



RAPPORT D'ANALYSE DES INDICATEURS SRMNIA-N DU GROUPE THEMATIQUE 1

Couverture nationale et infranationale des services pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à partir de données des enquêtes démographiques et de santé (EDS)



RAPPORT D'ANALYSE DES INDICATEURS SRMNI-A-N DU GROUPE THEMATIQUE 1

Couverture nationale et infranationale des services
pour la santé reproductive, maternelle, néonatale
et infantile à partir de données des enquêtes
démographiques et de santé (EDS)



EQUIPE SENEGAL

- Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques, Ministère de la santé et de l'Action Sociale (DPRS/MSAS)
- Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la santé et de l'Action Sociale (DSME/MSAS)
- Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (ISED /UCAD)
- African Population Health Research Center (APHRC)

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES FIGURES | 8 |
| INTRODUCTION | 12 |
| METHODOLOGIE DE TRAVAIL | 13 |
| RESULTATS | 15 |
| TENDANCE DES INDICATEURS DE COUVERTURE | 15 |
| I. Evolution du pourcentage de femmes ayant bénéficié de 4CPN | 15 |
| I.1 Evolution au niveau national | 15 |
| I.2 Evolution selon le milieu de résidence | 16 |
| I.3 Evolution au niveau régional | 16 |
| I.4 Evolution selon le niveau d'instruction | 17 |
| I.5 Evolution selon le quintile de bien être | 17 |
| I.6 Evolution du taux d'achèvement selon l'âge | 18 |
| II. Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes | 18 |
| II.1 Evolution au niveau national | 18 |
| II.2 Evolution selon le milieu de résidence | 19 |
| II.3 TPC chez les adolescents en fonction du Niveau d'Instruction | 19 |
| II.4 Evolution selon le quintile de Bien être | 20 |
| III. Taux de besoins non satisfaits en PF (TBNS) | 21 |
| III.1 Evolution au niveau national | 21 |
| III.2 Evolution au niveau régional | 22 |
| III.3 Evolution selon le milieu de résidence | 22 |
| III.4 Niveau d'instruction | 23 |
| III.5 Evolution selon le quintile de Bien être | 23 |
| IV. Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes | 24 |
| IV.1 Evolution au niveau national | 24 |
| IV.2 Evolution au niveau régional | 24 |
| IV.3 Evolution selon le milieu de résidence | 25 |
| V. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale P(T) | 25 |
| V.1 Evolution au niveau national | 25 |
| V.2 Evolution selon le milieu de résidence | 26 |
| V.3 Evolution selon le quintile de Bien être | 26 |
| VI. Accouchement assisté par un personnel qualifié | 27 |
| VI.1 Evolution au niveau national | 27 |
| VI.2 Evolution au niveau régional | 28 |
| VI.3 Evolution selon le milieu de résidence | 28 |

| | |
|---|-----------|
| VI.4 Niveau d'instruction | 29 |
| VI.5 Evolution selon le quintile de Bien être | 29 |
| VII. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance | 30 |
| VII.1 Evolution au niveau national | 30 |
| VII.2 Evolution selon le quintile de bien être | 31 |
| VII.3 Evolution selon le milieu de résidence | 31 |
| VIII. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de la mise au sein précoce | 32 |
| VIII.1 Evolution au niveau national | 32 |
| VIII.2 Evolution au niveau régional | 32 |
| VIII.3 Evolution selon le milieu de résidence | 33 |
| IX. Proportion d'enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein | 33 |
| IX.1 Evolution au niveau national | 33 |
| IX.2 Evolution selon l'âge | 34 |
| IX.3 Evolution selon le quintile de bien être | 34 |
| IX.4 Evolution selon le niveau d'instruction | 35 |
| IX.5 Evolution au niveau régional | 35 |
| IX.6 Evolution selon le milieu de résidence | 36 |
| X. Taux de Prévalence Contraceptives modernes chez les adolescentes âgées de 15-19 ans mariées | 37 |
| X.1 Evolution au niveau national | 37 |
| X.2 Evolution selon le milieu de résidence | 38 |
| X.3 Evolution au niveau régional | 38 |
| XI. Le taux de Fécondité des adolescentes de 15-19 ans selon la région | 39 |
| XI.1 Evolution au niveau national | 39 |
| XI.2 Evolution au niveau régional | 39 |
| XI.3 Niveau d'instruction | 40 |
| XII. Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées | 40 |
| XII.1 Evolution au niveau national | 40 |
| XII.2 Evolution au niveau régional | 41 |
| XII.3 Evolution selon le milieu de résidence | 42 |
| XII.4 Niveau d'instruction | 42 |
| XIII. Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil | 43 |
| XIII.1 Evolution au niveau national | 43 |
| XIII.2 Selon le quintile de bien être (graphe) | 44 |
| XIII.3 Selon les régions (graphe) | 44 |
| XIII.4 Selon le milieu de résidence (graphe) | 45 |
| XIV. Couverture vaccinale chez les 12-23 mois | 45 |

| | |
|--|-----------|
| XIV.1 Evolution au niveau national | 45 |
| XIV.2 Evolution au niveau régional | 46 |
| XIV.3 Evolution selon le milieu de résidence | 47 |
| XIV.4 Niveau d'instruction | 47 |
| XIV.5 Evolution selon l'âge | 48 |
| XV. Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA | 48 |
| XV.1 Evolution au niveau national | 48 |
| XV.2 Evolution en fonction des régions | 49 |
| XV.3 Evolution selon le milieu de résidence | 49 |
| XV.4 Niveau d'instruction | 50 |
| XV.5 Evolution selon le quintile de bien être | 50 |
| XVI. Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN | 51 |
| XVI.1 Evolution au niveau national | 51 |
| XVI.2 Evolution au niveau régional | 52 |
| XVI.3 Selon le milieu de résidence (graphe) | 52 |
| XVI.4 Evolution selon le quintile de bien être | 53 |
| XVI.5 Selon la tranche d'âge des cibles (graphe) | 53 |
| XVII. Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les six derniers mois | 54 |
| XVII.1 Evolution au niveau national | 54 |
| XVII.2 Selon les régions (graphes) | 55 |
| XVII.3 Selon le milieu de résidence (graphes) | 55 |
| XVII.4 Selon le niveau d'instruction de la mère (graphes) | 56 |
| XVII.5 Selon le quintile de bien-être (graphes) | 56 |
| XVII.6 Selon l'âge de l'enfant (graphes) | 57 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes au niveau national | 16 |
| Figure 2 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon le milieu de résidence | 16 |
| Figure 3 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon les régions | 16 |
| Figure 4 : Evolution du pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4CPN correctes selon le niveau d'instruction | 17 |
| Figure 5 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon le quintile de bien être | 17 |
| Figure 6 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon la tranche d'âge | 18 |
| Figure 7 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes au niveau national | 18 |
| Figure 8 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le milieu de résidence | 19 |
| Figure 9 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le niveau d'instruction | 19 |
| Figure 10 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le niveau d'instruction | 20 |
| Figure 11 : Taux de besoins non satisfaits en PF au niveau national | 21 |
| Figure 12 : Taux de besoins non satisfaits en PF selon le milieu de résidence | 22 |
| Figure 13 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le milieu de résidence | 22 |
| Figure 14 : Taux de besoins non satisfaits en PF selon le niveau d'instruction | 23 |
| Figure 15 : BNS en PF selon le quintile de Bien être | 23 |
| Figure 16 : Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes au niveau national | 24 |
| Figure 17 : Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes selon les régions | 24 |
| Figure 18 : Demande de planification satisfaite par les méthodes modernes selon le milieu de résidence | 25 |
| Figure 19 : Evolution au niveau national du pourcentage d'enfant de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale | 25 |
| Figure 20 : Evolution au niveau national du % d'enfant de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale selon le milieu de résidence | 26 |
| Figure 21 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale selon le quintile de bien-être | 26 |
| Figure 22 : Tendance nationale des accouchements assistés par du personnel qualifié | 27 |
| Figure 23 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon la région | 28 |
| Figure 24 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon le milieu de résidence | 28 |
| Figure 25 : Accouchement assisté selon le niveau d'instruction | 29 |
| Figure 26 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon le quintile de bien être | 29 |
| Figure 27 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) au niveau national | 30 |
| Figure 28 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) selon le quintile de bien être | 31 |

| | |
|---|-----------|
| Figure 29 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) selon le milieu de résidence | 31 |
| Figure 30 : Proportion de Nouveau-nés ayant bénéficié de la mise au sein précoce | 32 |
| Figure 31 : Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement au niveau régional | 32 |
| Figure 32 : Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement selon le milieu de résidence | 33 |
| Figure 33 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein au niveau national | 34 |
| Figure 34 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon les tranches d'âges | 34 |
| Figure 35 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le quintile de bien être | 34 |
| Figure 36 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le quintile de bien être | 35 |
| Figure 37 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein par régions | 35 |
| Figure 38 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le milieu de résidence | 36 |
| Figure 39 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans mariées au Sénégal | 37 |
| Figure 40 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans selon le milieu de résidence | 38 |
| Figure 41 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans par régions | 38 |
| Figure 42 : Taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans au niveau national | 39 |
| Figure 43 : Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans selon la région | 39 |
| Figure 44 : Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans selon la région selon le niveau d'instruction | 40 |
| Figure 45 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées au niveau national | 41 |
| Figure 46 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées par régions | 41 |
| Figure 47 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées selon le milieu de résidence | 42 |
| Figure 48 : % de femmes 15-49 ans déclarant avoir été Excisées selon le niveau d'instruction | 42 |
| Figure 49 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil | 43 |
| Figure 50 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon le quintile de bien être | 44 |
| Figure 51 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon la région | 44 |
| Figure 52 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon le milieu de résidence | 45 |
| Figure 53 : Couverture vaccinale chez les 12-23 mois au niveau national | 45 |
| Figure 54 : Proportion COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES 12-23 MOIS selon la région | 46 |
| Figure 55 : Le taux de couverture vaccinale chez les 12-23 mois selon le milieu de résidence | 47 |
| Figure 56 : Proportion de COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES 12-23 MOIS selon le niveau d'instruction | 47 |
| Figure 57 : Couverture vaccinale des 12-23 mois en fonction de l'âge de la mère | 48 |
| Figure 58 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA au niveau national | 48 |
| Figure 59 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon les régions | 49 |
| Figure 60 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le milieu de résidence | 49 |
| Figure 61 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le niveau d'instruction | 50 |
| Figure 62 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le quintile de bien être | 50 |
| Figure 63 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN au niveau national | 51 |
| Figure 64 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN selon les régions | 52 |

| | |
|---|-----------|
| Figure 65 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN selon le quintile de bien être | 53 |
| Figure 66 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les six derniers mois | 54 |
| Figure 67 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon la région | 55 |
| Figure 68 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le milieu de résidence | 55 |
| Figure 69 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le niveau d'instruction | 56 |
| Figure 70 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le niveau le quintile de bien être | 56 |
| Figure 71 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon l'âge de l'enfant | 57 |



INTRODUCTION

L'amélioration de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, en raison de son impact sur tous les secteurs du développement, est un des objectifs que le Sénégal s'est fixé dans son document de politique économique et social. Le Gouvernement a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune une priorité.

Le pays s'est engagé à atteindre les objectifs de développement durable (ODD), mais aussi, à soutenir la Stratégie mondiale « chaque femme, chaque enfant ». De ce fait, pour améliorer la coordination, pour l'atteinte des objectifs fixés, le Comité de Pilotage et de Coordination SRMNIA (CPC/SRMNIA) a été mis en place en 2016. Il a été mis à jour en prenant en compte la plateforme nationale du GFF et du RSS, regroupant les acteurs gouvernementaux (santé, économie et finances, famille, jeunesse, éducation, état civil, protection de l'enfance), le secteur privé, la société civile, les partenaires techniques et financiers.

Le consortium «Count-down to 2030» (CD2030), composé d'experts-chercheurs, spécialistes en suivi et évaluation originaires d'institutions universitaires mondiales, régionales et nationales, en collaboration avec les agences des Nations unies et la Banque Mondiale, suit depuis 2005 les progrès des interventions visant à sauver des vies dans le domaine de la Santé de la Reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et de la nutrition (SRMNIA-N). La phase actuelle de Countdown 2030 (2020-2022) est axée sur la collaboration et le soutien technique pour une quinzaine de pays bénéficiant du soutien du Global Financing Facility (GFF). Pour chaque pays, la

collaboration est établie entre le CD2030, une institution nationale de santé publique ou de recherche, le ministère de la santé et d'autres acteurs nationaux.

L'objectif principal de la Collaboration est de renforcer la production de données probantes en vue des revues des progrès et des performances du Plan SRMNIA+N. Dans cette perspective, un Comité Technique a été mis en place par le Ministère de la Santé pour le suivi des activités de CD2030 au Sénégal. Ce comité, présidé par le Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), s'est réuni le 23 avril 2021 et a adopté un plan de travail. L'une des activités essentielles est le soutien technique à l'évaluation du Plan SRMNIA 2016-2020.

C'est dans ce cadre que le groupe thématique 1 a organisé des réunions et ateliers en ligne et en présentiel pour définir la méthodologie de travail, procéder à la collecte et aux analyses des données.

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

A la suite des orientations du comité technique, le groupe thématique a tenu en ligne sa première réunion le 12 mai 2022 avec l'ensemble des membres. Cette rencontre a permis de :

- clarifier les objectifs du groupe thématique 1 ;
- confirmer la liste des indicateurs SRMNIA+N ;
- confirmer les produits attendus (au moins un document d'orientation ou Policy-brief).

Un deuxième atelier a été organisé en mode présentiel avec comme mission de collecter l'ensemble des indicateurs puis de sortir les tableaux statistiques.

Un troisième atelier résidentiel avec comme objectif de compléter les tableaux et de débiter les rédactions de rapport et enfin un dernier atelier de finalisation a été organisé.

Pour la réalisation de cette étude, nous avons utilisé les bases de données existantes. Il s'agit principalement des EDS de 2015 à 2019.

Les dix-huit indicateurs (Cf. tableau 1) ont été traqués :

1. Taux d'achèvement en consultation prénatale selon les normes ;
2. Taux Prévalence Contraceptive (TPC) ;
3. Taux de besoins non satisfaits en PF (TBNS) ;
4. Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes ;
5. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale P(T) ;
6. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) ;
7. Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement ;
8. Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein ;
9. Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans ;
10. Taux de couverture des enfants de moins de 12 mois (complètement vaccinés)
nb: remplacé par les 12 -23 mois ;
11. Pourcentage de cas d'IST chez les adolescentes de 15-19 ans ;
12. Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées ;
13. Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil ;
14. Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans ;
15. Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA ;
16. Proportion d'enfants présentant une diarrhée pris en charge par SRO-Zinc au niveau ménage ;
17. Proportion d'enfants 6-59 mois supplémentés en vitamine A ayant reçu deux doses durant l'année ;
18. Pourcentage d'accouchement assisté par personnel qualifié.

Pour avoir une représentativité au niveau désagrégé et infranational, nous avons combiné les bases 2015 et 2016 et aussi 2018 et 2019. Chaque résultat obtenu atteint a été comparé avec la cible attendue.



RESULTATS

La section suivante va d'abord mettre en exergue les tendances nationales des différents indicateurs avant de montrer les disparités en rapport avec l'équité telles que l'accessibilité régionale, le sexe, le niveau socio-économique, les groupes d'âge, le milieu de résidence et le niveau l'instruction.

TENDANCE DES INDICATEURS DE COUVERTURE

I. Evolution du pourcentage de femmes ayant bénéficié de 4CPN

I.1 Evolution au niveau national

L'analyse de l'évolution du niveau de CPN au niveau national montre que l'indicateur est passé de 50,2% en 2015/2016 à 57,1% en 2018/2019, soit une hausse de 6,9 % sur la période. Ceci témoigne une augmentation significative. Toutefois, cette augmentation est plus prononcée sur la période allant de 2015/2016 à 2017 un bond 6,8 %. En effet beaucoup de stratégies ont été mises en places tels que la formation des prestataires sur la CPN recentrée, le renforcement de la supervision, le marrainage des CPN par les Bajenu Gox et le recrutement de personnel qualifiée (couplé Gagnant dans les postes de santé : c'est le fait d'avoir recruté dans chaque poste de santé un infirmier et une sage-femme). A partir de 2017, cette augmentation est presque nulle (0,1 % seulement). Malgré tous ces efforts il a été noté que l'objectif de 60% fixé n'a pas été atteint.

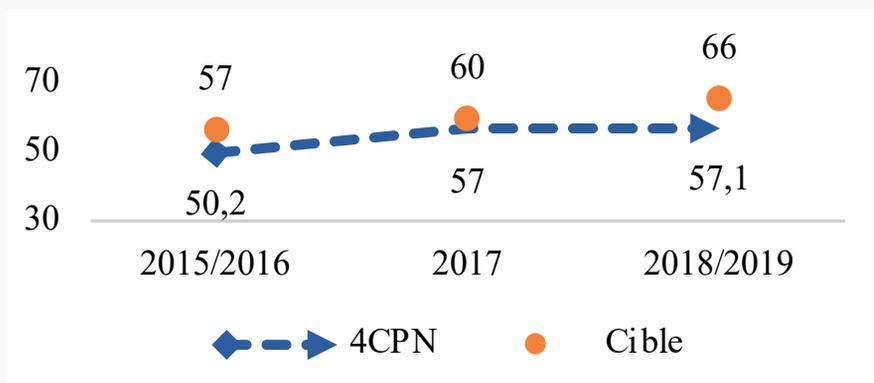
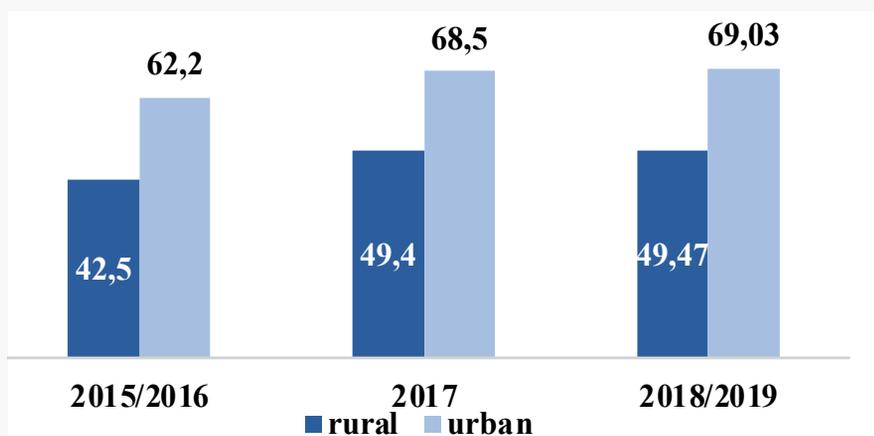


Figure 1 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes au niveau national

I.2 Evolution selon le milieu de résidence

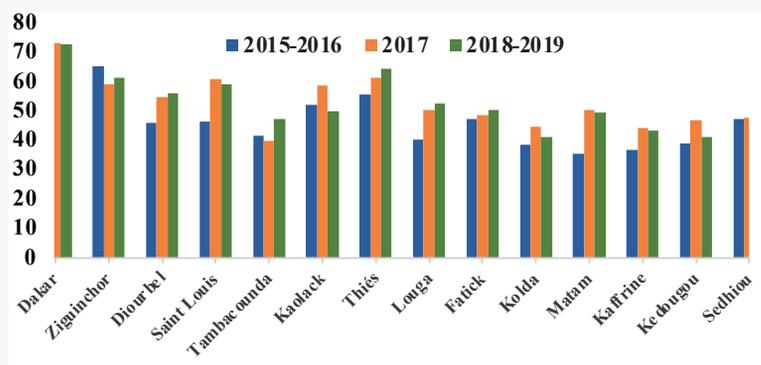
Selon le milieu de résidence, il apparaît une différence remarquable entre le milieu urbain et le milieu rural. Durant la période allant de 2015/2016 à 2018/2019, les tendances de la série montrent que le milieu urbain enregistre toujours les meilleurs pourcentages avec un écart qui tourne autour de 19% de pourcentage. Quant au rythme du taux d'accroissement de l'indicateur selon le milieu, il ne varie pas selon le milieu.

