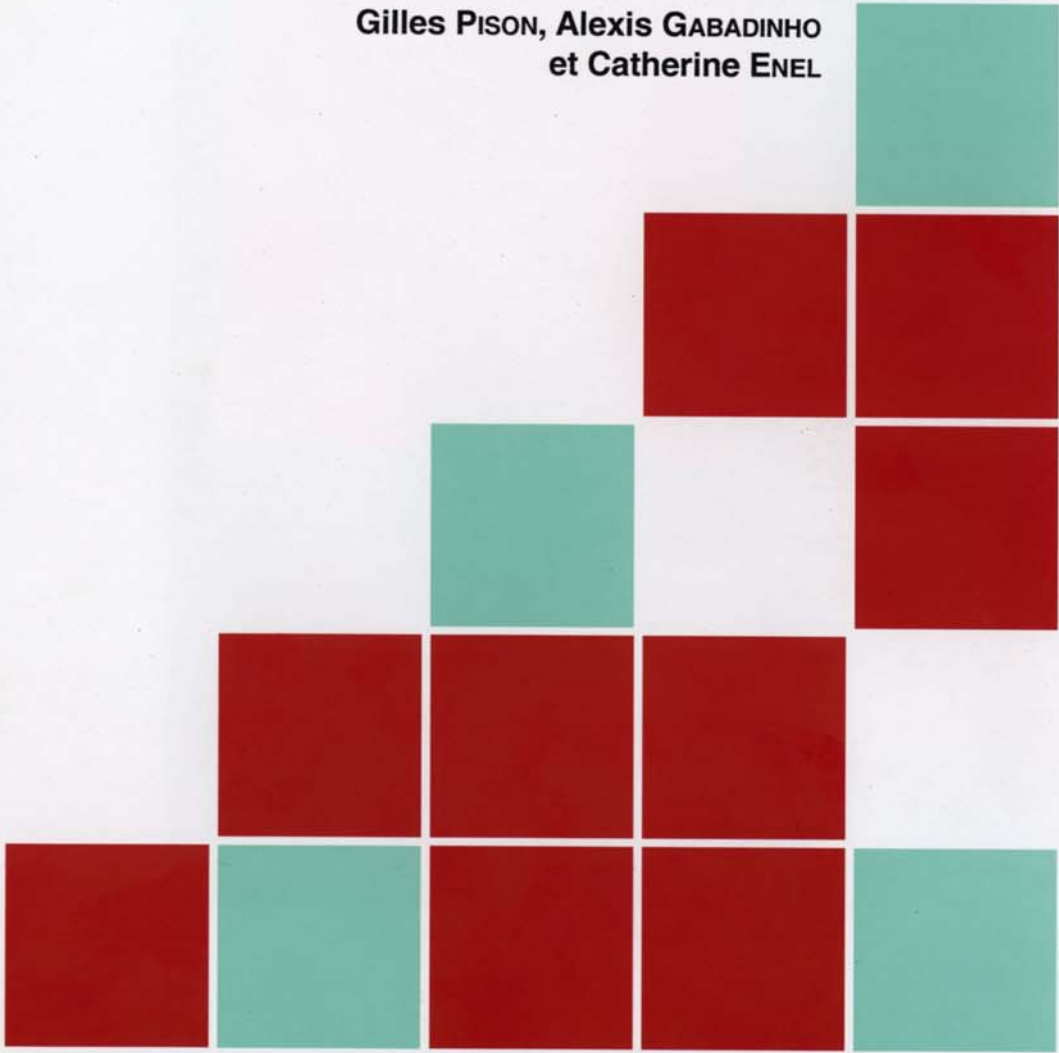


103
Octobre 2001

DOSSIERS ET RECHERCHES

MLOMP (SÉNÉGAL) **Niveaux et tendances démographiques** **1985-2000**

Gilles PISON, Alexis GABADINHO
et Catherine ENEL



MLOMP (SÉNÉGAL)
Niveaux et tendances démographiques
1985-2000

Gilles PISON, Alexis GABADINHO, Catherine ENEL



INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES
133, boulevard Davout, 75980 PARIS Cedex 20
Tél.: (33) 01 56 06 20 00 – Fax: (33) 01 56 06 21 99

novembre 2001

Sommaire

Résumé	5
Introduction	7
I - Mlomp et sa population	9
A – La zone d'étude	9
B – La population	12
C – Les conditions sanitaires	16
II - Les informations recueillies	21
A – La collecte	21
B – La gestion de la base de données	32
III - La structure de la population	34
A – La composition selon le sexe et l'âge	34
B – La composition selon la situation migratoire	34
C – La composition selon la situation matrimoniale	36
IV - Le mouvement de la population au cours de la période 1985-1999	37
V - La nuptialité et la sexualité	38
A – Les étapes du premier mariage	38
B – La compensation matrimoniale	39
C – La baisse du nombre de mariages entre 1950 et 1980	40
D – Le premier mariage de plus en plus tardif	42
E – La sexualité	43
VI - La fécondité	45
A – L'âge à la première naissance	45
B – Les durées d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence postpartum	46
C – Les intervalles entre naissances	47
D – La contraception	48
VII - La mortalité	49

Annexes

1 - Liste des publications du projet	51
2 - Liste des contrats de recherche	55
3 - Liste des personnes ayant participé au projet « Population et santé » à Mlomp	57
4 - Liste des enquêtes quantitatives menées en parallèle à l'observation démographique suivie	59
5 - Liste des villages de la zone d'enquête	61
6 - Liste des <i>bukut</i> (cérémonies de circoncision et d'initiation)	63
7 - Les programmes et les infrastructures sanitaires	67
8 - Le questionnaire du recensement initial de 1984-1985	77
9 - Le questionnaire et la liste des ménages utilisés dans l'enquête démographique annuelle	83
10 – Les fiches « événements » utilisées dans l'enquête démographique annuelle	87
11 – Le questionnaire « d'autopsie verbale » utilisé pour la détermination des causes de décès	101
Tableaux	115
Figures	133
Liste des tableaux	161
Liste des figures	163
Remerciements	165

Résumé

Un observatoire de population et de santé a été mis en place en 1985 par l'Institut national d'études démographiques à Mlomp, dans la région de Ziguinchor, au Sénégal. Après un premier recensement de la population, les événements démographiques (naissances, décès, mariages, migrations) et les causes de décès y ont été enregistrés de façon systématique par enquête à passages répétés à périodicité annuelle. Les opérations de suivi se sont poursuivies jusqu'à maintenant. Des informations spécifiques sur la santé – les conditions d'accouchement, les vaccinations et la croissance des enfants, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles – et sur le mariage, la sexualité, la fécondité et la famille, ont été recueillies en parallèle. L'ensemble de ces informations a permis de mesurer les niveaux et les tendances démographiques dans la population étudiée au cours d'une période de quinze ans allant de 1985 à 1999, de repérer les principaux changements survenus au cours de cette période et d'en étudier les facteurs.

