortement associées à la survie des enfants de moins d'un an.

## 5. Perspectives

La situation particulièrement préoccupante du niveau de la mortalité des enfants a amené le Gouvernement du Sénégal à mettre en œuvre des programmes et des stratégies pour infléchir les tendances observées. Ceci entre dans le cadre de la politique de renforcement des capacités des ressources humaines productives en vue d'accélérer le développement du pays. Il est aujourd'hui établi que près des 2/3 des décès des enfants de moins de 5 ans au Sénégal peuvent être prévenus, car dus à des affections comme le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le tétanos néonatal et la malnutrition y compris les carences en micronutriments. Les politiques sanitaires doivent mettre l'accent davantage sur l'équité d'accès à des soins de santé de qualité et à une réduction des inégalités entre pauvres et riches. Dans ce cadre, des interventions appropriées doivent cibler davantage les communautés et les groupes défavorisés.

Les activités qui devraient contribuer le plus à une baisse de la mortalité des enfants comprennent la réduction :

- des maladies de l'enfance prévenues par la vaccination notamment la rougeole et le tétanos néonatal ;
- de la mortalité due au paludisme, à la pneumonie et la diarrhée ;
- du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale, le faible poids à la naissance et les carences en micronutriments, notamment la vitamine A et le fer.

Il s'agit ainsi de développer et de mettre en œuvre un paquet complet d'interventions efficaces et efficientes, à haut impact sur la mortalité. Le choix du Gouvernement du Sénégal s'est porté sur :

*Le Programme Élargi de Vaccination* avec un renforcement de la vaccination de routine pour atteindre un taux de couverture de 80% couplée avec des campagnes périodiques de rattrapage notamment de la rougeole. La vaccination sera couplée avec la supplémentation en vitamine A.

*Le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition* avec :

- la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois qui réduit la morbidité (diarrhée, IRA) de manière notable ;
- les bonnes pratiques de sevrage qui préviennent la malnutrition ;
- la promotion de la consommation d'aliments riches en fer, vitamine ;
- la promotion de la consommation du sel iodé ;
- la promotion d'une alimentation adéquate chez les enfants malades ;
- la surveillance de la croissance des enfants.

*La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)* avec :

- la prise en charge correcte de la fièvre chez l'enfant ;
- la promotion de la thérapie de réhydratation orale (TRO) ;
- le traitement correct des IRA ;
- la promotion des moustiquaires imprégnées ;
- l'hygiène individuelle et collective avec la disponibilité de l'eau potable et des latrines.

*Les Interventions Prénatales avec :*

- la vaccination antitétanique des femmes enceintes ;
- la supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse

**BIBLIOGRAPHIE**

- ANTOINE Ph., MBODJ F.G. (1991). *La mortalité des enfants au Sénégal : une synthèse de données. Étude sur la population Africaine.*
- DELAUNAY V. 1998. *Mortalité des enfants, in la situation démographique et épidémiologiques dans la zone de Niakhar au Sénégal 1984-1996.* Dakar, ORSTOM, Laboratoire Population et Santé.
- PISON G., HILL K., COHEN B. FOOTE K. 1997. *Les changements démographiques au Sénégal.* PUF, INED.
- GOUVERNEMENT DU SÉNÉGAL/UNICEF (2000). *Objectifs de la fin décennie du Sommet Mondial sur l'Enfance : rapport de l'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS II).* Dakar, UNICEF.
- GOUVERNEMENT DU SÉNÉGAL/UNICEF (1996). *Évaluation des Objectifs Intermédiaires au Sénégal.* Dakar, UNICEF.
- MOSLEY, W. H., CHEN L. 1984. *An analytical framework for the study of child survival in developing countries. In Child Survival : strategies for research.* W . H. Mosley & L. Chen eds, Population and Development Review. A supplement to volume 10, Cambridge University press, PP. 25-45.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (1997). *Enquête démographique et de santé 1997 (EDS III).* Dakar, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (1994). *Enquête Démographique et de Santé 1992-1993 (EDS II).* Dakar, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (1986). *Enquête Démographique et de Santé 1986 (EDS I).* Dakar, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (1998). *Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal.* Dakar, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de l'Éducation National (2000). *Plan Décennal de l'Éducation et de la Formation 2000-2010.* Dakar, Ministère de l'Éducation.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de la Santé (2000). *Revue externe du PEV du Sénégal.* Dakar, Ministère de la Santé.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de la Santé (2000). *Enquête sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé 1999-2000.* Dakar, Ministère de la Santé.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Ministère de la Santé (1996) *Programme de Développement Intégré de la Santé 1997-2000.* Dakar, Ministère de la Santé.

- SYSTÈME DES NATIONS UNIES AU SÉNÉGAL (1998). *Évaluation commune de la Situation du Pays*. Dakar, Système des Nations Unies.
- UNICEF (2000). *Analyse de la Situation des femmes et des enfants au Sénégal*. Dakar, UNICEF.
- UNICEF (2001). *Progrès accomplis depuis le Sommet Mondial pour les enfants*. Document préparé pour la Session Extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants.

### LISTE DES SIGLES

BCG	Bacille Calmette Guérin
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé
IDH	Indice sur le Développement Humain
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey/Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
MST	Maladies sexuellement Transmissibles
PAIN	Paquet d'Activités Intégrée de Nutrition
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et social
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## ANNEXE

TABLEAU ANNEXE : INDICATEURS DE SANTÉ EN L'AFRIQUE

Pays	Espérance de la vie à la naissance	Mortalité Infantile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes,	Mortalité Maternelle (pour 100,000 naissances vivantes )	Indice de Fécondité (nombre d'enfants par femme)	Prévalence VIH	Malnutrition Infantile (Poids pour âge)
SENEGAL	54	70	145	510	5,2	1,4%	18
Afrique	52	91	151	822	5,6	8%	32
Afrique Subsaharienne	50	100	175	1100	5,7	-	30
Burkina Faso	46	105	219	484	6,8	7%	34
Guinée	46	122	220	880	5,7	2%	21
Madagascar	58	96	162	596	6,0	0,5%	33
Cote d'Ivoire	55	88	138	597	5,6	10%	21
Ghana	60	71	110	740	5,0	3,6%	25
Ouganda	40	99	141	506	6,7	8,3%	26

*Source* : Rapport préparé par l'UNICEF pour la Session Extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants, 2001.