Figure 2 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon le milieu de résidence



I.3 Evolution au niveau régional

L'analyse du taux d'achèvement de CPN selon la région révèle des disparités. Les régions de Dakar, Ziguinchor, Thiès enregistrent les meilleurs pourcentages. Par contre Kolda, Kaffrine et Kédougou enregistrent les pourcentages les plus faibles. Pour toutes les régions, durant la période allant de 2015/2016 à 2018/2019, d'une manière générale on



enregistre une augmentation de l'indicateur.

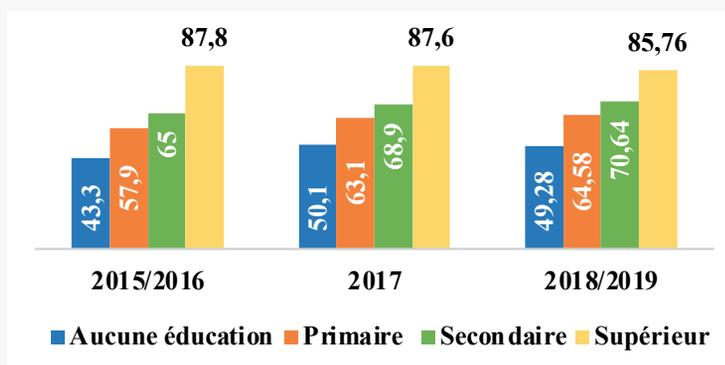
Figure 3 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon les régions

I.4 Evolution selon le niveau d'instruction

L'évolution du taux d'achèvement des CPN selon le niveau d'instruction de la femme (figure 4), montre que plus le niveau d'instruction est élevé plus le taux d'achèvement de CPN augmente.

Le niveau d'instruction joue ainsi un rôle important dans l'achèvement des CPN. Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration des connaissances des femmes du fait de leur instruction. Un élément important est que les femmes ayant le niveau secondaire et plus atteignent toujours la cible nationale contrairement aux non-instruites qui ne parviennent même pas à atteindre la barre des 50%. La hausse la plus importante est constatée chez les femmes qui ont progressé de 6.68%.

Figure 4 : Evolution du pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4CPN correctes selon le niveau d'instruction



I.5 Evolution selon le quintile de bien être

Le niveau de vie est aussi déterminant dans l'augmentation du taux d'achèvement de CPN.

En effet, entre 2015/2016 et 2018/2019 on note une tendance haussière du taux d'achèvement. Les catégories très pauvre, pauvre et moyen ne parviennent pas atteindre l'objectif national. Le bond le plus important est réalisé par les riches qui passent de 59,3 à 68,52% soit 9,22 points de pourcentage gagnés sur la période d'étude. Ces résultats montrent qu'il est important de mettre en place des mesures de protection sociale pour atténuer les barrières financières.

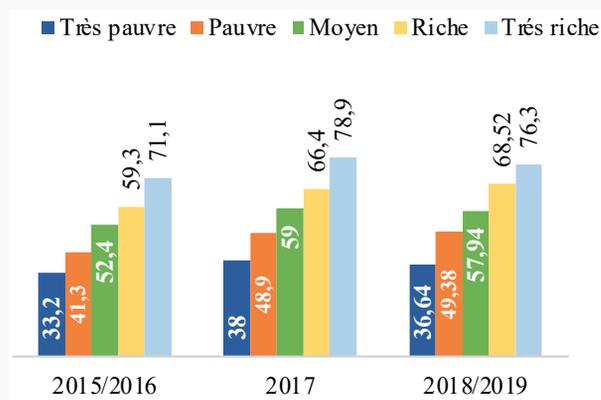
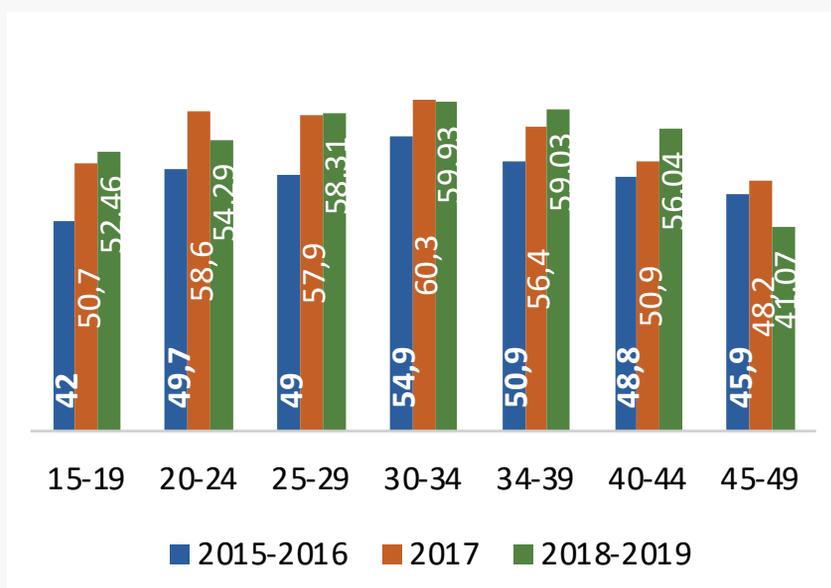


Figure 5 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon le quintile de bien être

I.6 Evolution du taux d'achèvement selon l'âge

L'analyse selon l'âge montre que la cible nationale de 60% n'a pu être atteinte par aucune classe d'âge en 2018/2019. Il a été noté, toutefois que le taux d'achèvement a augmenté pour toutes les catégories durant la période d'étude, hormis, la classe des 45-49 ans. Enfin, les classe d'âge 25-29, 30-34 et 34-39 sont les plus performantes avec des taux de plus de 58%.

Figure 6 : Evolution du Pourcentage de Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes selon la tranche d'âge



II. Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes

II.1 Evolution au niveau national

Le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) chez les jeunes a progressé durant la période d'étude passant de 22,2 à 25,5%. Ainsi, la cible de 2019 (40,6%) n'a pu être atteinte malgré les interventions déployées. A cet effet, une évaluation à mi-parcours a permis de relever des insuffisances majeures liées au financement du plan PF, la gestion des rumeurs, l'implication des hommes et des religieux...

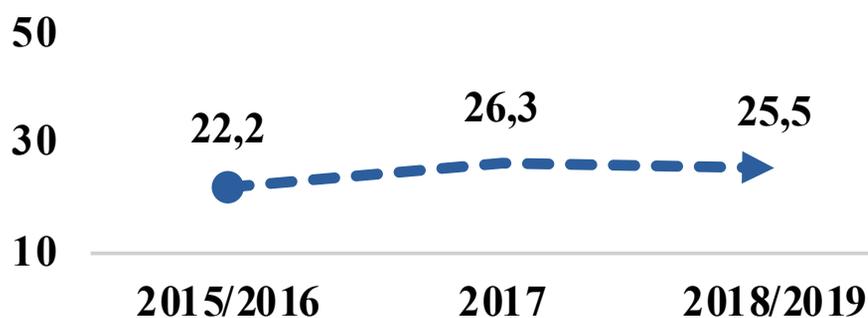
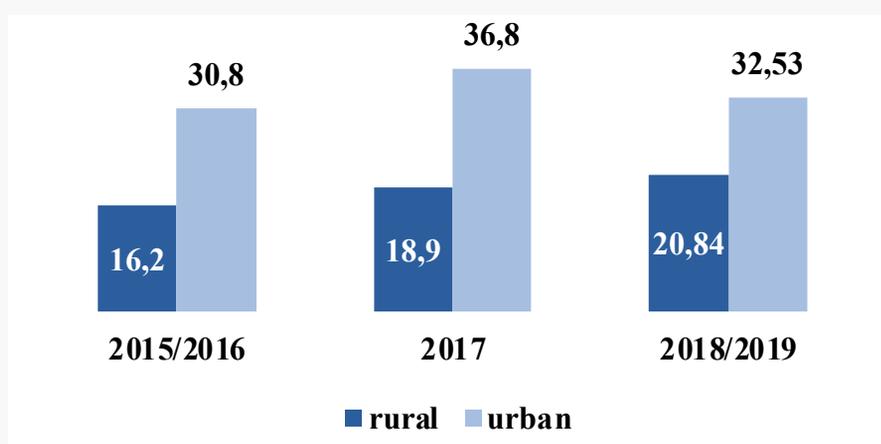


Figure 7 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes au niveau national

II.2 Evolution selon le milieu de résidence

Le graphique ci-contre montre globalement que le taux de prévalence contraceptive a connu une évolution positive entre 2015/2016 et 2018/2019. Cette croissance étant plus régulière et importante en milieu rural. En effet, le milieu rural a connu un bon de 4,64 points contre 1,73 pour le milieu urbain. Ce dernier a même enregistré une régression de 4,27 points de pourcentage entre 2017 et 2018/2019. Ce résultat est s'expliquerait avec la priorisation des interventions qui font beaucoup plus de focus dans les milieux ruraux qu'urbains. Il est important d'améliorer cette priorisation en tenant compte de la contribution des milieux de résidence sur le TPC du niveau national. En effet, les progressions respectives de 4,64 et 1,73 points se sont justes traduits par une progression de 3,3 points du TPC national.

Figure 8 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le milieu de résidence



II.3 TPC chez les adolescents en fonction du Niveau d'Instruction

L'analyse de ce graphique nous montre une augmentation du TPC chez les jeunes quel que soit le niveau d'instruction. Cette situation pourrait s'expliquer par les initiatives en direction des jeunes tel que la construction et l'équipement des espaces ado, la formation des prestataires sur la SRAJ.

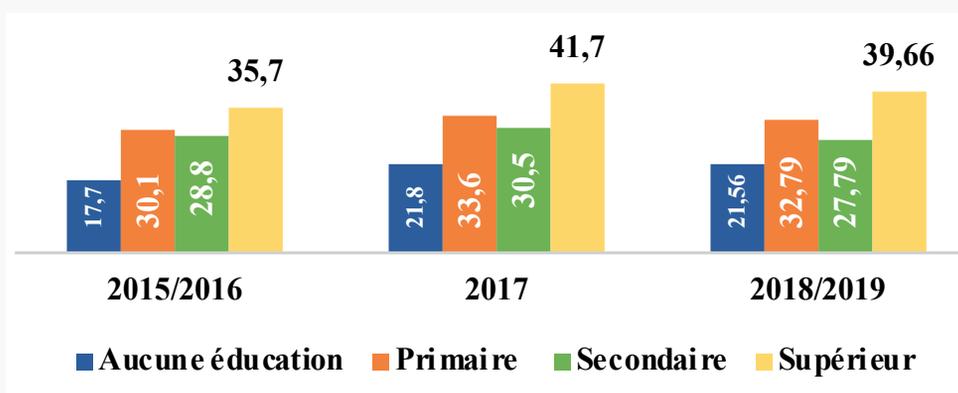


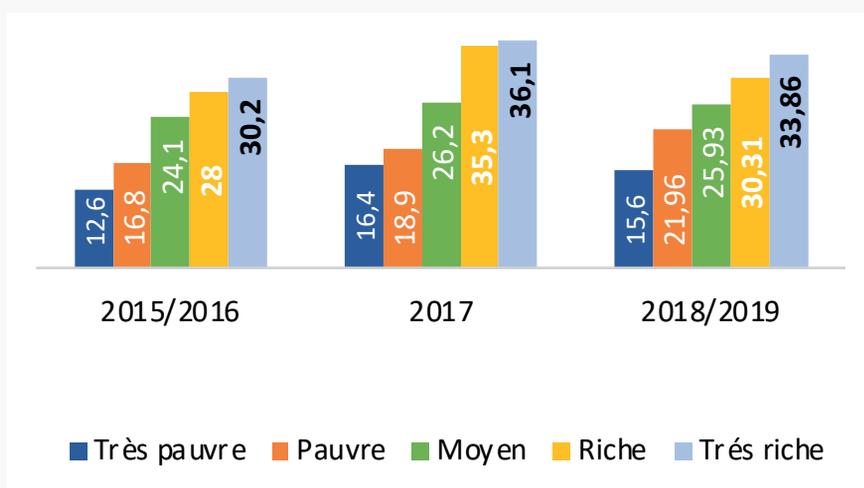
Figure 9 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le niveau d'instruction

II.4 Evolution selon le quintile de Bien être

Au niveau du pays, l'évolution des résultats montre que l'utilisation de méthodes contraceptives entre 2015/2016 et 2018/2019 a progressé pour toutes les couches quel que soit le niveau de richesse. Cette situation s'expliquerait par la sensibilisation et les activités de communication à l'intention des populations.

La progression la plus importante est notée chez les pauvres qui gagnent 5,16 points de pourcentage durant la période d'étude suivi des pauvres.

Figure 10 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le niveau d'instruction





III. Taux de besoins non satisfaits en PF (TBNS)

III.1 Evolution au niveau national

Ce graphique montre que le taux de besoins non satisfaits en PF (TBNS) a connu une évolution décroissante passant de 24,4% en 2015-2016 à 21,1% en 2018-2019. Malgré les efforts consentis, la cible visée pour l'année 2018 (<15%) n'a pas été atteinte.

Les résultats enregistrés ont montré une réelle existence de la demande en matière de besoins non satisfaits en PF.

L'analyse approfondie du TBNS avait objectivé que la peur des effets indésirables est un facteur associé majeur.

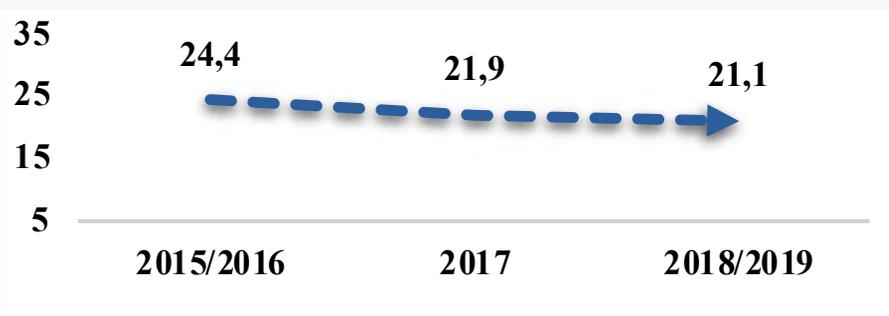
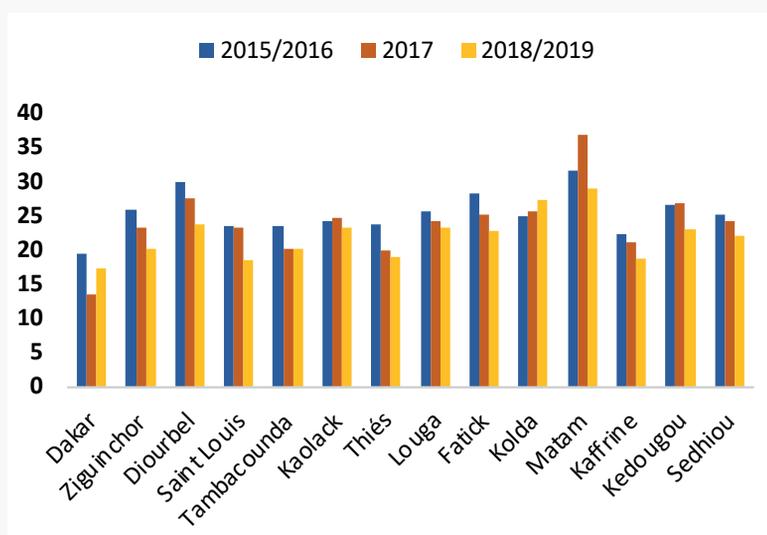


Figure 11 : Taux de besoins non satisfaits en PF au niveau national

III.2 Evolution au niveau régional

L'analyse du graphe ci-contre montre qu'aucune région n'atteint la cible nationale de moins 15% de TBNS 2018. Les régions de Matam (28.9%) et Kolda (27.2%) ont les TBNS les plus importants. A l'opposé Dakar (17.4%) et St Louis (18.4%) présente les TBNS les plus proches de la cible. L'un des facteurs contributifs objectivés dans l'analyse régionale est la place importante de l'approbation de l'homme. Par exemple, dans la région de Matam, dans 31 % des cas, c'est principalement le mari/partenaire qui prend la décision. Il en est de même dans les régions de Diourbel (19 %), Fatick (19 %) et Kaolack (17 %).

Figure 12 : Taux de besoins non satisfaits en PF selon le milieu de résidence



III.3 Evolution selon le milieu de résidence

L'étude des BNS en PF selon le milieu de résidence a montré une tendance baissière passant de 26% en 2017 à 22,75% en 2018-2019 pour le milieu urbain. Pour cette même période, le milieu rural a connu une légère augmentation entre 2017 et 2019 passant de 16,2% à 18,64%. ces résultats sont superposables au fait que l'accès aux soins seraient plus faciles en milieu urbain.