La population de la zone d'étude de Mlomp comprenait 7.591 habitants au 1er janvier 2000, principalement d'ethnie diola¹. Depuis 1961, elle bénéficie de services de santé particulièrement actifs dispensés par des religieuses infirmières. En 2000, les structures de soins comprennent une maternité, un dispensaire avec 7 lits d'hospitalisation et un petit laboratoire. D'importants programmes de santé ont été mis en place progressivement qui ont tous obtenu une forte adhésion de la population.

L'analyse des informations recueillies montre que le mariage est très tardif à Mlomp. Au cours de la période 1985-1999, les femmes se sont mariées à 27 ans en moyenne, et les hommes, à 34 ans. La fécondité a beaucoup baissé récemment, passant de 5,9 enfants en moyenne par femme en 1985-1989 à 4,8 enfants en 1990-1994 et à 3,7 en 1995-1999.

L'analyse des données sur la mortalité montre que la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant 5 ans, qui était proche de 400 pour mille de 1930 à 1965, s'est brutalement effondrée les vingt années suivantes pour n'être plus que de 81 pour mille lors de la période 1985-1989. La baisse de la mortalité, étonnamment rapide pour une zone rurale d'Afrique de l'Ouest, tient surtout à l'efficacité des infrastructures sanitaires (dispensaire, maternité) et des programmes (vaccinations, suivi de la croissance, lutte contre le paludisme). Chez les enfants, les décès dus aux maladies évitables par la vaccination, comme le tétanos néonatal, la rougeole ou la coqueluche, sont devenus rares (3% des décès avant 5 ans). Les diarrhées et les infections respiratoires restent les principales causes de décès (33% et 19% des décès entre un

¹ Bien que selon la transcription officielle des langues du Sénégal, le mot s'orthographie *joola*, nous utilisons ici l'orthographe francisée.

mois et cinq ans), même si les risques de mourir de ces maladies ont été divisés par au moins cinq. Au cours des années récentes, la mortalité a commencé à ré-augmenter, l'espérance de vie à la naissance diminuant de 3 ans au cours des dix dernières années.

Après une présentation de la population et des méthodes d'enquête, ce rapport décrit la structure et le mouvement de la population puis les principales caractéristiques de la nuptialité, de la fécondité et de la mortalité. Les principaux résultats sont donnés de façon synthétique dans le tableau 1.1.

À noter que le programme d'étude de la population de Mlomp n'a pas pour objectif d'intervenir sur la santé de la population, mais d'en mesurer les niveaux et les facteurs. Fournissant des informations dont la portée dépasse pour beaucoup la population étudiée, il permet de mieux connaître les évolutions démographiques, sanitaires et sociales en cours en Afrique au sud du Sahara et d'en comprendre les mécanismes.

Introduction

Un observatoire de population et de santé a été mis en place en 1985 par l'Institut national d'études démographiques à Mlomp, dans la région de Ziguinchor, au Sénégal. Le but était de mesurer les niveaux et les tendances de la fécondité et de la mortalité dans une population rurale africaine avec trois objectifs : recueillir des informations fiables, observer les évolutions sur une longue période et examiner en détail les facteurs de changement.

Quand l'étude a été conçue, en 1984, deux populations rurales du Sénégal étaient déjà sous observation : Bandafassi, dans le sud-est du pays, dont la population était suivie depuis 1970², et Niakhar, dans le centre-ouest, dont la population était suivie depuis 1962³. Le troisième observatoire a été choisi dans la région sud-ouest du pays, la Casamance, dont l'histoire, la composition ethnique et la situation économique est assez différente de celle des régions des deux premiers observatoires, afin de mieux couvrir la diversité démographique et épidémiologique du pays.

² Pison G., Desgrées du Loû A. - Bandafassi (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques 1971-1991. Dossier et recherches n° 40 ; Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, 1993, 40 p. ; Pison G, Desgrées du Loû A, Langaney A. - Bandafassi: a 25 year prospective community study in rural Senegal (1970-1995). In Das Gupta M et al. (eds.) *Prospective community studies in developing countries*, Clarendon Press, Oxford, 1997, 253-75.

³ Delaunay V. (sous la coordination de). *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal*. Projet Population et Santé à Niakhar, ORSTOM, Dakar, 1998, 130 p. ; Garenne M., Cantrelle P. – Three decades of research on population and health : the ORSTOM experience in rural Senegal, 1962-1991. In Das Gupta M et al. (eds.) *Prospective community studies in developing countries*, 1997, Clarendon Press, Oxford, 1997, 253-75.