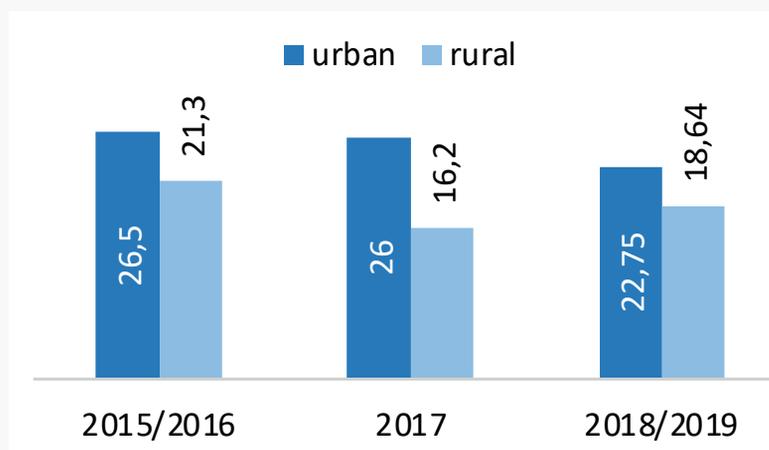
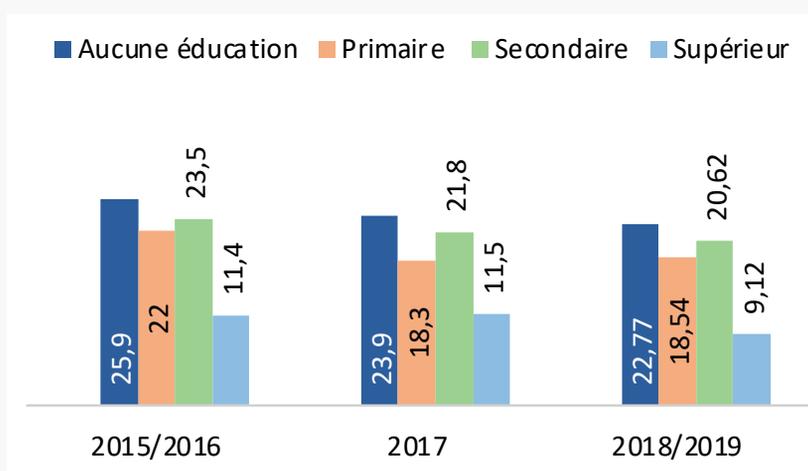


Figure 13 : Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes selon le milieu de résidence

III.4 Niveau d'instruction

Les résultats de ce graphique montrent que le TBNS a globalement chuté quel que soit le niveau d'instruction de la femme et l'année. De plus quel que soit l'année, le TBNS est toujours plus important chez les non instruites que chez les instruites. Les femmes instruites du niveau supérieur sont les seules à atteindre la cible nationale. Ces résultats rendent compte d'une part de l'importance de l'éducation des filles et d'autres parts de l'apport de l'instruction dans la satisfaction des besoins en PF. Les réductions les plus importantes sont notées respectivement chez les femmes qui ont le niveau primaire (3.5 points) et les non instruites (3.2 points).

Figure 14 : Taux de besoins non satisfaits en PF selon le niveau d'instruction



III.5 Evolution selon le quintile de Bien être

La figure 15 montre qu'entre 2015/2016 et 2018/2019 les TBNS en PF ont évolué en sens inverse avec le niveau de richesse. Il est également noté que les TBNS décroissent pour toutes les classes durant la période d'étude. Ces résultats suggèrent l'apport de la richesse dans la satisfaction des besoins en PF. Il serait également important d'étudier l'effet des mesures de protection sociale sur les BNS. Enfin, les progressions les plus importantes chez les classes extrêmes (très pauvres et très riches).

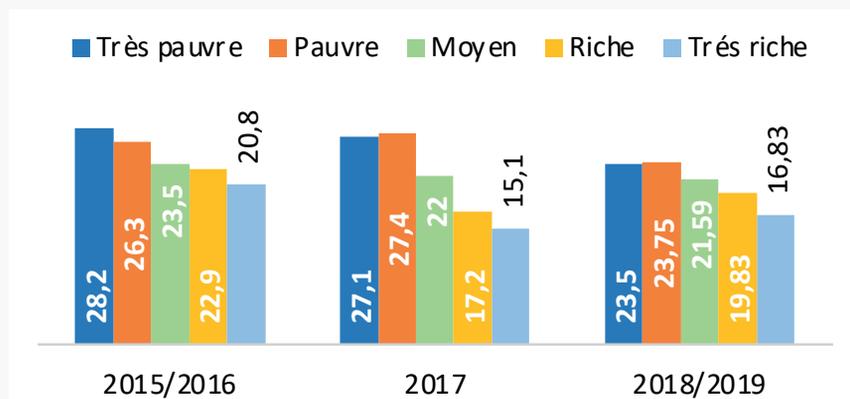


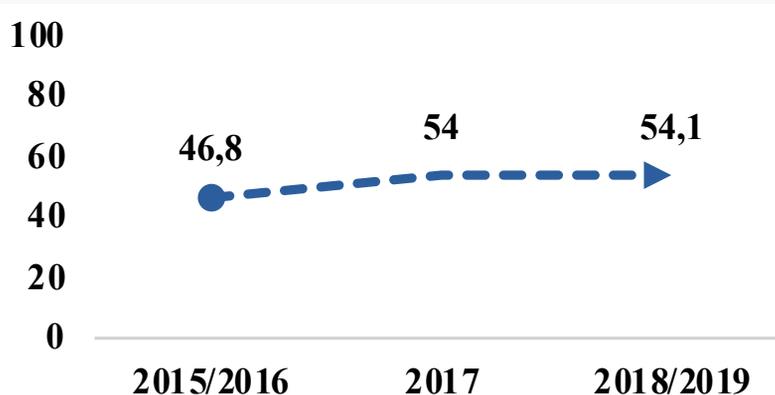
Figure 15 : BNS en PF selon le quintile de Bien être

IV. Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes

IV.1 Evolution au niveau national

La demande totale en planification satisfaite par les méthodes modernes a connu une augmentation passant de 46,8% en 2015-2016 à 54,1% en 2018-2019, soit un bond de 5.3 points de pourcentage. Toutefois, l'essentiel de la progression fut réalisé en 2017 (5,2 points). Cette évolution s'expliquerait par la mise en œuvre de certaines activités pilotes innovantes (ISBC, école des maris...).

Figure 16 : Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes au niveau national



IV.2 Evolution au niveau régional

L'analyse de ce graphique montre que la demande de planification satisfaite par les méthodes modernes est plus élevée dans les régions de Dakar, Ziguinchor, Thiès et saint louis et faible dans les autres régions telles que Matam, Diourbel et Kédougou. Cette tendance s'explique. Ainsi, vivre dans les grandes villes serait un facteur favorisant.

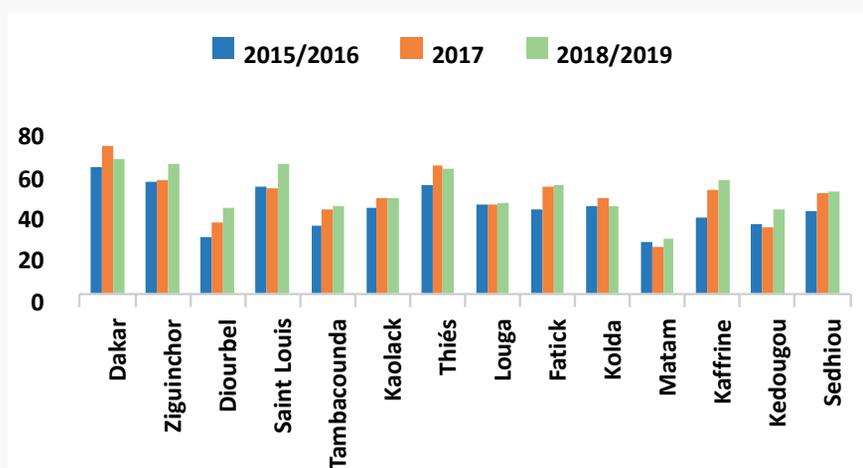
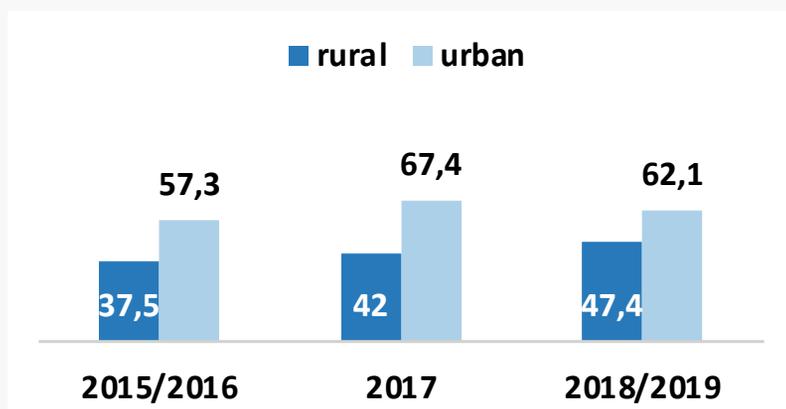


Figure 17 : Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes selon les régions

IV.3 Evolution selon le milieu de résidence

La demande en planification satisfaite par les méthodes modernes selon le milieu de résidence a connu une évolution croissante en milieux urbain et rural durant la période d'étude. La marge de progression la plus importante est réalisée par le milieu rural qui passe de 37,5 à 47,4% soit près de 10 points. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que le volume d'activité délivré dans les zones rurales sont plus importantes que celles du milieu urbain du fait de la disponibilité de bailleurs.

Figure 18 : Demande de planification satisfaite par les méthodes modernes selon le milieu de résidence



V. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale P(T)

V.1 Evolution au niveau national

Les résultats du graphique ci-dessus montrent une évolution en dents de scie de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans (5,9, 7,3 et 6,78%) de 2015 à 2019. Cependant, malgré les efforts consentis, la situation reste précaire au niveau national et l'objectif fixé à 6% n'a pas été atteint.

L'allure de la courbe (phase ascendante suivie de phase descendante) pourrait être due à l'amélioration de la détection (dépistage) et de la prise en charge de la MAG suite à la mise en œuvre du plan stratégique de la Nutrition 2016-2022 à travers des missions de supervisions, de coaching, de formation, de renforcement des activités communautaires etc.

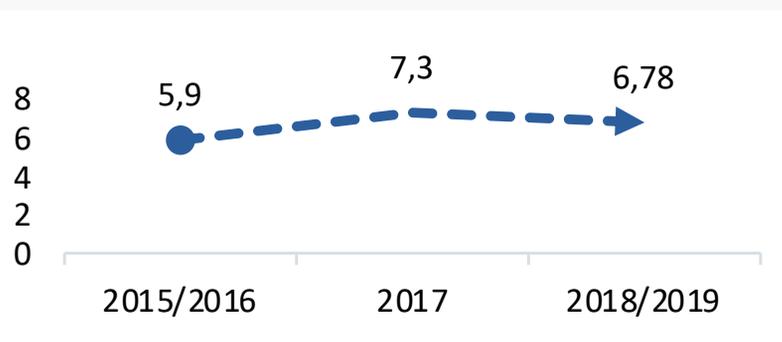


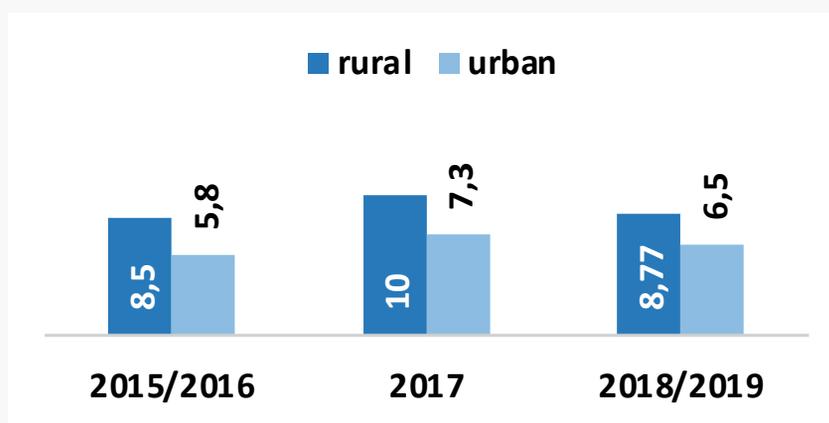
Figure 19 : Evolution au niveau national du pourcentage d'enfant de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale

V.2 Evolution selon le milieu de résidence

L'analyse de la figure 20 montre une première phase d'élévation du taux de malnutrition aiguë globale (MAG) entre 2015/2016 et 2017 suivie d'une phase de baisse.

Le graphe montre en outre que le pourcentage de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de moins de 5 ans est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain quel que soit l'année. Ceci pourrait être dû au contexte de pauvreté, le prégnance des tabous alimentaires, la non disponibilité des denrées alimentaire, les périodes de sècheresses etc.

Figure 20 : Evolution au niveau national du % d'enfant de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale selon le milieu de résidence



V.3 Evolution selon le quintile de Bien être

Ce graphique révèle montre que le taux de malnutrition aiguë globale évolue généralement en sens inverse de la richesse. Nous notons aussi une détérioration du statu nutritionnel chez la plupart des classes (très pauvres, pauvres, et très riche) entre 2015/2016 et 2018/2019). Enfin seuls les classes riches et très riches ont pu atteindre les objectifs nationaux (6%) durant la période d'étude.

Ces résultats concordent avec les conclusions de l'EDS 2019 qui révèlent une stagnation de la pauvreté en terme relative et une augmentation e terme de valeur relative. Ce qui suggère l'importance de développer des interventions ciblées pour améliorer le niveau de richesse des populations démunies. Il serait aussi important renforcer les mécanismes de protection sociale chez celles-ci.

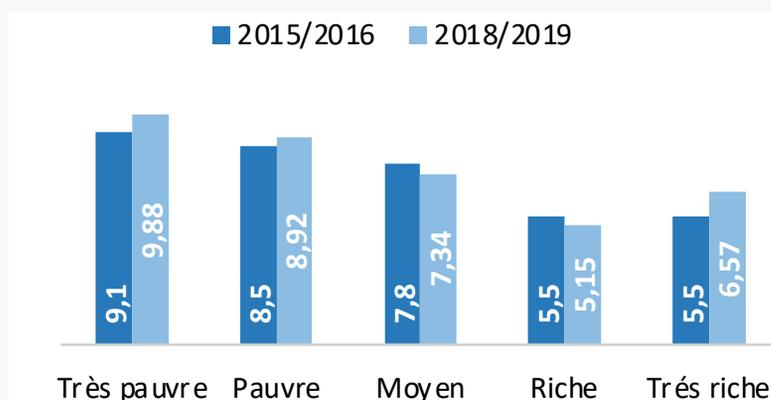


Figure 21 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale selon le quintile de bien-être



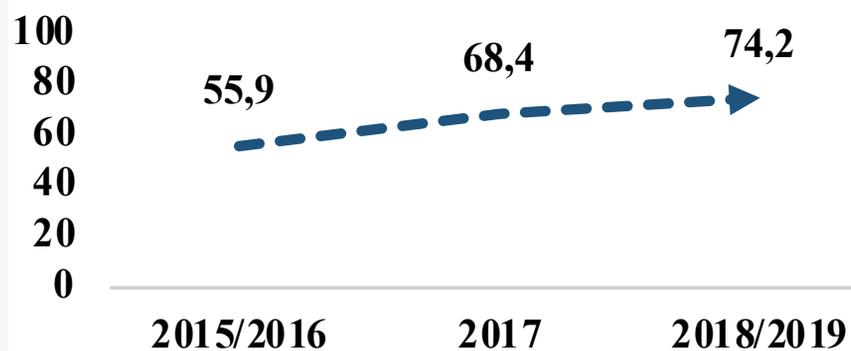
VI. Accouchement assisté par un personnel qualifié

VI.1 Evolution au niveau national

L'étude des accouchements assistés par un personnel qualifié a montré une bonne progression passant de 55,9% en 2015/2016 à 74,2 en 2018/2019 soit un gain de 18,3 points de pourcentages. L'objectif visé en 2018 (72%) a même été dépassé. Ces performances ont été obtenues grâce à plusieurs interventions. Nous pouvons citer entre autres :

- Le recrutement de Sages-Femmes pour améliorer l'accès ;
- La mise en place d'un réseau de maternités SONU au sein desquelles le focus est mis sur le renforcement du personnel qualifié, de l'équipement et des médicaments et intrants ;
- La supervision axée sur les bonnes pratiques cliniques.

Figure 22 : Tendence nationale des accouchements assistés par du personnel qualifié



VI.2 Evolution au niveau régional

La figure 22 montre une augmentation de l'accouchement assisté par du personnel qualifié dans toutes les régions entre 2015/2016 et 2018/2019. Les bons les plus importants étant enregistrés par Fatick qui passe de 47.4 à 76.6, Thiès qui passe de 56.8 à 86.9 et Kaffrine qui passe de 30.4 à 55.7%.

Enfin, seuls 5 sur les 14 régions du Sénégal ont atteint l'objectif fixé en 2018 soit 35.7%. La progression notée dans toutes les régions s'explique par les politiques de recrutement d'affectation de personnel qualifié et la création des blocs SONU. Toutefois des goulots d'étranglements persistent par exemple, l'existence d'une vingtaine de blocs opératoires fermés pour absence de personnels et une dizaine de blocs fonctionnant avec une seule équipe. Il s'y ajoute les problèmes d'accessibilité géographiques de certaines structures de santé surtout en période hivernale.

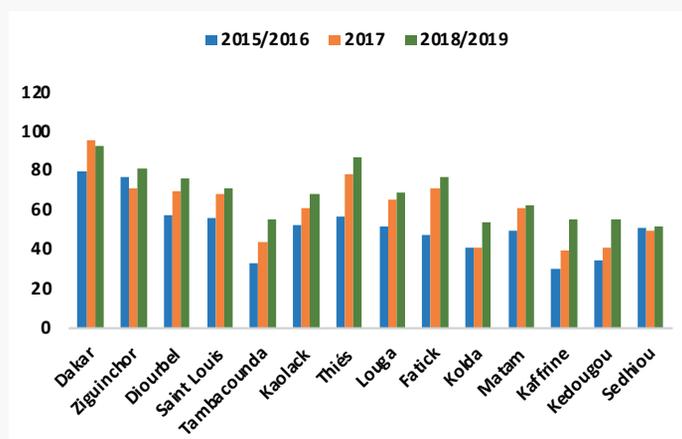
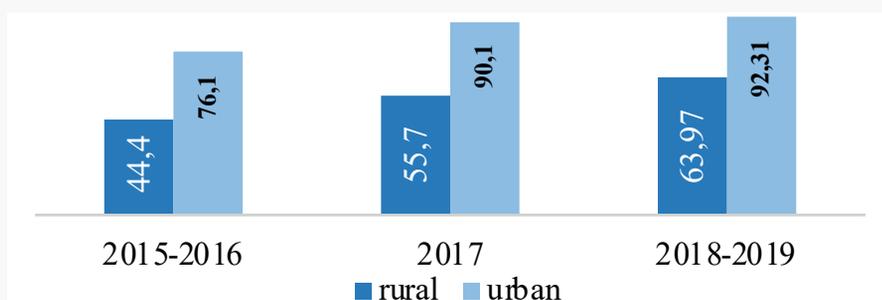


Figure 23 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon la région

VI.3 Evolution selon le milieu de résidence

La répartition des accouchements selon le milieu de résidence a connu une constante évolution autant en milieu rural qu'urbain qui passent respectivement de 44,4 à 63,9% et de 76,1 à 92,3% entre 2015/2016 et 2018/2019. Ceci témoigne du fait que les centres urbains sont mieux desservis que les milieux ruraux et repose la lancinante question de l'équité. Le bond le plus important est enregistré dans les milieu rural (19.1 points de pourcentage contre 16,2 pour le milieu urbain) ce qui rend compte des efforts faits en matière de carte sanitaire.

Figure 24 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon le milieu de résidence



VI.4 Niveau d'instruction

La répartition des accouchements assistés par personnel qualifié selon le niveau d'instruction a progressé dans tous les niveaux d'instruction entre 2015/2016 et 2018/2019. Les bonds les plus importants sont notés chez les non instruites (18.6 points) suivi des femmes ayant le niveau primaire (17,9 points). Ces résultats rendent compte de l'effet des stratégies déployées pour améliorer l'offre (construction, ouvertures de blocs SONU, recrutement de personnel qualifié) et la demande (sensibilisation et orientations par les acteurs communautaires...). Ces résultats suggèreraient aussi que l'absence ou le bas niveau d'instruction n'est pas un obstacle à l'accouchement assisté par un personnel qualifié.

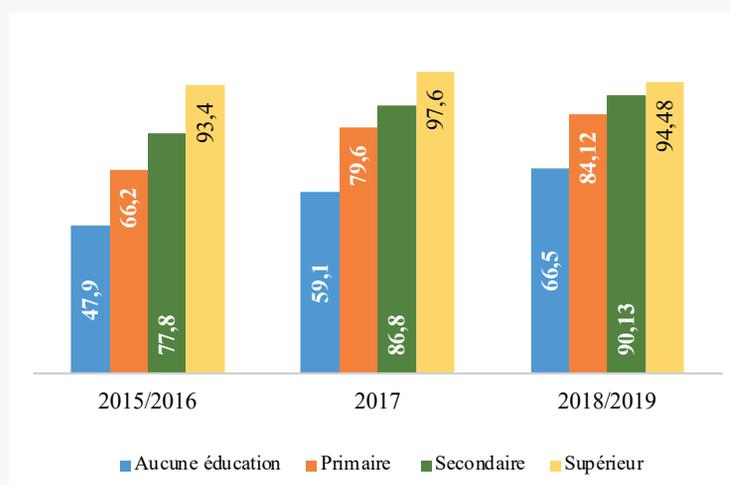
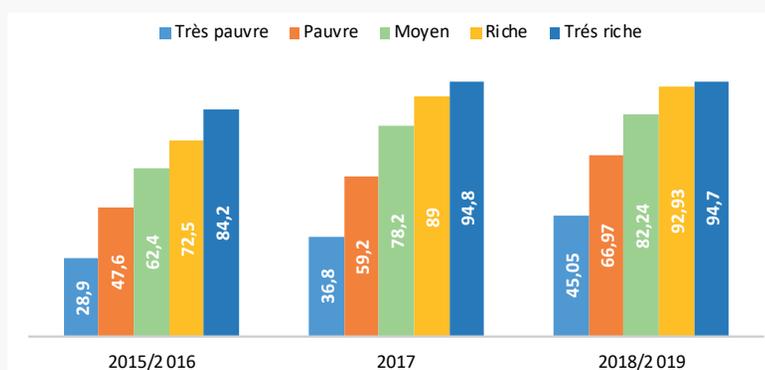


Figure 25 : Accouchement assisté selon le niveau d'instruction

VI.5 Evolution selon le quintile de Bien être

L'accouchement assisté par du personnel qualifié selon le quintile de bien-être a connu une évolution significative dans toutes les classes entre 2015/2016 et 2018/2019. Les bonds les plus importants sont notés chez les riches (20.4 points) suivi des moyens et des pauvres qui ont gagné plus de 19 points durant la période d'étude. Cela s'explique par diverses interventions développées entre autre le marrainage des gestantes, l'existence d'un dense réseau d'acteurs communautaires qui déroule des activités d'IEC/CCC telle que les causeries, les VADI etc.

Figure 26 : Accouchement assisté par un personnel qualifié selon le quintile de bien être





VII. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance

VII.1 Evolution au niveau national

Ce graphique montre que le pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) a légèrement baissé passant de 18,75 en 2015-2016 à 17% en 2017 avant de remonter à 18,4% en 2018-2019.

Ces résultats, sont en deçà de l'objectif de 16% fixé. Cela s'expliquerait par les difficultés à dépister tôt et à prendre charge les enfants souffrant de retard de croissance (RC). En outre, les résultats des enquêtes SMART de 2014 et de 2019, ont montré que les régions de Kolda, sédhiou et Tambacounda sont les plus touchées.

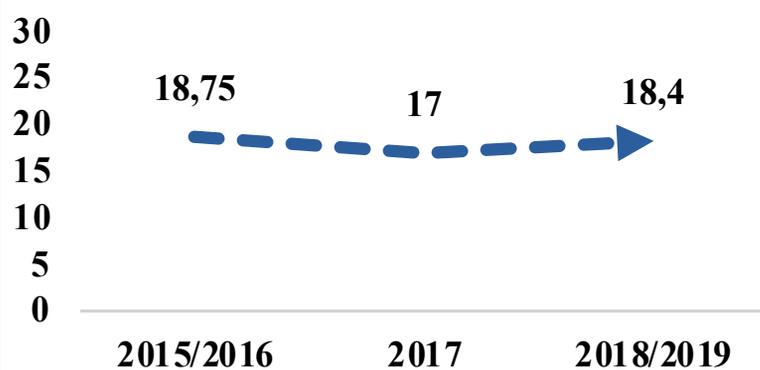
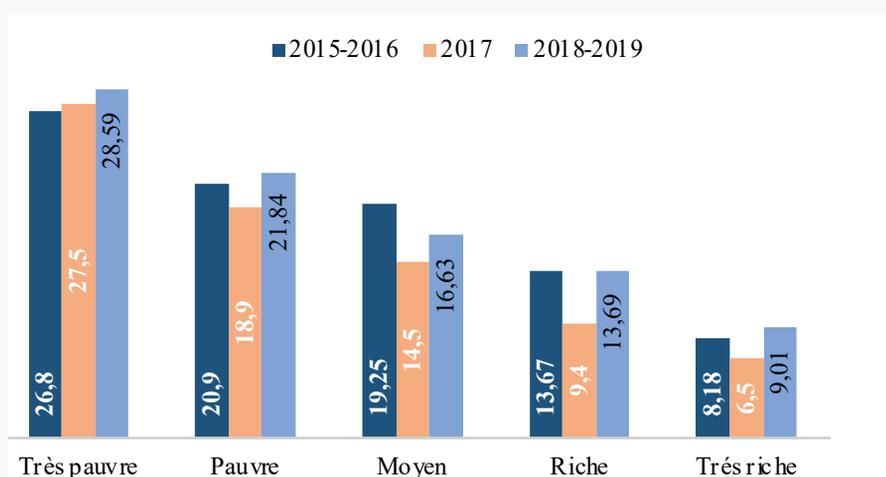


Figure 27 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) au niveau national

VII.2 Evolution selon le quintile de bien être

La figure 28, montre que le taux de retard de croissance (RC) chez les enfants de moins de 5 ans évolue en sens inverse du niveau de richesse. Les classes très riches et riches dépassent la cible nationale de 16%. Par contre, chez les classes très pauvres et pauvres le taux de retard de croissance a augmenté entre 2015/2016 et 2018/2019. Ceci pourrait être expliqué par la stagnation de la pauvreté en valeur relative et son augmentation en terme de valeur absolue (EDS 2019). D'où l'importance des mesures de protection sociale pour les couches vulnérables.

Figure 28 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) selon le quintile de bien être



VII.3 Evolution selon le milieu de résidence

Ce graphique montre que le RC a baissé de façon très légère quel que soit le milieu de résidence. En effet elle passe de 22,02 % (2015-2016) à 21,75 (2018-2019) pour le milieu rural contre 12,9 à 12,3% pour le milieu urbain. La figure 28 laisse penser que les performances nationales sont plus influencées par le milieu rural qui enregistrent des taux presque deux fois plus importants que le milieu urbain. Ceci pourrait être dû à la pauvreté, à la prégnance des tabous alimentaires, à l'existence de périodes de soudures etc.

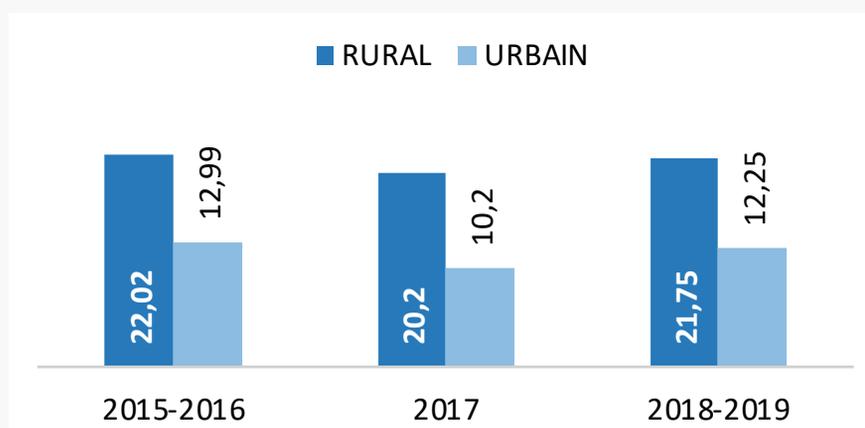


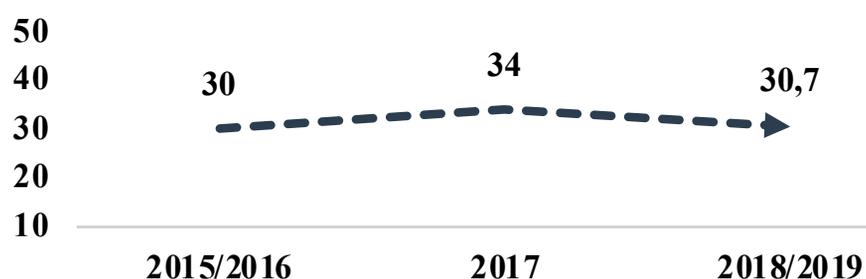
Figure 29 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A) selon le milieu de résidence

VIII. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de la mise au sein précoce

VIII.1 Evolution au niveau national

La proportion d'enfants ayant bénéficié de la mise au sein précoce a stagné autour de 30% entre 2015-2016 et 2018-2019. Ainsi, la cible visée de 64% en 2018 n'a pu être atteinte. Ces résultats signifieraient que les directives nationales liées à la mise au sein précoce sont peu appliquées. Cette situation s'expliquerait par l'absence de formation des prestataires sur les PNP de la santé de la mère et du nouveau-né.

Figure 30 : Proportion de Nouveau-nés ayant bénéficié de la mise au sein précoce



VIII.2 Evolution au niveau régional

Aucune région n'a atteint la cible nationale de 64% en 2018/2019. On constate une disparité importante dans l'évolution de cet indicateur. En effet si certaines régions ont connu des avancées (Dakar, ziguinchor, Thies...), 5 régions (Diourbel, St Louis, Kaolack, Louga et Sédhiou) quant à elles ont connu de régressions. Le meilleur gain est enregistré par la région de Thiès (23,5 points). Le recul le plus important est fait par Kaolack (22,8 points de pourcentage perdus). Cette désagrégation des résultats permet de mieux spécifier mes zones où il faudra intensifier les interventions (orientation, supervision, coaching, monitoring etc.) pour booster les résultats nationaux.

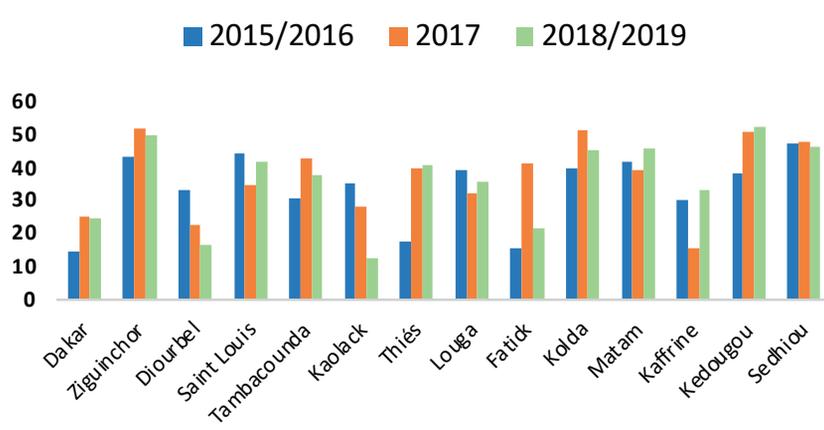
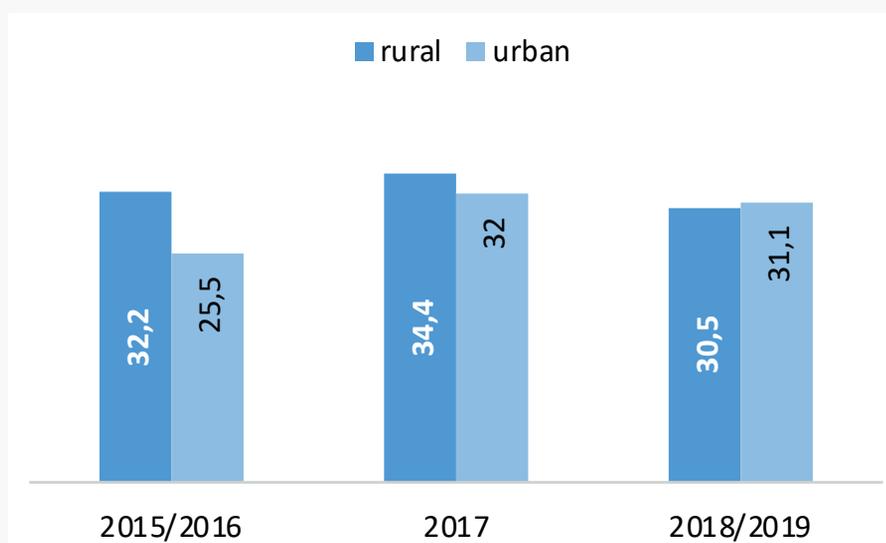


Figure 31 : Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement au niveau régional

VIII.3 Evolution selon le milieu de résidence

La proportion de nouveau-né mis au sein précocement évolue en sens opposé comparativement entre les milieux rural et urbain. En effet, en milieu rural elle a reculé de 1.7 points tandis qu'elle s'améliore de 6 points de pourcentage en milieu urbain. Il faut noter que plusieurs facteurs tels que le lieu d'accouchement, la qualité de l'assistance durant et après l'accouchement (insuffisance du personnel et/ou une mauvaise répartition des tâches, attente du "tokantal", méconnaissance...), le type d'accouchement, le niveau d'éducation de la mère... peuvent impacter négativement cet indicateur. D'où l'importance de renforcer la communication sur les avantages de la mise au sein précoce à tous les niveaux en particulier lors des CPN mais aussi de former les prestataires sur l'Alimentation de la Mère, l'Alimentation du Nourrisson et de Jeune Enfant.

Figure 32 : Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement selon le milieu de résidence



IX. Proportion d'enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein

IX.1 Evolution au niveau national

Cet indicateur important a connu un gain de 7,6 points allant de 34,8% (2015-2016) à 42,4% (2018-2019). L'objectif de 41% fixé par le niveau national en 2018 a été atteint et dépassé. Cette situation pourrait s'expliquer par la mise en œuvre du plan stratégique multisectoriel de la nutrition 2015-2025 et du plan national de développement de la nutrition 2018-2022 qui englobe des interventions en lien avec la communication pour le changement de comportement et social, de création de la demande, d'amélioration de la qualité de l'offre de service par le coaching sur site, les supervisions formatives, les sensibilisations à l'endroit des prestataires.

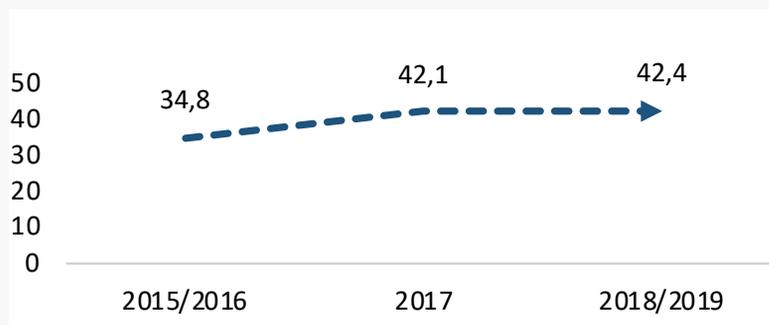
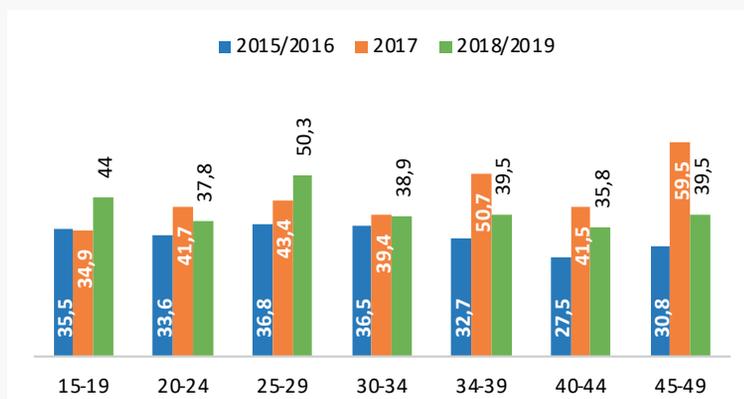


Figure 33 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein au niveau national

IX.2 Evolution selon l'âge

En ce qui concerne l'âge des enquêtées, la performance majeure (50,3%) et le gain le plus important (13,5 points) ont été réalisés par les femmes âgées entre 25 à 29 ans durant ce même intervalle de temps. Cette situation nécessiterait une étude socio-anthropologique car à priori les femmes d'âge mûrs devraient être plus performantes du fait leur expérience.