I - Mlomp et sa population

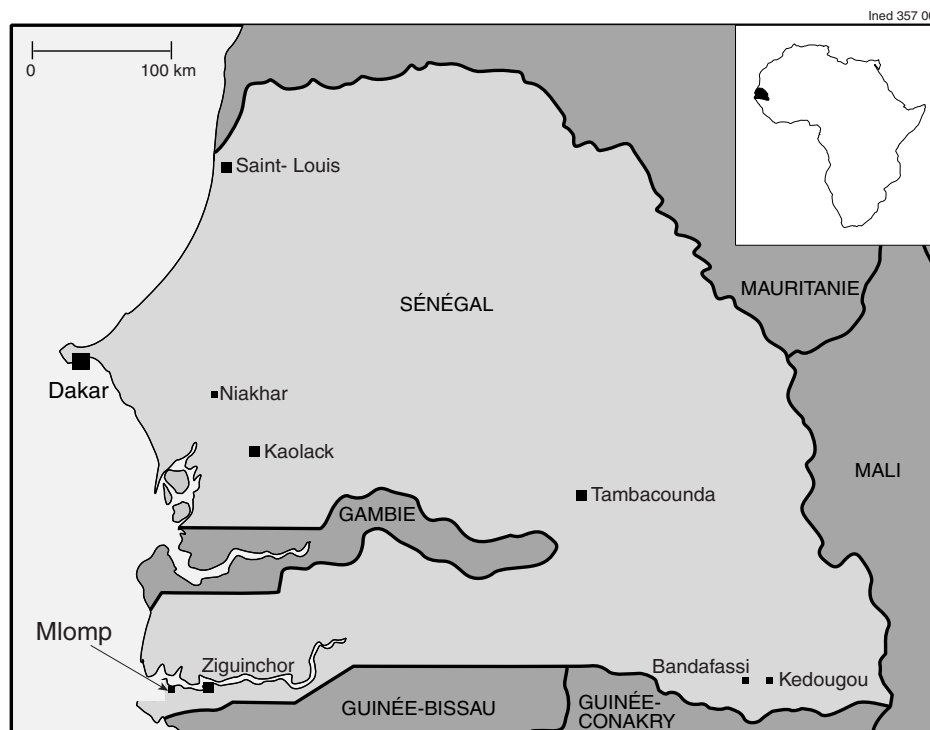
A – La zone d'étude

1 - Géographie et climat

La zone d'étude de Mlomp est située au Sénégal, dans la région de Ziguinchor, dans le département d'Oussouye, près de la frontière entre le Sénégal et la Guinée-Bissau (carte 1). Elle comprend environ la moitié de l'arrondissement de Loudia-Wolof. Elle s'étend sur 11 km de long et 7 km de large et couvre une superficie de près de 70 km².

Mlomp est situé dans une région de mangrove et de savane guinéenne. Une partie des terres sont inondées en saison des pluies et certaines sont aménagées en rizières. Les habitations sont regroupées en villages situés sur une proéminence de terrains sableux de 3 km de diamètre dominant les terres inondables.

Le climat de la région est caractérisé par l'alternance de deux saisons, une saison des pluies, de juin à octobre, et une saison sèche, de novembre à mai. Le total annuel des pluies a été de 1230 mm en moyenne au cours de la période 1984-1995⁴.



Carte 1. Localisation de Mlomp au Sénégal

⁴ Pluviométrie relevée à la station météorologique d'Oussouye, à 10 km de Mlomp.

2 – Activités

L'économie des villages est dominée par la culture du riz et par les migrations saisonnières. À Mlomp, la culture du riz est encore essentiellement pratiquée selon une technique intensive avec repiquage⁵. Le calendrier agricole est marqué par l'alternance des saisons (figure 1). Les labours et les travaux d'entretien des digues et des canaux entourant les rizières, tâches qui incombent aux hommes, s'étalent de juillet à septembre ; le repiquage du riz puis la moisson, effectués par les femmes et les enfants, s'étalent respectivement d'août à octobre et de novembre à février. À noter qu'il n'y a pas de culture de rente comme dans la plupart des autres régions du pays.

Les temps morts de ce calendrier sont occupés à d'autres activités comme la construction ou l'entretien des maisons, la coupe de la paille pour les toitures, le ramassage du bois de cuisine, etc., mais ils sont surtout mis à profit pour aller gagner de l'argent ailleurs. À la fin des labours ou quelques temps après, une partie des hommes, célibataires ou mariés, vont s'adonner, aux alentours des villes ou dans d'autres régions rurales du pays, à ce qui est devenu un second métier, la récolte du vin de palme. Ils reviennent dans leur village pour les semis ou les labours de l'année suivante, après souvent plus de six mois d'absence.

Après la récolte du riz ou même déjà dès la fin du repiquage, les fillettes et les jeunes filles non mariées partent de leur côté s'employer en ville comme « bonnes », faisant la cuisine et les travaux ménagers et gardant des enfants. Elles ne reviennent dans leur village que six à neuf mois plus tard pour le repiquage du riz. Les femmes mariées ne participent pas à ces mouvements, elles restent toute l'année au village, ou, si elles se déplacent, c'est pour se soigner, aller rendre visite à des parents ou faire du commerce. Ces absences sont en général de courte durée.

⁵ Pélissier P., *Les Paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance*. Imprimerie Fabrègue, Saint-Yrieix, 1966, 939p.