Figure 34 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon les tranches d'âges



IX.3 Evolution selon le quintile de bien être

L'analyse montre que les classes des femmes très riches et riches ont enregistré des évolutions positives entre 2015/2016 et 2018/2019 contrairement aux classes pauvre et moyen dont les résultats ont chuté. La performance des femmes très riches a presque triplé passant de 19,6% à 53,5% durant la même période. Ces résultats nécessitent des analyses les différences de comportement entre les pauvres et très pauvres d'une part et d'autres part les raisons de la performance exponentielle des très riches. Ces résultats sont superposables aux résultats notés entre les milieu rural et urbains.

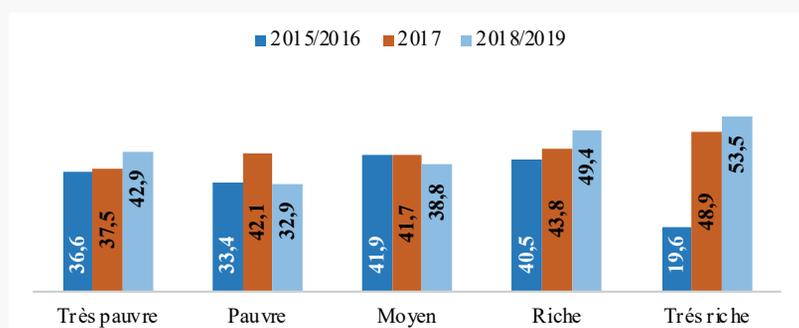
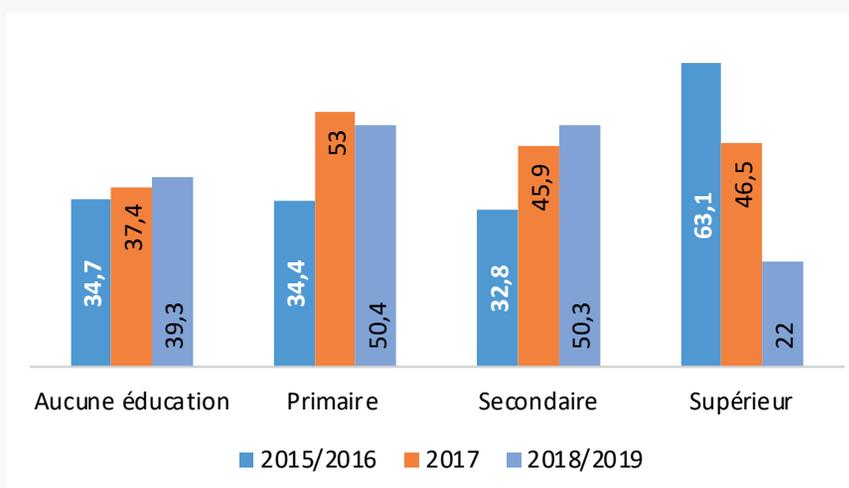


Figure 35 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le quintile de bien être

IX.4 Evolution selon le niveau d'instruction

Figure 36 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le quintile de bien être



IX.5 Evolution au niveau régional

L'atteinte de l'objectif national s'expliquerait par une avancée notable des performances dans la plupart des régions (8/14) qui en 2018-2019 ont atteint et dépassé les performances nationales avec des taux variant entre 42,8% à 57,1%. Les meilleures avancées ont été réalisées par Thiès (23,7 points), suivi des Matam (16,7 points) et Dakar (16,5 points) entre 2015/2016 et 2018/2019. Durant la même période, les performances de Ziguinchor, connaissent une chute vertigineuse de 33,6 points et Saint Louis de 11,4 points.

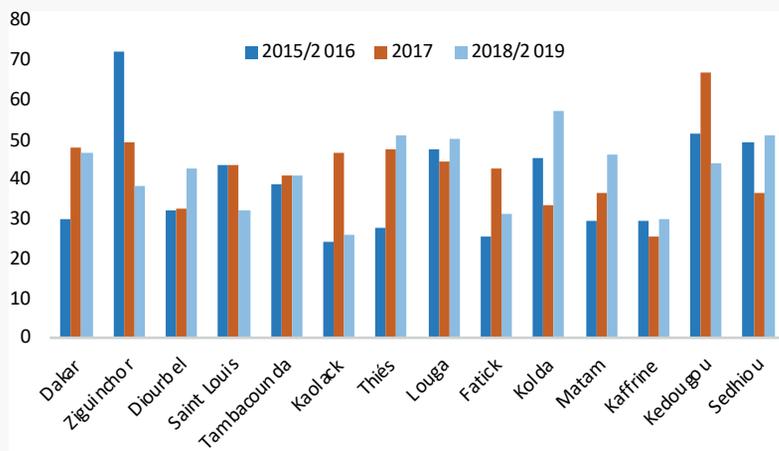


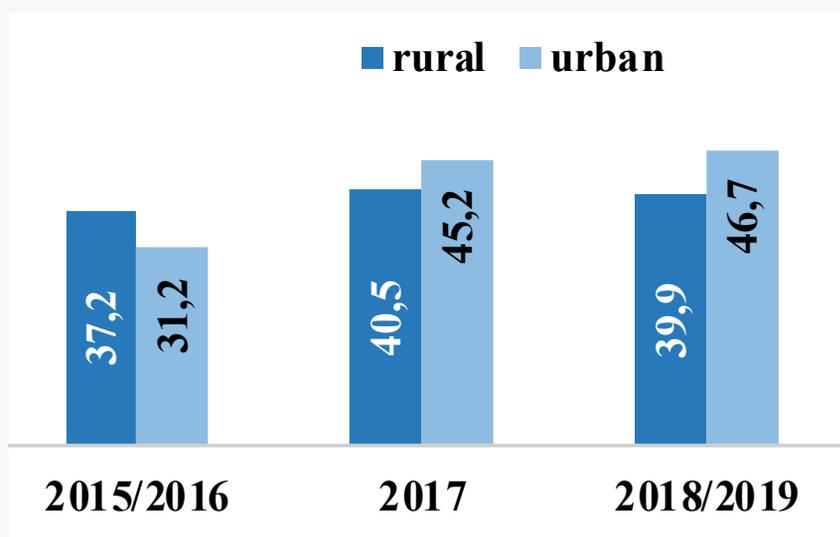
Figure 37 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein par régions

IX.6 Evolution selon le milieu de résidence

Le milieu de résidence, surtout urbain, enregistre un bon important de 15,5 points passant de 31,2% (2015-2016) à 46,7% (2018-2019). Alors que le milieu rural connaît une avancée mineure de 2.7points. Cette situation serait en partie dû aux performances des classes riches et très riches. En effet, ces classes sont le plus souvent milieu urbain.

Le milieu urbain se caractérise aussi par une meilleure accessibilité aux structures de santé. Il serait aussi pertinent de mener une recherche qualitative pour identifier de façon exhaustive les bonnes pratiques à partager et les goulots à contourner.

Figure 38 : Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein selon le milieu de résidence





X. Taux de Prévalence Contraceptives modernes chez les adolescentes âgées de 15-19 ans mariées

X.1 Evolution au niveau national

De 2015 à 2019, la prévalence contraceptive chez les adolescentes est passée de 5,5 à 8,4, soit un bon de 2,9. Ceci pourrait être expliqué par une implication plus accrue des organisations de jeunes, de la société civile dans la mise en œuvre du cadre stratégique national PF, la construction et l'équipement d'espaces adolescent jeunes, les activités de communication etc.

Cependant, malgré les efforts consentis les résultats sont encore en dessous de la cible fixée qui était de 12,5% en 2018, soit un écart de 4,1%.

D'où l'importance de mieux renforcer la sensibilisation chez les adolescentes et les aider à utiliser les moyens d'espace des naissances.

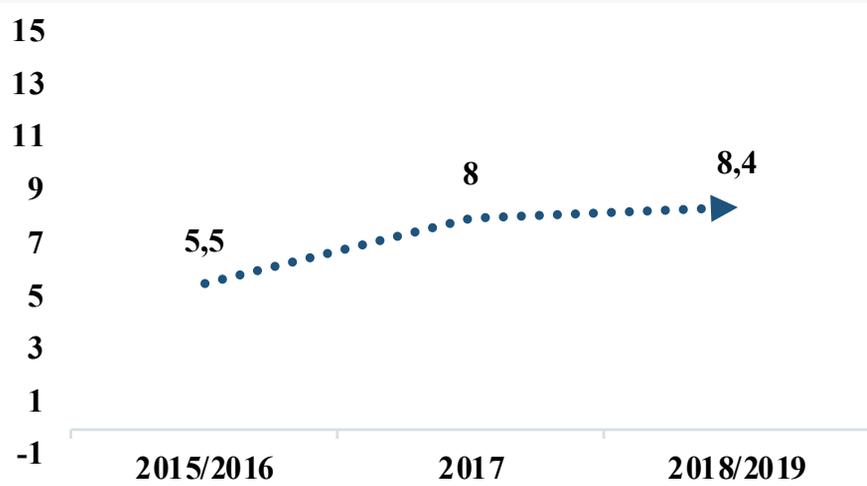
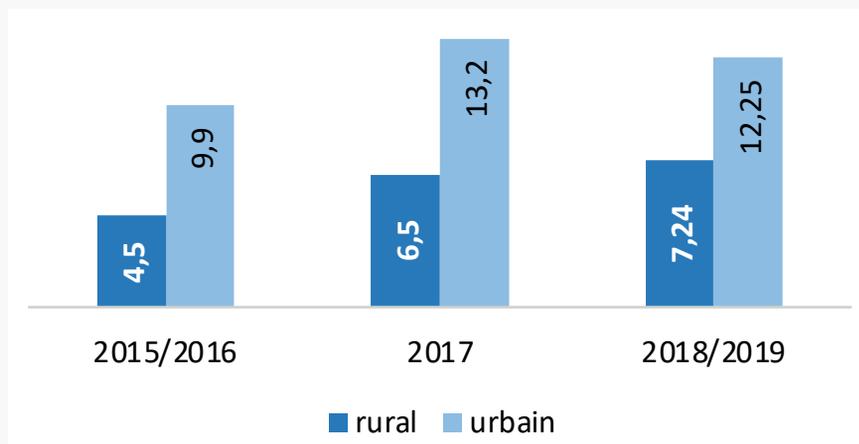


Figure 39 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans mariées au Sénégal

X.2 Evolution selon le milieu de résidence

Globalement le TPC a progressé dans tous les milieux de résidence entre 2015 et 2019. Le milieu rural connaît une légère meilleure progression que le milieu urbain (2,7 points contre 2,4 points). La cible de 12,5% en 2018 n'est pas atteinte par aucun milieu de résidence même si le milieu urbain régresse de 13,2% en 2017 à 12,3% en 2018/2019. Le milieu urbain aurait une meilleure accessibilité aux infrastructures de santé, les populations riches sont plus localisées dans le milieu urbain...

Figure 40 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans selon le milieu de résidence



X.3 Evolution au niveau régional

La prévalence contraceptive chez les adolescentes mariées a progressé dans la plupart des régions du Sénégal (9 régions /14). Le bon le plus important est réalisé à St Louis qui passe de presque 2% à près de 20% entre 2015/2016 et 2018/2019. le TPC, des adolescentes mariées, le plus élevé est constaté au niveau de la région de Ziguinchor en 2018/2019 avec 24,9%, les régions de Dakar, Diourbel, Fatick, Matam et Sédhiou connaissent une régression de leur TPC. Le TPC des adolescentes mariées, le plus faible est noté dans la région de Matam (1,96%) pour la même période. Les contre-performances de Dakar et Diourbel, du fait de leurs poids démographiques, expliqueraient en grande partie les difficultés du Sénégal à atteindre la cible nationale de 2018 (12,5%).

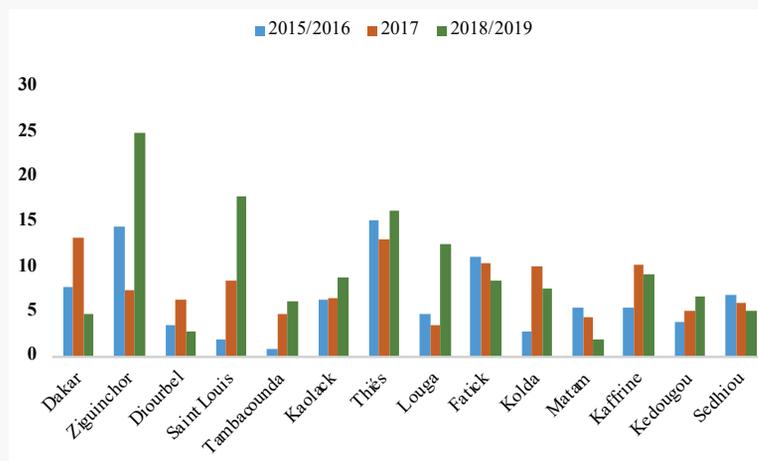


Figure 41 : Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans par régions

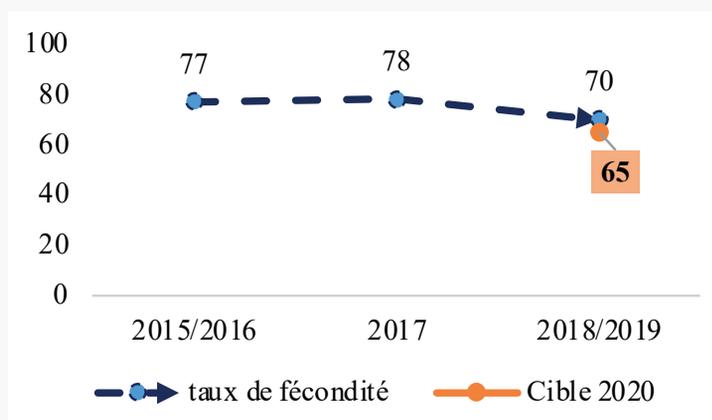
XI. Le taux de Fécondité des adolescentes de 15-19 ans selon la région

XI.1 Evolution au niveau national

Les résultats de ce graphique montrent que de 2015 à 2019, le taux de fécondité chez les adolescentes au niveau national a baissé passant de 80 à 71‰, soit un bond de 9 points. Cependant, malgré les efforts consentis, les résultats sont toujours au-dessus de la cible fixée (65‰).

Cet indicateur est très lié au TPC. En effet, l'augmentation du TPC expliquerait les résultats notés dans la baisse de la fécondité des adolescentes mariées. Ainsi, les interventions de sensibilisation, de construction et d'équipement d'espaces adolescents, la mise en œuvre du plan stratégique Pf... ont contribué à la baisse de la fécondité chez les adolescentes mariées.

Figure 42 : Taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans au niveau national



XI.2 Evolution au niveau régional

Entre 2015/2016 et 2018/2019 le taux de fécondité des adolescentes mariées a connu cette une baisse dans la plupart des régions du Sénégal (9/14) ; mais elle a aussi connu une augmentation dans 4 régions (Dakar, Diourbel, Saint Louis et Sédhiou) les 3 première étant à forte démographie. Elle a quasi-stagné à Ziguinchor.

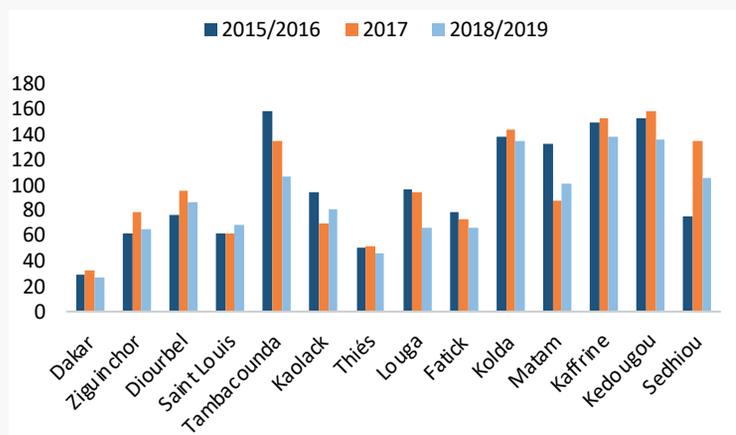
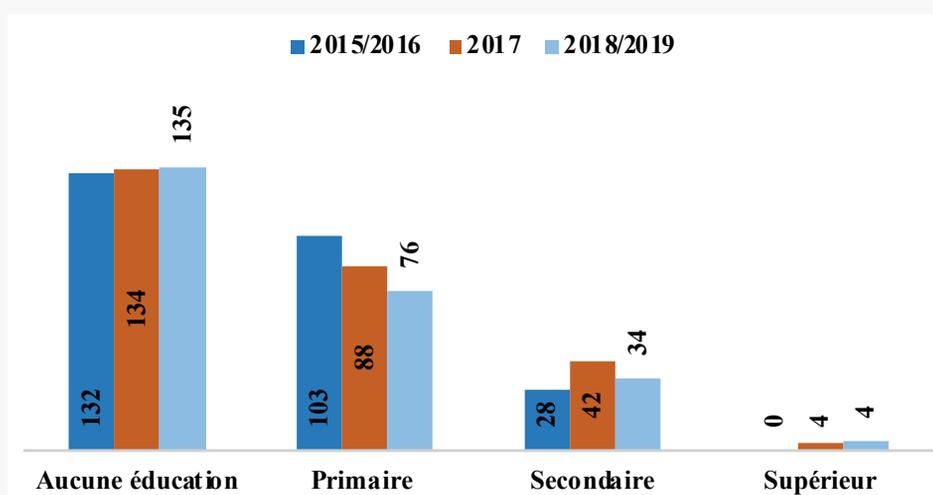


Figure 43 : Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans selon la région

XI.3 Niveau d'instruction

Les tendances de ce graphique montrent que le taux de fécondité reste très élevé chez les adolescentes 15-19 ans mariées sans instructions comparativement à celles qui sont instruites. En effet, chez les premières la fécondité dépasse les 130 pour mille quel que soit l'année ; elle passe de 103 à 76 durant la période d'étude et évolue aux alentours de 30 chez celles du niveau primaire et à moins de 5 chez celles du niveau supérieur. L'analyse devrait aussi faire attention à risque de biais de sélection lié au nombre d'adolescentes mariées dans chaque catégorie. En effet, il est plus fréquent de voir des adolescentes mariées dans chaque catégorie. En effet, l'analyse de chaque catégorie montre une régression uniquement chez celles qui ont le niveau du primaire.

Figure 44 : Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans selon la région selon le niveau d'instruction



XII. Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées

XII.1 Evolution au niveau national

Le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans déclarant avoir été excisée a connu une légère hausse passant de 23,5% en 2015/2016 à 24,2% en 2018-2019. Ces résultats sont loin de la valeur attendue en 2018 qui est de 15%. L'excision est une pratique culturelle très ancrée dans certaines zones. Ces résultats témoignent des difficultés à faire changer les tendances malgré les investissements importants dans le plaidoyer, la sensibilisation, les sanctions pénales.

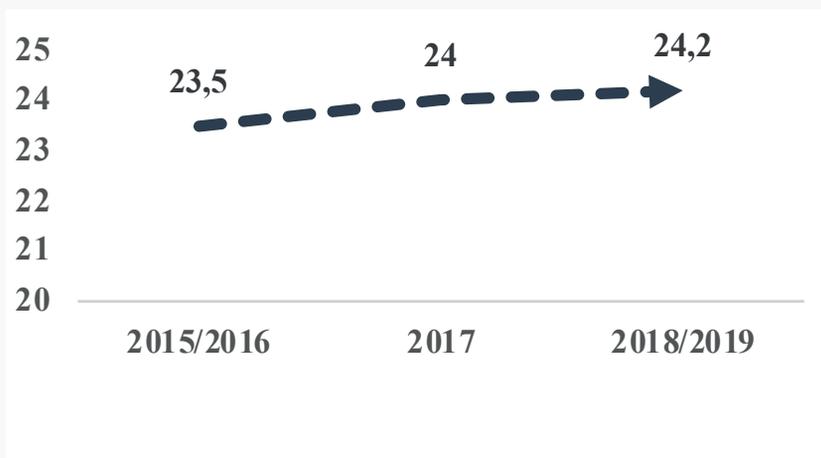


Figure 45 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées au niveau national

XII.2 Evolution au niveau régional

Le taux d'excision a augmenté dans les régions de Dakar, Ziguinchor, Kolda et Matam entre 2015/2016 et 2018/2019. Les prévalences les plus importantes sont notées dans les régions de Kédougou, Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Matam et Sédhiou.

Hormis Matam, toutes les régions à forte prévalence se trouvent au sud du Sénégal. Ainsi, certains groupes socio-culturels seraient plus enclin à la pratiquer que d'autres. Les causes seraient liées aux croyances socio-culturelles, au statut social accordé aux filles excisées, mais aussi au statut des exciseuses.

Ainsi, il est important de procéder à des études socio-anthropologiques dans ces zones pour proposer des solutions adaptées.

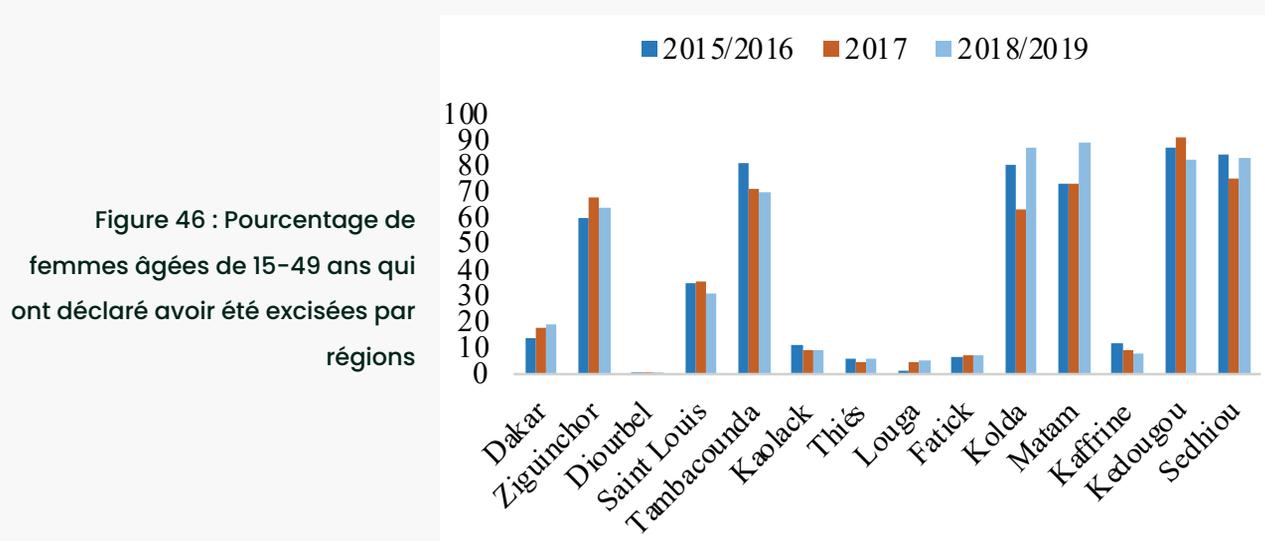


Figure 46 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées par régions

XII.3 Evolution selon le milieu de résidence

Les résultats montrent une évolution paradoxale des taux d'excision. En effet, le taux augmente dans le milieu urbain et régresse dans les zones rurales. En effet, le milieu s'améliore de 2 points alors que le milieu urbain perd 3,1 points. La densité de la population étant plus importante en milieu urbain, cette situation expliquerait les difficultés à atteindre la cible nationale. Ainsi, en plus d'intervention dans les zones rurales, il est important de dérouler des activités dans les villes pour éviter une persistance des résultats au niveau national.

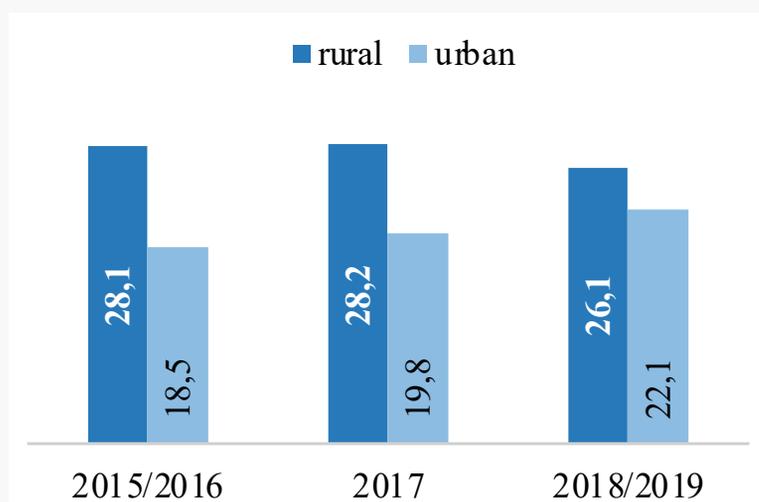


Figure 47 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées selon le milieu de résidence

XII.4 Niveau d'instruction

L'analyse de l'évolution du pourcentage de femmes qui déclarent avoir été excisées montre un constat mitigé. En effet, entre 2015/2016 et 2018/2019 le pourcentage de femmes déclarant avoir été excisées régresse uniquement chez les non instruites et augmente proportionnellement au niveau d'instruction. Ainsi, l'évolution la plus importante est notée chez les femmes ayant fait des études supérieures (6,4 points). Cette situation expliquerait l'évolution notée de l'indicateur au niveau des milieux de résidence. Il serait utile de mener des études pour mieux comprendre les déterminants de l'excision.

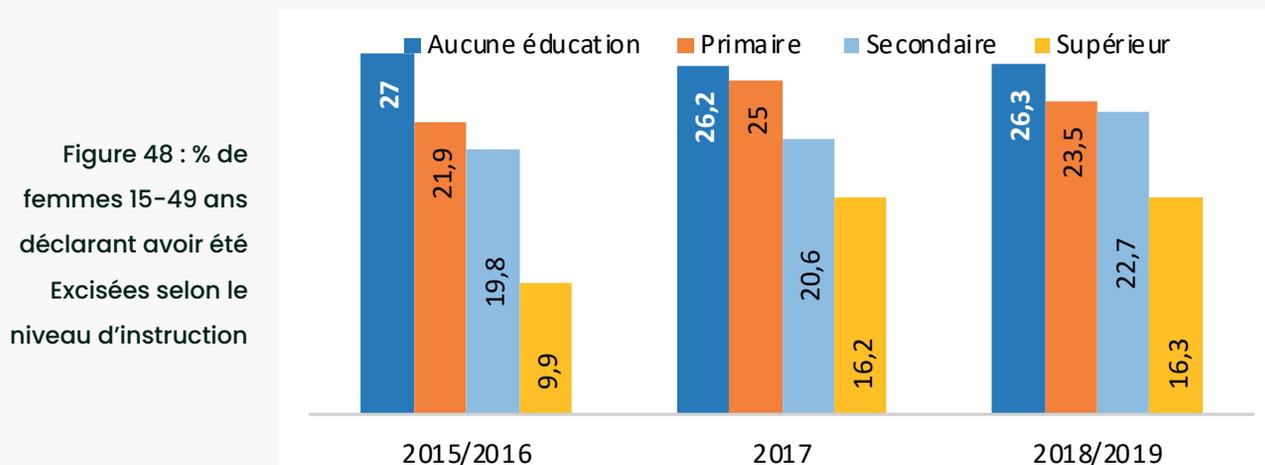


Figure 48 : % de femmes 15-49 ans déclarant avoir été excisées selon le niveau d'instruction



XIII. Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil

XIII.1 Evolution au niveau national

Le pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil, a connu une bonne évolution passant de 66,47% en 2015-2016 à 72,1% en 2017 puis à 74,9 % en 2018-2019. Ainsi, la cible visée de 75% pour 2020 est presque atteinte.

En ce qui concerne cet indicateur de haute importance, beaucoup d'effort de construction, d'équipements des états civils, de sensibilisation, de communication autant en direction des populations que des prestataires de santé et du milieu scolaire ont été réalisés. En outre, des stratégies pilotes prometteuses sont aussi déroulées telles que l'installation de coins états civil dans les formations sanitaires. En outre, la récente érection (mai 2023) de la direction de l'état civil en agence de l'état civile pourrait contribuer à améliorer grandement les performances nationales.

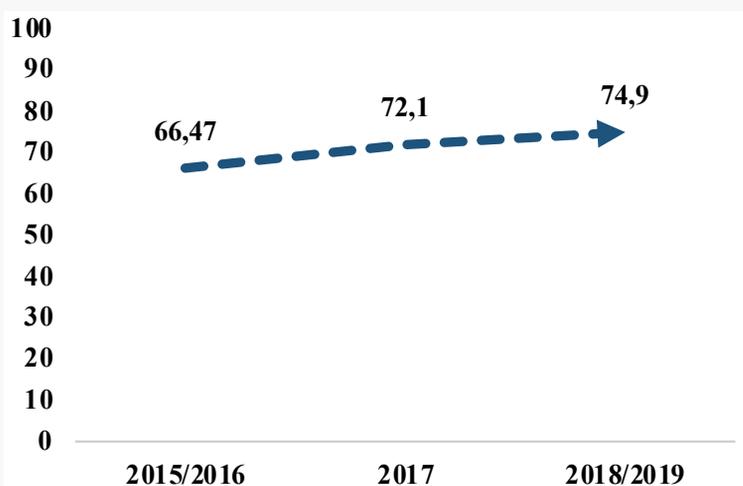
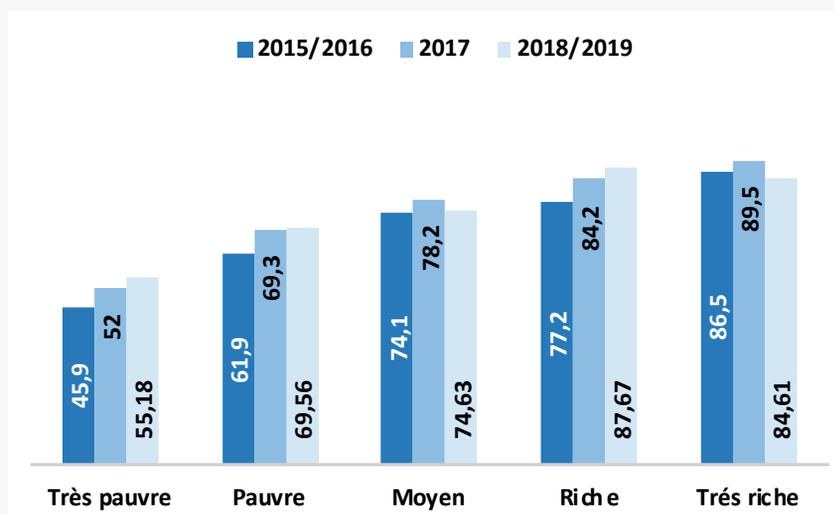


Figure 49 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil

XIII.2 Selon le quintile de bien être (graphe)

Le pourcentage d'enfant âgé de 0-11 mois a progressé chez toutes les classes. Les performances les plus importantes sont notées chez les riches (10,47points) et les pauvres (9,28points). Ainsi, il ne semble pas y avoir de corrélation directe entre le niveau de richesse et la déclaration à l'état civil.

Figure 50 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon le quintile de bien être



XIII.3 Selon les régions (graphe)

Cet indicateur a progressé dans 12 régions sur les 14 que compte le Sénégal. Ainsi, seuls Matam et Diourbel ont enregistré des contre-performances respectives de 4,4 et 7,1 points. Les meilleures marges de progressions sont notées à Tambacounda, Louga, Kaffrine avec environ 20 points de gagnés. Les initiatives de création de la demande et d'amélioration de l'accès ont été très déterminantes.

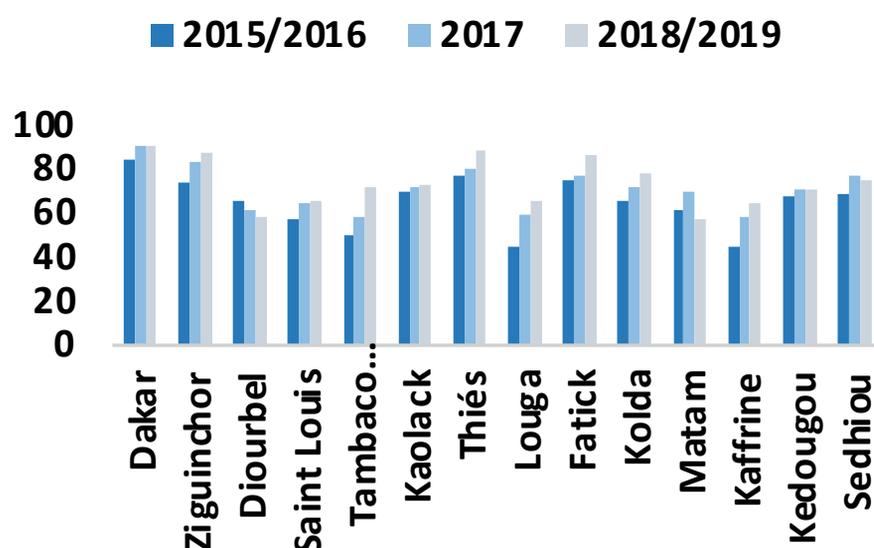
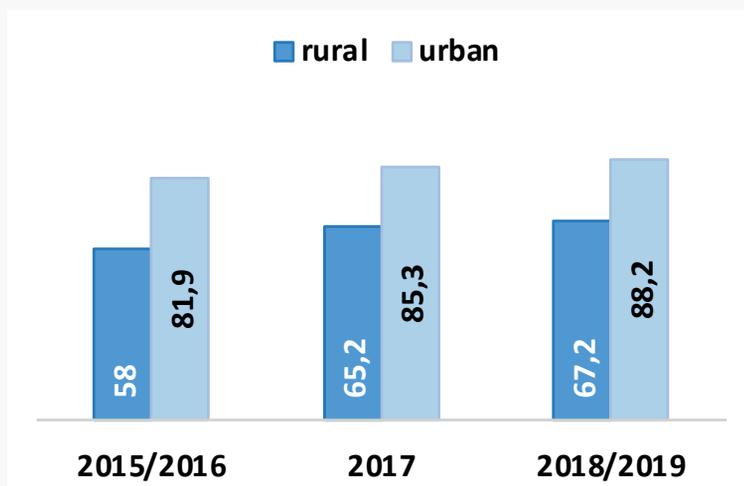


Figure 51 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon la région

XIII.4 Selon le milieu de résidence (graphe)

Autant, les milieux urbains (plus de 8 points) et rural (plus de 10 points) ont fait des bons positifs. Il faut noter le pic de 85,3% de performance réalisé en 2017 par le milieu urbain. Ceci montre la fragilité des résultats et l'importance du suivi rapproché des interventions pour éviter de perdre les points de pourcentage gagnés.

Figure 52 : % d'enfants 0-11 mois dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon le milieu de résidence



XIV. Couverture vaccinale chez les 12-23 mois

XIV.1 Evolution au niveau national

La couverture vaccinale au Sénégal s'est beaucoup améliorée entre 2015/2016 et 2018/2019 en passant de 69,2% à 76,8%. Toute fois la cible attendue de 86% en 2019 n'a pas été atteinte malgré les efforts consentis. Ces améliorations sont dues aux efforts de sensibilisation des populations via des émissions radio- communautaires et de visite à domicile. Force est de reconnaître qu'il faut renforcer davantage ces interventions d'où la stratégie de vouloir mettre en place un coin état civil dans toutes les maternités pour un enrôlement actif des nouveau-nés. Parmi les goulots d'étranglement nous pouvons citer les rumeurs à l'origine de perceptions négatives de certaines populations cibles vis-à-vis de la vaccination. Ainsi, en plus des efforts de création de la demande il est important de travailler sur la gestion des rumeurs.