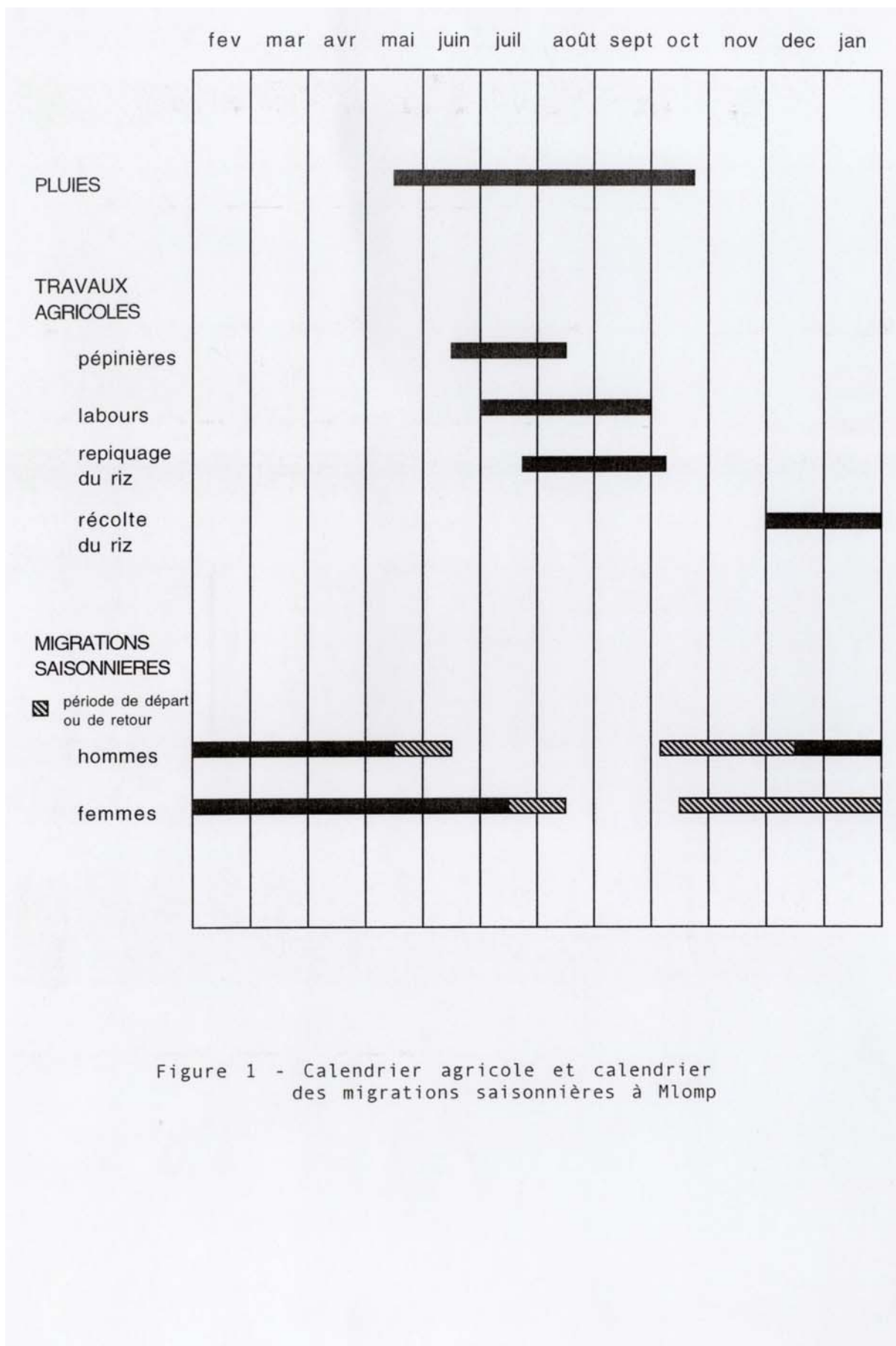


Figure 1 - Calendrier agricole et calendrier des migrations saisonnières à Mlomp

B – Principales caractéristiques de la population

1 - Effectif et densité

La population de la zone de Mlomp est répartie en 11 villages. Elle comprenait 7.591 habitants au 1^{er} janvier 2000. La densité de population était de 108 habitants au km².

2 - Groupes ethniques, langue, religion

La population appartient à l'ethnie diola, et plus particulièrement au sous-groupe *esulalu* du groupe *diola-casa*. Quelques instituteurs ou des familles de commerçants venus récemment appartiennent à d'autres ethnies du Sénégal ou de Guinée. La population comprend ainsi quelques Wolof et quelques Peul. Les habitants parlent le diola (leur langue maternelle pour la plupart) ainsi que le wolof (la langue dominante au Sénégal) et certains le français, la langue dans laquelle se fait l'enseignement à l'école.

La population est principalement de religion animiste avec une large minorité de chrétiens et quelques musulmans⁶. Bien que la polygamie ne soit pas interdite, elle est très peu pratiquée à Mlomp, contrairement à la plupart des régions du Sénégal.

3 - Habitat

L'unité de résidence est le ménage qui abrite une famille de 6,3 personnes en moyenne (en 2000). Plusieurs ménages voisins apparentés de façon patrilinéaire constituent un *hank*. Leurs habitations étaient autrefois construites les unes à côté des autres autour d'une cour commune. Une partie des murs et des toitures étaient communs, formant des bâtiments de grandes dimensions. Depuis quelques décennies, ce type d'habitation est passé de mode et chaque ménage construit sa maison séparée et indépendante de celle des autres. Les femmes veuves ou divorcées, qui ont leur propre ménage, sont cependant souvent logées sous le même toit qu'un de leurs fils mariés. Elles y disposent notamment d'une cuisine, d'une chambre et d'un grenier qui leur sont réservés. À noter qu'à l'occasion de la reconstruction de leur maison, une partie des habitants se sont rapprochés des axes routiers.

⁶ D'après l'enquête de fécondité menée à Mlomp en 2000, au cours de laquelle un échantillon de 620 adultes a été interrogé (414 femmes de 15 à 49 ans et 206 hommes de 15 à 59 ans), 51% d'entre eux ont déclaré être catholiques, 44% animistes et 3% musulmans. La religion déclarée varie selon l'âge et le sexe : 70% des femmes de 20-24 ans se sont déclarées catholiques, et 26% animistes, alors que chez les hommes du même groupe d'âge, ils n'étaient que 48% à se déclarer catholiques, et 45% animistes. Parmi les adultes de 45-49 ans, seulement 31% se sont déclarés catholiques et 67% animistes, et il n'y avait pas de différence entre femmes et hommes.



(photo G. Pison)

Savane et bosquets de palmiers à huile sur les terres émergées pendant la saison sèche.



(photo C. Enel)

Homme revenant des rizières avec ses outils (machette et « kayendo » pour le labour) pendant la saison des pluies.



(photo C. Enel)

Pépinière où a été semé du riz, installée au sein d'un village.
Une femme arrache les plants de riz pour les repiquer ensuite dans les rizières.



(photo C. Enel)

Au premier plan, terres inondables aménagées en rizières dans lesquelles deux femmes repiquent des plants de riz ; au fond, terres émergées où sont installés forêts et villages.



Maison à étage.

(photo C. Enel)

Maisons faisant
partie d'un même
hank.



(photo C. Enel)

- 17 -

La plupart des maisons sont construites en pisé. Une partie ont un toit en paille (66% en 1990), les autres en tôle ondulée (33%). Seule une minorité sont équipées de latrines (26% en 1990). L'eau vient des puits ; en 2000, un forage et un château d'eau venaient d'être achevés mais les bornes fontaines n'étaient pas encore en fonction ; et il n'y avait toujours pas d'électricité.

4 - Instruction

La première école primaire de la zone d'étude a été ouverte en 1949 ; il s'agissait d'une école privée. Deux autres écoles primaires, publiques celles-là, ont été créées en 1960 et en 1972. Jusqu'en 1985, la seule possibilité pour scolariser les enfants dans le secondaire était de les envoyer dans les villes voisines d'Oussouye ou de Ziguinchor. Cette année-là s'est ouverte la première école secondaire à Mlomp. Elle était privée, et ne comportait que des classes de 6^{ème} et de 5^{ème}. Elle a fermé en 1996, mais un collège public a ouvert en 1998.