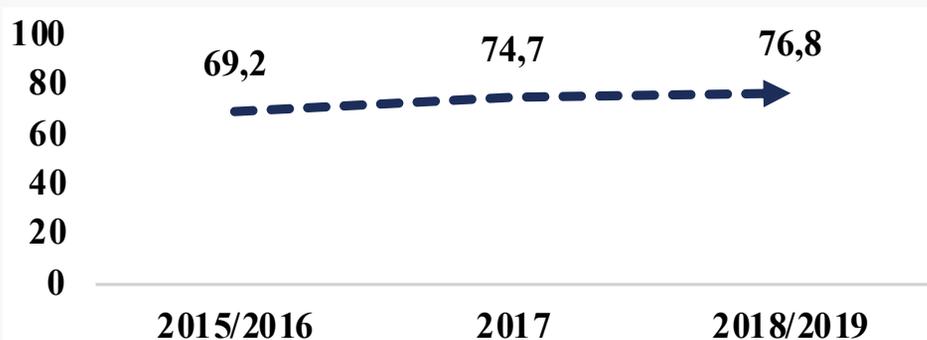


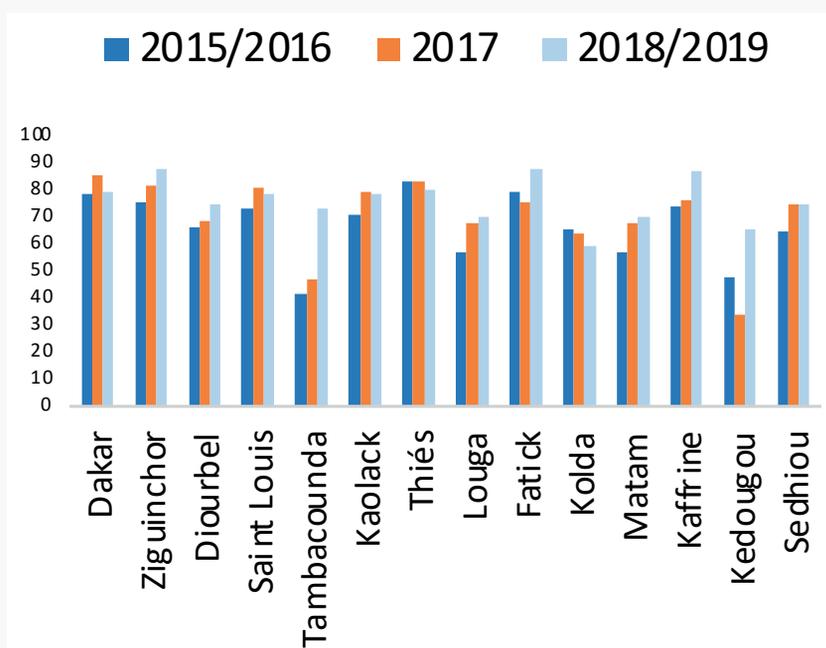
Figure 53 : Couverture vaccinale chez les 12-23 mois au niveau national

XIV.2 Evolution au niveau régional

A l'exception de Thiès et Kolda, toutes les régions ont connu une hausse de leur performance en termes de couverture vaccinale chez les 12-23 mois. Les régions de Kaffrine (86,24%), Tambacounda (72,51%) et Kédougou (64,88%) sont les portes étendards de ces importantes progressions.

Concernant l'année 2019, la couverture s'est nettement améliorée même aux niveaux des régions Kédougou et Thiès qui avaient enregistré les taux les plus faibles. Ces résultats rendent compte des efforts d'amélioration de la demande (communication, sensibilisation, plaidoyer...), d'amélioration de l'accès (création de postes de santé, déploiement de stratégies avancées) et de la qualité de l'offre (réduction des durée de rupture, équipement en chaîne de froid, renforcement de capacité des prestataires etc.).

Figure 54 : Proportion
COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES
12-23 MOIS selon la région



XIV.3 Evolution selon le milieu de résidence

Les couvertures vaccinales ont progressé dans tous les milieux de résidence. Le milieu rural enregistre la plus forte évolution (gain de plus de 10 points, contre 3 points). Ces résultats positifs s'expliquent par les efforts de communication et de sensibilisation déroulés au milieu communautaire et au déploiement des stratégies avancées pour toucher les communautés d'accès difficile entre autres.

Ces résultats soulignent l'importance de dérouler des interventions de consolidation dans les milieux urbains pour éviter de diluer les efforts et les points gagnés dans les milieux ruraux.

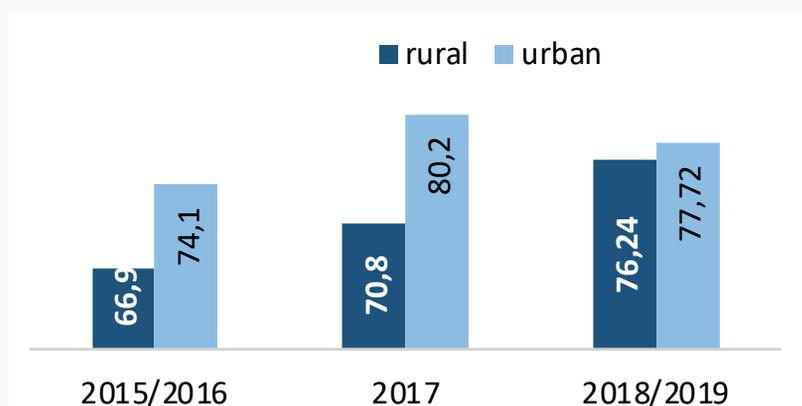


Figure 55 : Le taux de couverture vaccinale chez les 12-23 mois selon le milieu de résidence

XIV.4 Niveau d'instruction

Le niveau de couverture vaccinal des enfants augmente dans le temps avec le niveau d'instruction de la mère jusqu'au niveau secondaire. Pour le niveau supérieur on note une baisse des performances entre 2017 et 2018/2019. Ainsi, généralement, les performances vaccinales sont plus importantes chez les enfant 12-23 mois issues de mères instruites que chez ceux issus de mères non instruites.

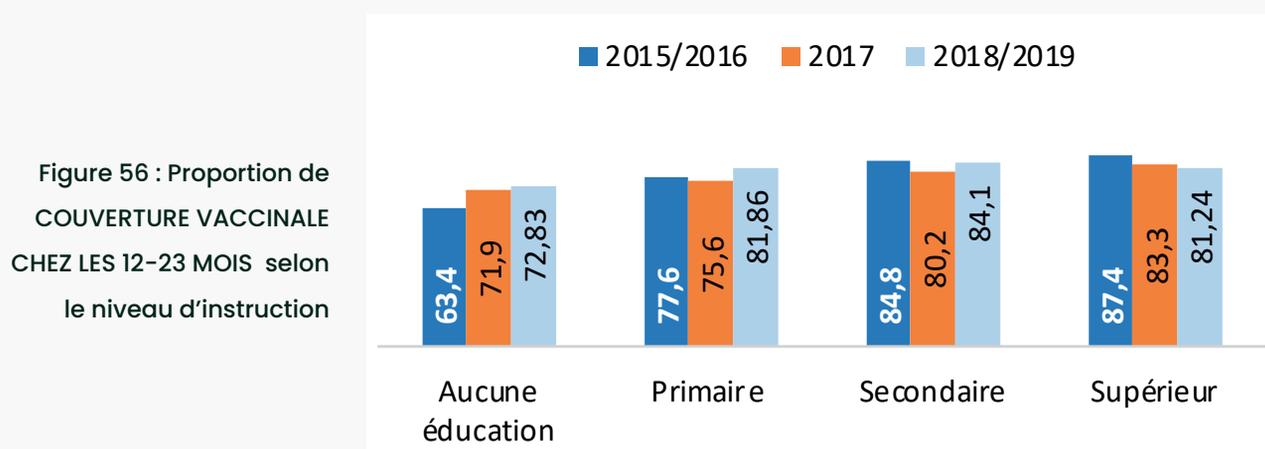


Figure 56 : Proportion de COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES 12-23 MOIS selon le niveau d'instruction

XIV.5 Evolution selon l'âge

De façon globale, le niveau de couverture vaccinale des enfants augmente avec l'âge de la mère et dans le temps excepté l'année 2018-2019. Cette situation pourrait s'expliquer par la maturité de la mère qui serait plus sensibilisée sur la vaccination et comprendrait mieux ses avantages. Toutefois, il est nécessaire de mener des études qualitatives pour mieux comprendre l'évolution des performances.

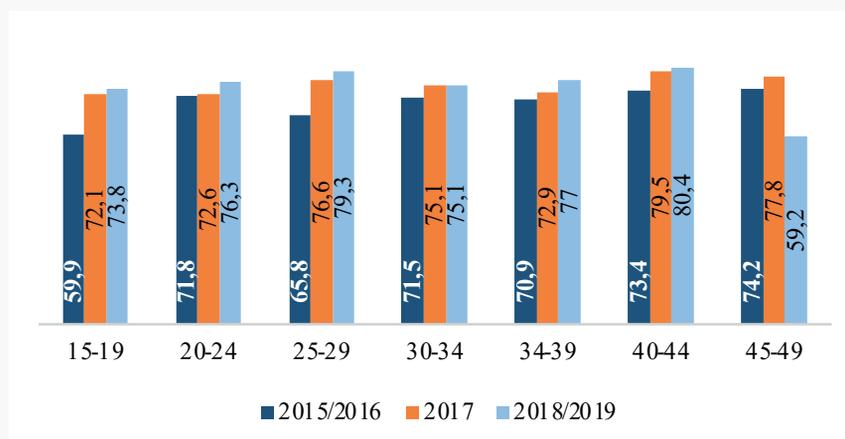


Figure 57 : Couverture vaccinale des 12-23 mois en fonction de l'âge de la mère

XV. Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA

XV.1 Evolution au niveau national

Au niveau national, la proportion de demande en soins de cas d'Infection Respiratoire Aiguë chez les enfants de moins de 5 ans a légèrement progressé passant de 54.9 % en 2015/2016 à 56.7% en 2018/2019 avec un pic de 59.6% en 2017. Cette tendance haussière pourrait s'expliquer entre autres par la multiplicité des stratégies de communication à travers l'organisation de journées de lutte contre la pneumonie et la mise en œuvre du plan SRMNIA 2016-2020.

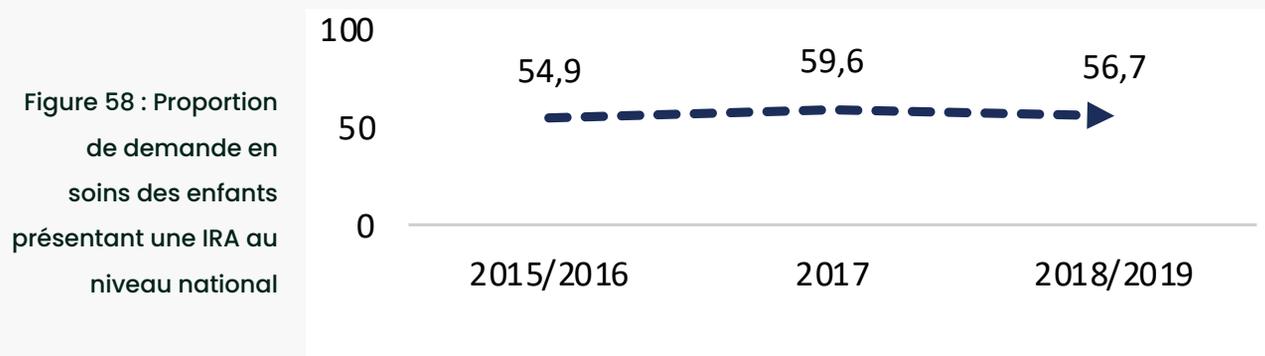


Figure 58 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA au niveau national

XV.2 Evolution en fonction des régions

La désagrégation régionale permet de mieux expliquer la faible performance du niveau national. En effet, même si beaucoup de régions ont progressé 5 régions ont reculé. Il s'agit de Diourbel (plus de 15points), Kaolack (plus de 6points), Kaffrine (près de 3points), Kédougou (plus de 20 points) et Sédhiou (9points). Il est ainsi, indispensable de renforcer les interventions dans ces régions contre performantes pour améliorer les performances nationales.

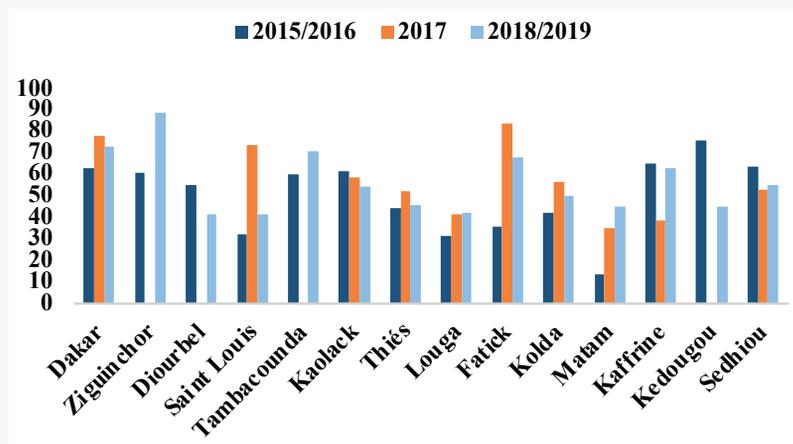


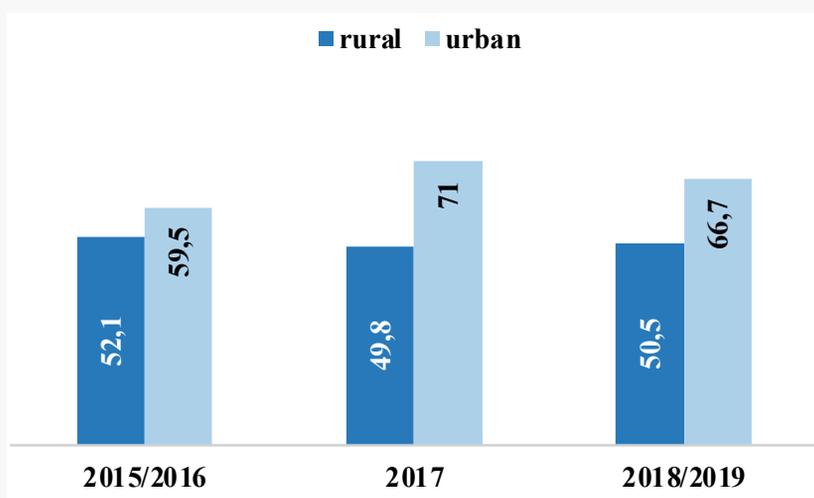
Figure 59 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon les régions

XV.3 Evolution selon le milieu de résidence

En se référant au milieu de résidence, nous constatons que la demande a légèrement progressé de 7,2 points en milieu urbain durant la période d'étude. Toutefois, elle a régressé en milieu rural. Ainsi, la demande en soins pour les IRA requiert une intensification ou réajustement des interventions pour créer la demande. Il s'agit surtout des actions en lien avec la communication et la facilitation de l'accès.

Parallèlement, il est important de faire de la recherche pour comprendre les comportements des familles en cas de survenu d'affections respiratoires chez les enfants.

Figure 60 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le milieu de résidence



XV.4 Niveau d'instruction

la demande en soins pour les IRA est plus importante chez les enfants issus de parents instruits comparativement au non instruits quel que soit l'année, à l'exception du taux chez les femme du supérieur en 2015/2016. Cet écart est plus patent en 2018-2019 ou il est culmine à plus de 80% (niveau supérieur) contre moins de 50% (aucune d'instruction). Un saut spectaculaire est enregistré pour les mères ayant le niveau supérieur pour lesquelles la demande passe de 31,3% à 82%. Ces résultats confirment l'importance des initiatives en faveur de l'éducation des filles et leurs impacts positifs dans la santé des enfants.

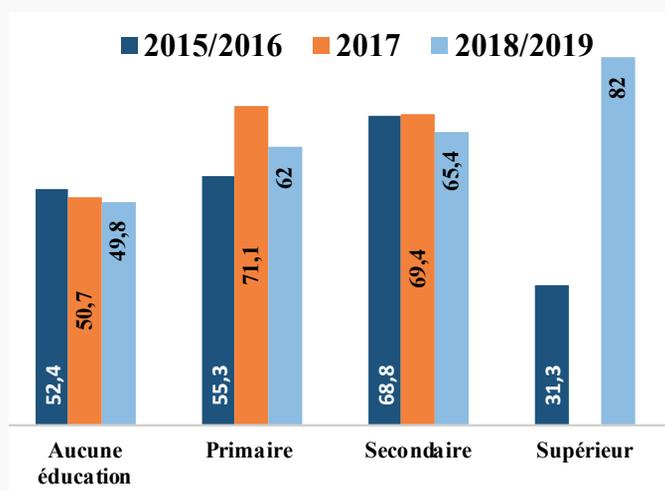
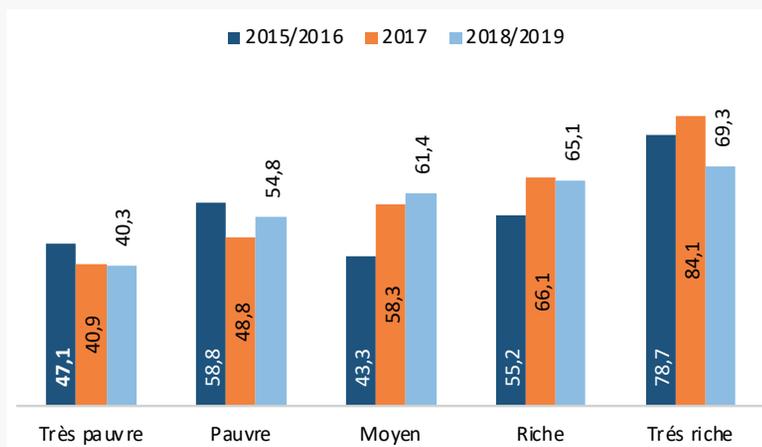


Figure 61 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le niveau d'instruction

XV.5 Evolution selon le quintile de bien être

En ce qui concerne le quintile de bien être, la demande en soins chez les enfants atteints d'IRA augmente avec la richesse. Ceci, s'expliquerait par le contournement des barrières liées à l'accès, surtout la barrière financière. Ainsi, malgré les initiatives de gratuité chez la cible (enfant de zéro à 5ans), le niveau de richesse des parents impacte le niveau de la demande. Ces résultats montrent la prégnance des déterminants (tel que la richesse) sur l'utilisation des services de santé.

Figure 62 : Proportion de demande en soins des enfants présentant une IRA selon le quintile de bien être





XVI. Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN

XVI.1 Evolution au niveau national

Au plan national, la prise en charge par SRO/Zinc des enfants atteints de diarrhée a plus que triplé allant de 6.2% (2015-2016) à 19.1% (2018-2019). Ceci pourrait être lié à la mise en œuvre du plan SRMNIA qui a permis d'améliorer sensiblement la disponibilité des intrants, le renforcement de capacité des prestataires à tous les niveaux (formations et les supervisions).

Toutefois, ces performances sont en deçà des cibles nationales prévues dans le plan SRMNIA 2016-2020 (95%). Cette période a coïncidé aussi avec le recrutement de beaucoup de prestataires de santé. Toutefois, beaucoup n'ont pas bénéficié de formation sur la PCIME. Il faut noter aussi, les grèves des prestataires qui avaient marqué cette période.

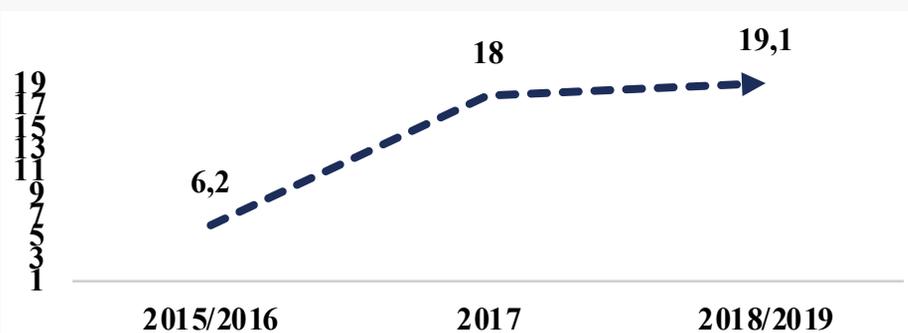
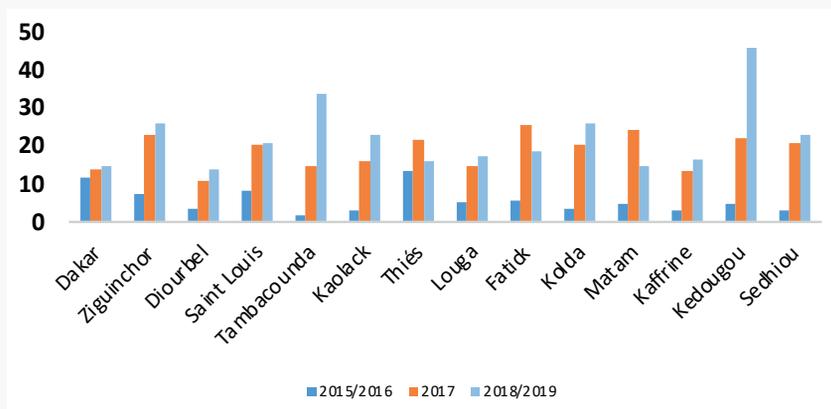


Figure 63 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN au niveau national

XVI.2 Evolution au niveau régional

Toutes les régions ont connu des progrès dans l'offre de soins en SRO/Zn durant la période d'étude. Toutefois, les avancées notées sont moyennes. En effet, seules deux régions ont une proportion sur la PEC de la diarrhée par le SRO/ZN de plus de 30% (Tambacounda et Kédougou en 2018-2019). En outre, le poids démographique peu important de ces deux régions ne permet pas une répercussion majeure de leurs résultats sur les performances nationales.

Figure 64 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN selon les régions



XVI.3 Selon le milieu de résidence (graphe)

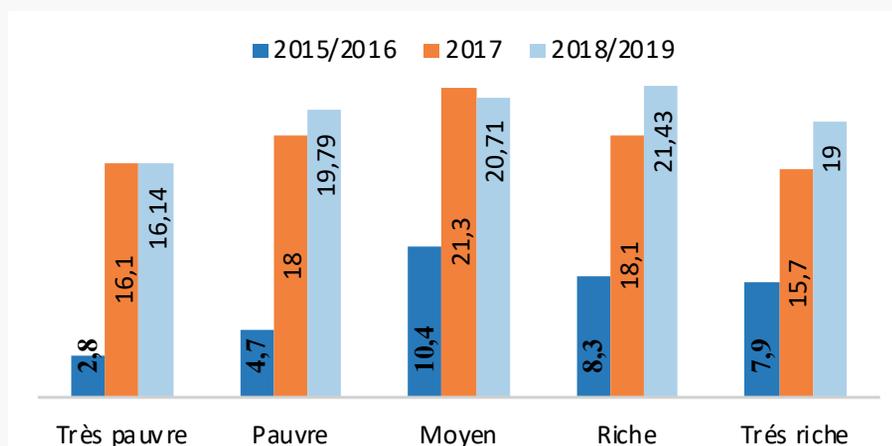
Selon le milieu de résidence, la PEC des cas de diarrhée par SRO/Zinc entre 2015/2016 et 2018/2019 s'est beaucoup amélioré. Elle a presque quadruplé passant de 5 à 19.75% dans le milieu rural et a plus que doublé dans le milieu urbain est passant de 8.6 à 18.12%.

Ces résultats montrent que les efforts de renforcement de capacité et d'amélioration de la disponibilité des médicaments ont un impact positif sur les performances. Toutefois, il faudra élargir la couverture de ces formations (orientation, coaching, supervision formative etc.) à l'ensemble des prestataires.

XVI.4 Evolution selon le quintile de bien être

Ce graphique montre que la prise en charge des cas de diarrhée par SRO/Zinc augmente avec le quintile de bien-être. Seule la classe des très riches fait exception. En effet, ses performances sont uniquement supérieures à celles des catégories très pauvres. Ainsi, les barrières financières à l'accès pourraient être vues comme un frein à l'utilisation des services de santé. Il est également important d'approfondir la recherche pour comprendre les résultats notés chez les très riches.

Figure 65 : Proportion d'enfants souffrant de diarrhée prise en charge par SRO/ZN selon le quintile de bien être



XVI.5 Selon la tranche d'âge des cibles (graphe)

Le graphique montre une évolution positive de la PEC par SRO/Zn des cas de diarrhée pour toutes les tranches d'âge. La progression la plus importante est enregistrée chez les nourrissons âgés de 48-59 mois dont la prise en charge passe de 1,7 à 18,08 % durant la période d'étude. Toutefois les taux de prise en charge à plus de 20% sont notés dans les tranches d'âge allant de 9 à 23 mois. Ceci pourrait être lié aux opportunités offertes par le Programme Elargi de Vaccination. Cette situation rappelle l'importance de créer des occasions de contacts entre les nourrissons 0-59 mois et le système de santé pour améliorer les chances de prise en charge précoce des enfants atteints de diarrhée.

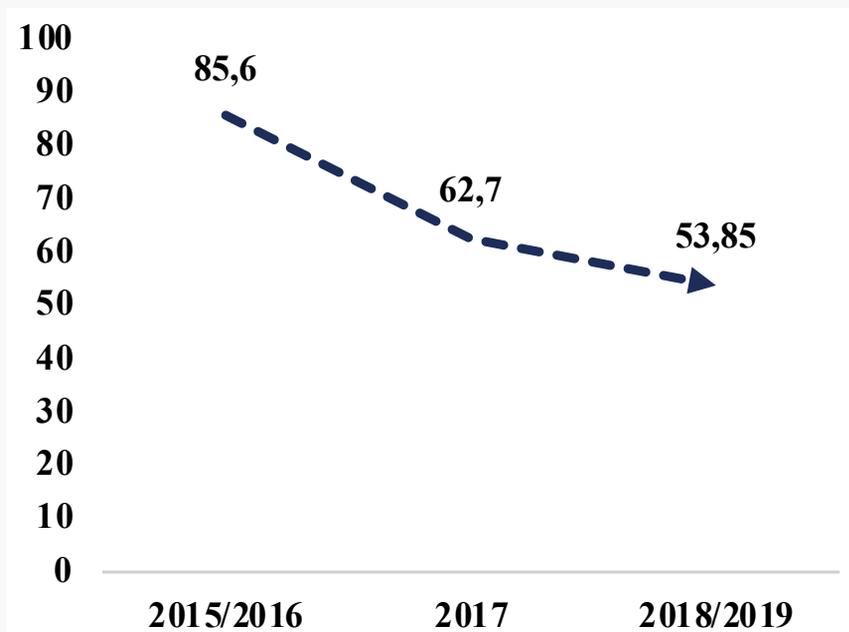
XVII. Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les six derniers mois

XVII.1 Evolution au niveau national

La proportion d'enfants supplémentés en vitamine A est passée de 85,6% (2015-2016), à 62,7% (2017) et à 53,85 (2018-2019). Cette régression pourrait s'expliquer par l'abandon des campagnes de masse de supplémentation en vitamine A, en faveur de la supplémentation en routine. Les performances sont en deçà de la cible attendue de 80%. Depuis 2017 aucune région ne parvient à atteindre les performances souhaitées.

En 2015-2016, les performances ont été portées par la cible 12-59 mois avec des performances de plus de 80%. Depuis le passage à la routine de la supplémentation en vitamine A, les performances n'atteignent pas la cible visée.

Figure 66 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les six derniers mois



XVII.2 Selon les régions (graphes)

Le contraste est important entre le début de l'étude et la période de fin. En effet, les régions passent d'une situation de performance (atteinte des objectifs de 80% de couverture) dans la quasi-totalité des régions (12/14 régions) à une situation de contre-performance dans toutes les 14 régions. La plupart des régions (8/14 régions) font des contre-performances vertigineuses avec des pertes de points de pourcentage oscillant entre 30 et 40 points. Il s'agit de Diourbel, Tambacounda, Kaolack, Louga, Fatick, Matam, Kaffrine, Kedougou. Cette situation pose la question de la pertinence de la stratégie de supplémentation en vitamine A des enfants 6-59 mois en routine.

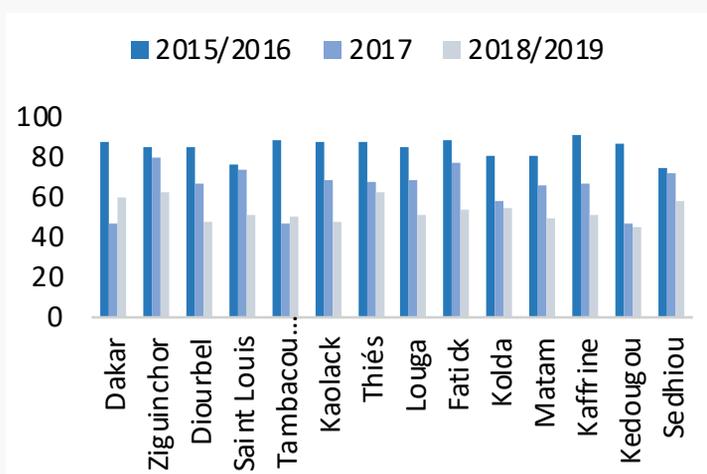
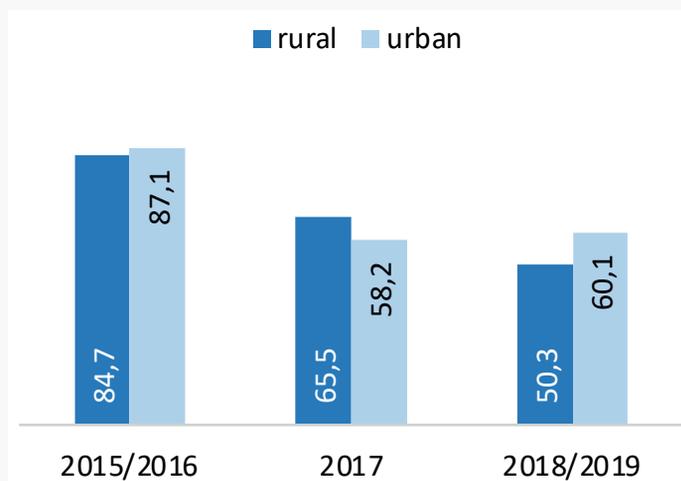


Figure 67 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon la région

XVII.3 Selon le milieu de résidence (graphes)

La performance baisse dans les deux milieux de résidence mais est plus marquée au niveau rural avec une régression de 34,4 points de pourcentage. Ceci pourrait être lié aux innombrables barrières à l'accès (financière, géographiques, représentations socio-culturelles...) dans les milieux ruraux, à l'insuffisance de la communication qui serait plus importante dans cette zone.

Figure 68 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le milieu de résidence



XVII.4 Selon le niveau d'instruction de la mère (graphes)

De façon globale les enfants issus de mère non instruites sont moins supplémentés que ceux issus de mères instruites ; sauf en 2017 où ils sont mieux supplémentés que les enfants de mères ayant le niveau secondaire ou supérieur. En outre, en 2018/2019 la contre-performance évolue en sens opposé du niveau d'éducation de la mère.

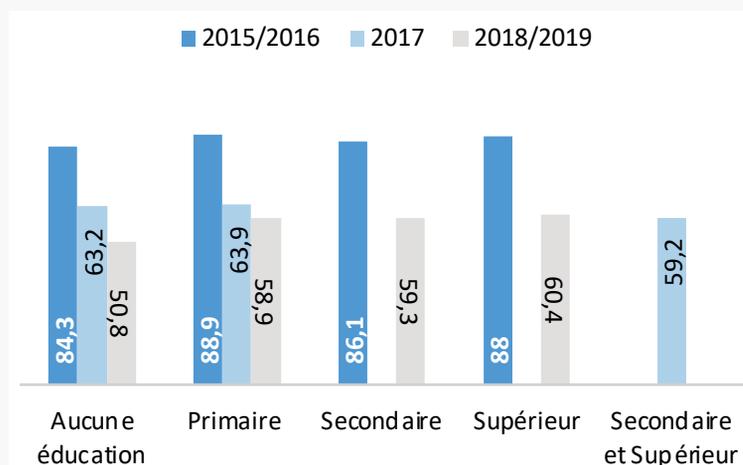
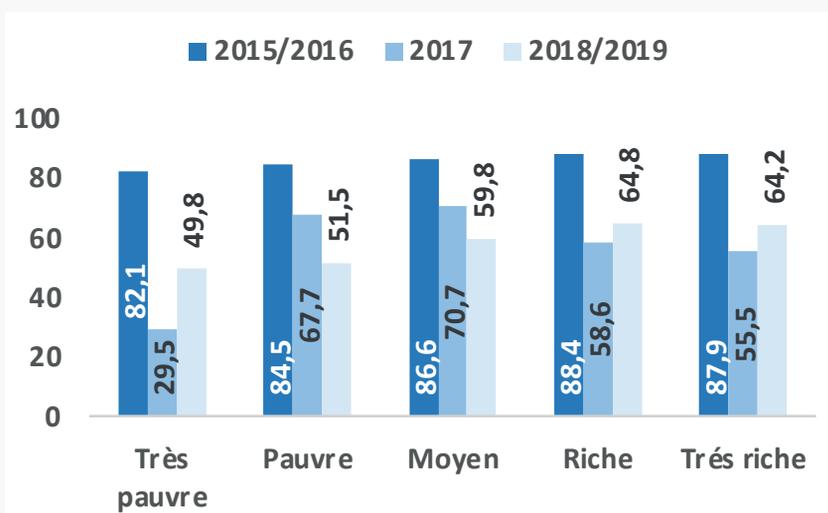


Figure 69 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le niveau d'instruction

XVII.5 Selon le quintile de bien-être (graphes)

A l'image du niveau national, la supplémentation contre-performe dans toutes les catégories durant la période d'étude. Toutefois, moins la famille est riche plus les contre-performances s'accroissent. Ceci témoigne de l'importance des barrières financières d'accès dans l'utilisation des services de santé. Les initiatives de gratuité ne semblent pas encore combler le gap.

Figure 70 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon le niveau le quintile de bien être



XVII.6 Selon l'âge de l'enfant (graphes)

La courbe montre un changement de pic dans la performance de la supplémentation en probablement lié à la stratégie. En effet, lors des campagnes de masse les performances étaient portées par les classes d'âges de 12 à 59 mois. Durant cette période la plupart des enfants non supplémentés étaient ceux en âge de bénéficier du PEV donc théoriquement tous les enfants pouvaient bénéficier de la supplémentation. Par contre en 2018/2019, les pourcentages d'enfants supplémentés sont plus importants chez les classes d'âge de 9 à 23 mois. Il s'agit de ceux en âge de vaccination qui au profit de l'intégration de l'offre de services sont captés par le système. Il est ainsi, important de développer des stratégies pour augmenter les occasions de contact entre les enfants 6-59 mois et le système de santé, ou développer des stratégies de contournement de cet obstacle par exemple par une meilleure implication des acteurs communautaires ou par l'entremise des plateformes de la petite enfance.

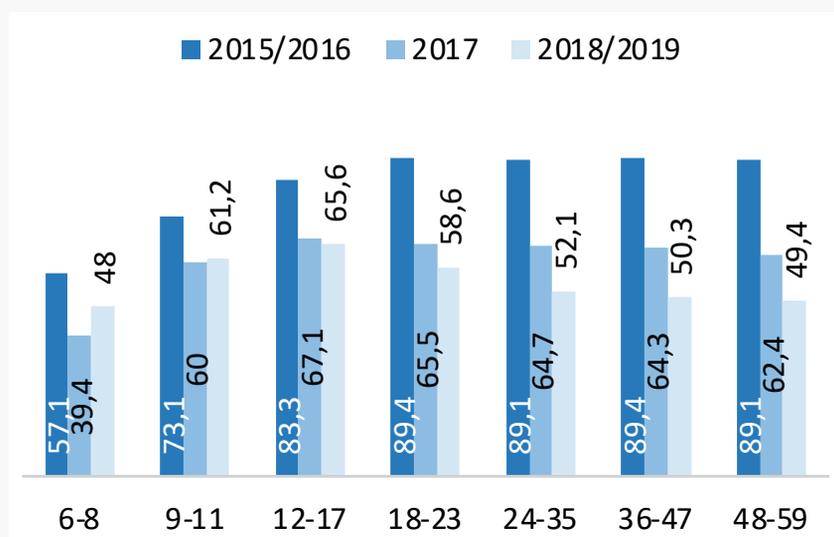


Figure 71 : Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A selon l'âge de l'enfant



RAPPORT D'ANALYSE DES INDICATEURS SRMNIA-N DU GROUPE THEMATIQUE 1