En 2000, 55% des femmes ayant entre 15 et 49 ans étaient allées à l'école (pendant au moins une année). Mais cette proportion varie beaucoup avec l'âge. Si 79% des femmes de 15-19 ans étaient allées à l'école, ce n'était le cas que de 10% de celles de 45-49 ans.

C – Les conditions sanitaires

La zone d'étude abrite depuis 1961 un dispensaire privé tenu par des infirmières catholiques françaises⁷. Outre la salle de consultation, il dispose de 7 lits d'hospitalisation et d'un petit laboratoire pouvant effectuer quelques examens de base : recherche de parasitoses dans les selles, examen de goutte épaisse pour le diagnostic du paludisme, mesure de la vitesse de sédimentation dans le sang et dosage de l'hémoglobine, recherche d'albumine dans les urines, etc. Par rapport à la moyenne des dispensaires ruraux du pays, il est relativement bien doté en médicaments. Une maternité villageoise a été construite en 1968 à côté du dispensaire. Elle dispose, en 2000, de 8 lits et de 8 berceaux pour les accouchements, ainsi que de 4 lits d'hospitalisation pour les femmes enceintes malades. Pratiquement toutes les femmes enceintes de Mlomp (99%) vont aux visites prénatales et accouchent en maternité, la plupart dans la maternité de la zone. Deux matrones travaillant sous la supervision de l'infirmière du dispensaire assistent les femmes à l'accouchement. Les femmes présentant des grossesses à risque sont en général dirigées sur l'hôpital de Ziguinchor, à 50 km de là, pour y bénéficier d'une échographie pendant leur grossesse.

⁷ Le dispensaire est la propriété de l'évêché de Ziguinchor et sous la responsabilité médicale de la Région médicale de Ziguinchor et du médecin-chef d'Oussouye.

Lorsqu'une femme en cours d'accouchement dans la maternité de la zone rencontre des difficultés et doit être évacuée d'urgence à l'hôpital, elle est, dans une partie des cas, emmenée à Oussouye (à 10km). La sage-femme qui, en 2000, a en charge les accouchements dans l'hôpital de cette ville, bénéficie en effet de la réputation de venir à bout des cas difficiles. L'évacuation peut aussi se faire directement à Ziguinchor (à 50km), notamment si la femme doit subir une césarienne. Si l'ambulance de l'hôpital d'Oussouye n'est pas disponible pour l'évacuation, l'infirmière du dispensaire de Mlomp évacue elle-même la femme à Ziguinchor avec la voiture dont elle dispose.

La grande majorité des enfants sont totalement vaccinés ; comme le recommande le programme mondial de vaccination, ils ont reçu le BCG et les vaccins contre la rougeole, la fièvre jaune, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite.

Dès 1969, un programme de surveillance de la croissance des enfants a été institué dans le cadre du Programme pour la nutrition au Sénégal (PPNS). Il comprend la pesée mensuelle des enfants de moins de 5 ans ; en 1985, la limite d'âge a été abaissée à 3 ans. Les séances de pesée sont suivies d'exposés ou « leçons » pour former les mères à l'hygiène et à la lutte contre les maladies. Elles sont aussi l'occasion de distribuer la chloroquine utilisée pour la prévention du paludisme (voir plus loin). Au début du programme PPNS, la pesée était aussi associée le plus souvent à une distribution gratuite d'aliments (du lait en poudre, de l'huile et de la farine vitaminée) destinés aux mères et aux enfants. Pendant quelques années, le PPNS ne touchait qu'une partie des enfants. Il a connu ensuite un grand succès et 94% des enfants de moins de trois ans y participaient en 1989. Le programme s'est poursuivi ensuite, mais sa fréquentation a diminué, et seuls x% des enfants de moins de trois ans le suivaient encore en 2000. À noter que les distributions d'aliments de complément sont devenues occasionnelles depuis 1989.

Le paludisme, qui sévit sur le mode mésoendémique dans la région, représentait une cause majeure de morbidité et de mortalité de l'enfant jusqu'au milieu des années soixante-dix. Un programme de chimioprophylaxie des jeunes enfants a été institué en 1975. Il reposait sur la prise régulière de chloroquine pendant la saison des pluies. Les familles ont également été incitées à garder en permanence à domicile une provision de chloroquine et d'aspirine et à utiliser ces médicaments de façon systématique en cas de fièvre. Ce programme, dans lequel le dispensaire s'est investi fortement, a été un succès ; il a notamment réduit la proportion d'enfants parasités en saison des pluies et la mortalité due au paludisme avait atteint un niveau relativement bas chez les enfants à la fin des années quatre-vingt. Mais, en 1990, sont apparues des souches de *plasmodium* résistantes à la chloroquine. Elles se sont répandues depuis, avec pour conséquence qu'une fraction croissante des accès palustres ne sont plus guéris par la chloroquine : 36% en 1991, 46% en 1995 et 64% en 1997.

Des informations plus détaillées sur l'évolution des infrastructures et des programmes sanitaires à Mlomp, notamment sur les conditions d'accouchement, les vaccinations, le suivi de la croissance des enfants et la lutte contre le paludisme sont données en annexe.



Puits à l'intérieur d'un *hank*

(photo C. Enel)

(photo C. Enel) Le dispensaire de Mlomp et l'infirmière responsable en 2000



- 23 -

La toilette
(photo C. Enel)



(photo C. Enel)

Séance de pesée des enfants.



23 bis

II - Les informations recueillies

A - La collecte

L'observatoire de population et de santé de Mlomp a pour objectif de recueillir les événements démographiques (naissances, décès, mariages, migrations) survenant dans la population étudiée. Les informations sont recueillies par enquêtes, complétées par le dépouillement de registres.

1 - Le recensement initial et l'enquête biographique (1984-1985)

Après une enquête pilote en mars 1984, la population de la zone d'étude a été recensée fin 1984-début 1985. Pour ce recensement, nous disposons du plan de chaque village établi en 1981 par une équipe de l'Ecole d'architecture et d'urbanisme de Dakar dirigée par Patrick Dujarric. Ce plan a été actualisé en cours de recensement afin de prendre en compte les changements intervenus entre 1981 et 1984.

Le recensement avait pour objectif d'établir la liste des membres de chaque ménage et de recueillir sur chacun d'entre eux des informations permettant de le caractériser et de l'identifier : sexe, âge, situation matrimoniale, prénoms (y compris surnoms), patronyme, filiation, identité du conjoint s'il était marié, etc. (le questionnaire est donné en annexe 8). Le recensement comprenait aussi l'interview de toutes les femmes de 15 ans et plus sur leur histoire matrimoniale et génésique. Pour chaque grossesse déclarée, nous avons relevé le devenir de la grossesse (fausse-couche, mort-né ou naissance vivante), la date et les conditions de l'accouchement (par exemple s'il avait eu lieu ou non en maternité), et, en cas de naissance vivante, une série d'informations sur l'enfant (en particulier si l'enfant était encore vivant, et son âge au décès s'il ne l'était plus). Les dates de naissance ont été recopiées de documents (carnet de santé, bulletin de naissance, carte d'impôt⁸, etc.). Dans les cas où nous n'avons eu accès à aucun document, nous nous sommes contentés de déclarations.

Ces dates, même celles recopiées de documents, n'étaient pas toutes fiables. Une partie des erreurs ont pu être corrigées grâce à l'exploitation des divers registres tenus dans la région avant le début de l'étude. On a pu par exemple consulter les registres d'accouchements

⁸ L'administration effectuait encore récemment de façon régulière un recensement administratif qui sert à la collecte de l'impôt par tête. Il consiste en une liste nominative des habitants mise à jour périodiquement. A l'occasion des visites de mise à jour, l'administration distribue à chaque chef de famille une carte de famille sur laquelle figure la liste des membres de la famille. Si la famille en a déjà reçue une au cours d'un recensement précédent, celle-ci est mise à jour de la même façon que la liste nominative détenue par l'administration.

tenus par les diverses maternités de la région, les registres de naissances tenus par l'état civil, les registres de baptêmes tenus par la paroisse et les registres de pesées des enfants tenus par le dispensaire du village. Il existait aussi, dans les locaux de la sous-préfecture (Loudia Wolof), des recensements administratifs anciens couvrant la population étudiée. Bien que souvent incomplets, en raison de la perte de certains volumes, et ne couvrant pas toute la population, ces registres ou recensements ont permis de compléter et corriger certaines informations recueillies par enquête, en particulier les dates.

2 - L'enquête suivie (1985-1999)

Ensuite, la liste de la population établie grâce au recensement initial de 1984-1985 a été mise à jour régulièrement par enquête à passages répétés. Chaque année, toutes les maisons ont été visitées, la liste de leurs occupants vérifiée et les événements les ayant touchés depuis la visite précédente (naissances, décès, mariages et migrations) relevés.

Les documents utilisés pour cette enquête annuelle sont donnés en annexes 9 à 11. Ils comprennent :

- une liste des ménages, mise à jour après chaque passage annuel ;
- une liste nominative des habitants de chaque ménage ; cette liste est également mise à jour après chaque passage annuel. La liste utilisée pour l'enquête de l'année N comprend tous les habitants présents dans le ménage lors de la visite de l'année N-1. Y figurent les renseignements permettant d'identifier chacun : prénoms -y compris surnoms- patronyme, filiation, nom du conjoint, etc. Y figurent aussi les questions à poser, communes à tous pour certaines, par exemple celles sur la présence ou l'absence, particulières à chaque catégorie pour d'autres, selon le sexe, l'âge, le statut matrimonial et l'histoire passée. Par exemple, les questions sur une éventuelle grossesse ou un éventuel accouchement depuis la visite précédente ne sont posées que pour les femmes d'âge fertile. Pour faciliter la collecte des informations, leurs deux derniers accouchements sont rappelés ;



(photo C. Enel)

Opérateur de saisie travaillant sur un ordinateur portable.



(photo C. Enel)

Enquêtrice interrogeant une femme à son domicile.

(photo G. Pison)
Tresseuse
dans la cour
de la maison
abritant l'équipe
d'enquête.



Maison abritant l'équipe d'enquête et capteurs solaires pour l'alimentation des ordinateurs. (photo G. Pison)



27 bis

- des questionnaires à remplir pour chaque événement, leur format variant selon le type d'événement – accouchement, décès, changement matrimonial (mariage ou formation d'union, rupture d'union). Si le ménage compte un nouveau membre immigré, une fiche « nouveau membre » est remplie ainsi qu'une fiche « histoire des unions et des enfants » pour les personnes de plus de 15 ans. Lorsqu'un événement affecte le ménage (changement du chef de ménage, démolition de la maison, création d'un nouveau ménage, etc.), les enquêtrices remplissent une fiche "ménage".

Parallèlement à l'enquête annuelle à domicile, et de façon indépendante, les naissances et les décès sont enregistrés par la maternité et le dispensaire du village au fur et à mesure qu'ils se produisent. Des registres d'accouchement existaient avant le début de l'enquête ; à notre demande, ils ont été modifiés pour recueillir des informations supplémentaires (par exemple, l'histoire génésique complète de la femme, le nombre de grossesses antérieures, le nombre et la date des visites prénatales, le type d'accouchement -à terme ou pas- les conditions de l'accouchement, etc.). En revanche, il n'existait pas de registre de décès au dispensaire. Au début de l'étude, en 1984, nous avons demandé aux infirmières d'enregistrer régulièrement les décès au fur et à mesure qu'ils se produisent, en notant chaque fois la cause et les circonstances. Les habitants de la zone étudiée ayant pris l'habitude de venir consulter au dispensaire, elles ont souvent l'occasion de voir les mourants et ont donc des informations sur leur maladie. Ceci n'est cependant pas le cas des personnes âgées, dont beaucoup ne viennent jamais consulter au dispensaire. Lorsque des personnes ont été évacuées à l'hôpital d'Oussouye ou de Ziguinchor avant de mourir, elles notent sur le registre le diagnostic de l'hôpital reporté sur le carnet de santé.

Tous ces registres ne couvrent pas la totalité des événements : certains accouchements ou décès de personnes faisant partie de la population, mais absentes en migration saisonnière au moment de l'événement, peuvent ainsi ne pas y figurer. Ces derniers ne servent donc pas de référence pour établir la liste des événements, mais ils sont exploités pour vérifier et compléter certaines des informations recueillies par l'enquête dans les ménages.

Lorsqu'un décès est enregistré par les enquêtrices, une enquête est menée pour recueillir des informations sur les circonstances et la cause du décès, indépendamment des informations notées par les infirmières du dispensaire dans leur registre. Cette enquête est effectuée auprès de la famille de la personne décédée dans les semaines ou les mois suivant sa mort. La méthode, appelée "autopsie verbale"⁹, consiste à recueillir des informations sur la

⁹ Gray R. H., Smith G. and Barss P., *The Use of Verbal Autopsy Methods to Determine Selected Causes of Death in Children*. The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Institute for International Programs, Occasional Paper n° 10, 1990, 46 p. ; Desgrées du Loû A., Pison G., Samb B., Trape J.F.- L'évolution des causes de décès d'enfants en Afrique : une étude de cas au Sénégal avec la méthode d'autopsie verbale. *Population*, 1996, (4-5): 845-881.

maladie ayant précédé le décès en passant en revue une liste préétablie de symptômes faciles à reconnaître et en relevant leur présence ou leur absence à chaque fois. Pour cette enquête, nous avons utilisé un questionnaire particulier reproduit en annexe 11. À noter que l'enquêteur chargé des autopsies verbales fait une partie des interviews sans attendre l'enquête annuelle dans les ménages.

Les questionnaires d'autopsie verbale, une fois remplis par l'enquêteur, sont lus par un médecin. C'est en combinant les informations de ce questionnaire avec celles figurant dans le registre de décès du dispensaire que la cause vraisemblable de chaque décès est établie. En cas de décès de nouveau-né ou de décès maternel, le registre des accouchements est également consultés.

3 – L'organisation de la collecte

Le recensement initial a été effectué par le responsable de l'étude (G. Pison) et deux chercheurs (C. Enel, M. Lefèbvre), accompagnés chacun de guides interprètes. Ensuite, chaque passage annuel de l'enquête suivie a été effectué par une équipe comprenant :

- une responsable de la collecte (M. Lefèbvre de 1986 à 1988, C. Enel à partir de 1989) ;
- 4 à 6 enquêtrices chargées de l'enquête démographique dans les ménages ;
- 2 à 3 opérateurs de saisie (à partir de 1991) ;
- 1 enquêteur chargé des autopsies verbales ;
- 1 logisticien intendant.

La liste des personnes ayant participé au projet est donnée en annexe 3.

A part la responsable de la collecte, toutes les personnes sont recrutées localement. Ce sont des personnes d'âge adulte ayant un niveau d'instruction minimum, lisant et parlant le français, capables d'écrire de façon lisible, et motivées pour effectuer des enquêtes auprès de la population ou du travail de saisie sur ordinateur. Après avoir été recrutées, elles ont suivi une courte formation sur place. L'équipe s'est modifiée d'une année à l'autre, les partants étant remplacés par de nouveaux arrivants. En 2001, sur 11 personnes au total, deux travaillaient depuis moins de 5 ans, quatre depuis 5 à 10 ans et cinq depuis plus de 10 ans.

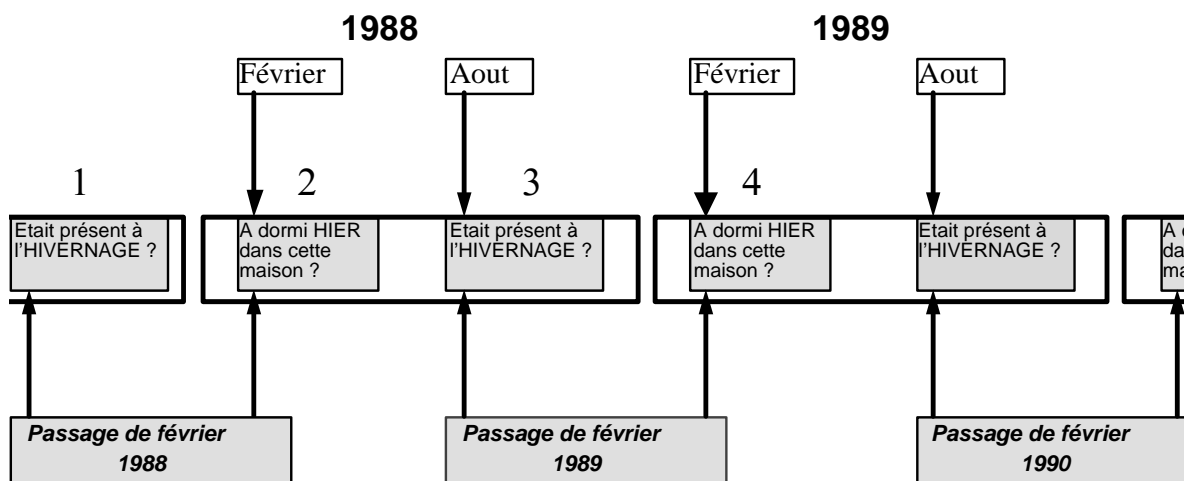
4 – Les critères d'entrée et de sortie

Une population est le siège de mouvements, des individus y rentrant par naissance ou immigration, et d'autres en sortant par décès ou émigration. Si les entrées et sorties liées au

mouvement naturel - naissances et décès - sont relativement aisées à repérer, celles liées aux migrations le sont moins car elles dépendent de définitions qui ne sont pas toujours faciles à appliquer. La difficulté est sérieuse dans une population comme celle de Mlomp, dont une partie importante des habitants font des mouvements d'aller et retour chaque année, étant absents une partie de l'année en migration saisonnière (voir plus haut). Le problème se complique lorsque certains migrants saisonniers restent parfois un ou deux ans sans revenir.

La définition du résident retenue par l'observatoire de population prend en compte le calendrier des migrations saisonnières et celui de l'enquête suivie. Les passages de l'enquête démographique se déroulent en janvier-février de chaque année. C'est une période de faible activité agricole - elle correspond à la fin de la récolte du riz - et les habitants sont relativement disponibles pour répondre à l'enquête. Mais beaucoup de migrants saisonniers sont absents. L'absence d'un individu au moment du passage de l'enquêtrice dans le ménage ne constitue pas un critère pertinent pour exclure cet individu de la population étudiée. Comme expliqué plus haut, la plupart des migrants saisonniers sont présents dans leur village en août et septembre, période d'intense activité agricole. Lors du recensement initial la question de la présence le 15 août précédent a été posée systématiquement. Cette date est en effet un bon repère dans l'année, ce jour étant marqué par d'importantes festivités et retrouvailles que peu de personnes manquent. Lors des passages annuels qui ont suivi, la question, légèrement modifiée, a porté sur la présence lors de l'hivernage précédent. La présence à cette période de l'année permet de distinguer les migrants qui gardent un lien avec leur village de ceux qui l'ont rompu et n'y reviennent plus.

Lors du recensement, une personne a été considérée comme résidente d'un ménage si elle était déclarée comme telle par le chef de ménage ou la personne qui a répondu. Si elle était absente physiquement, dans le cas où son absence datait de moins de deux ans, elle a été incluse parmi les membres du ménage. En cas d'absence pendant deux années ou plus sans revenir, elle était exclue de la population.



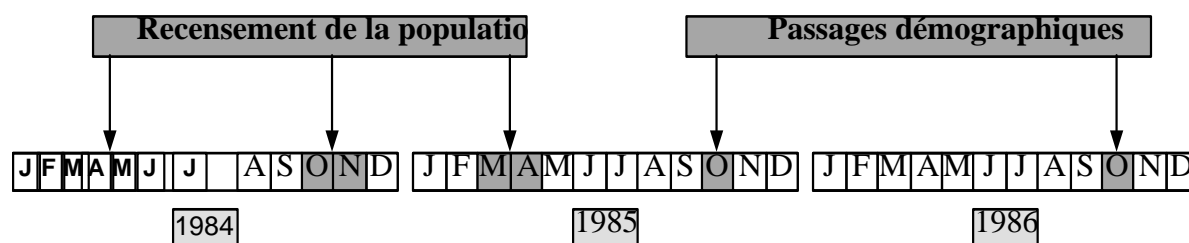
Critères pour exclure une personne de la population de droit en cas d'absences

Selon la même logique, au cours de l'enquête suivie, il a été décidé qu'une personne ne faisait plus partie de la population si elle avait été absente pendant deux années consécutives. Lors du passage de l'année N, l'enquêtrice demande si la personne est présente (a dormi hier dans cette maison), mais également si elle était présente à l'hivernage de l'année N-1 et si elle est partie en migration saisonnière lors de la période à cheval sur N-2/N-1 (cf questionnaire reproduit en annexe 9). Une personne est classée comme émigrée après deux absences consécutives à la fois en août et au moment du passage (voir schéma plus haut). Dans ce cas, elle est considérée comme ne faisant plus partie de la population à partir du 15/02 de l'année N. Ce n'est donc pas la date de sa dernière présence physique qui est prise en compte, mais la date du passage au cours duquel son absence pendant deux années consécutives a été constatée. Dans la figure ci-dessus, si les réponses aux questions 1, 2, 3 et 4 sont toutes négatives, la personne sort de la population de droit à la date du 15/02 de l'année 1989.

5 - Cas particuliers

- Le cas particulier des premiers passages

Les deux premiers passages démographiques ont eu lieu au mois d'octobre – en octobre 1985 et en octobre 1986. Les passages suivants ont tous eu lieu en début d'année, généralement en janvier et février. Enfin, il n'y a pas eu de passage en 1987 : après le passage d'octobre 1986, le suivant a eu lieu en février/mars 1988, soit près d'un an et demi après.



Calendrier des premiers passages démographiques

- Le cas des enfants nés de migrantes saisonnières

Les règles décrites précédemment impliquent que certains événements affectent des personnes membres de la population alors qu'elles ne sont pas physiquement présentes. Par exemple, des femmes accouchent en dehors de la zone, alors qu'elles sont en migration saisonnière. Les enfants qui en résultent font partie de la population dès leur naissance, selon la règle qui veut que tant qu'un individu fait partie de la population, les événements qui l'affectent font partie des événements observés. Pour les calculs des taux de fécondité, leurs naissances figurent aux numérateurs, et les mères, aux dénominateurs.

Cependant, en cas d'absence prolongée, ces enfants sortent de la population, mais une règle spéciale s'applique s'ils vivent avec leur mère : ils sont considérés comme émigrants à la même date qu'elle.

- Les dates de sortie de la population

Les règles décrites précédemment impliquent que les exclusions de la population résidente pour cause de migration ont, pour une année, toutes lieu à la même date, le 15/02. Ce n'est pas la date réelle de départ qui est prise en compte.

6 – Les autres informations recueillies

D'autres enquêtes, ethnographiques, épidémiologiques et sanitaires, portant sur différents thèmes touchant à la santé, ont été menées parallèlement aux enquêtes démographiques :

- les conditions d'accouchement

Les conditions d'accouchement, lorsque n'existait pas encore de maternité à Mlomp ou à proximité, ont été étudiées en interrogeant les femmes des vieilles générations. Cette enquête a révélé l'existence de maternités traditionnelles appelées *kalamba*. Leur particularité et le maintien de certaines traditions anciennes dans les nouvelles façons d'accoucher expliquent que les femmes aient adopté massivement et très vite l'accouchement en maternité à Mlomp, avec les conséquences heureuses que cela a pu avoir sur la santé des mères et des enfants (pour plus de détails, voir l'annexe 7 consacrée aux programmes et infrastructures sanitaires).

- l'allaitement, la nutrition et la croissance des enfants

Une étude a été menée pour mesurer la croissance et l'état nutritionnel des enfants, étudier leur relation avec la morbidité et la mortalité et suivre leur évolution sous l'influence des programmes sanitaires. Pour cela, nous avons exploité les données des registres de pesée mensuelle tenus par le dispensaire de Mlomp pendant plus de 20 ans (1969-1992). En complément, une enquête sur l'allaitement et le sevrage a été effectuée en 2000 auprès des femmes ayant un enfant de moins de 30 mois, afin de préciser le rôle de l'allaitement, du sevrage et de l'alimentation des enfants sur leur état de santé. L'échantillon comprenait la moitié des femmes ayant un enfant âgé de moins de 12 mois, et l'ensemble des femmes ayant un enfant de 12 à 30 mois. Cette enquête a été menée à deux périodes de l'année, en janvier/février et en août/septembre, afin d'étudier les variations saisonnières de l'allaitement et du sevrage.

- la fécondité et la contraception

Concernant la fécondité, un programme d'enquêtes spécifiques sur la limitation des naissances a débuté en 2000. Une enquête quantitative a été menée en août-septembre 2000 auprès d'un échantillon aléatoire de plus de 600 adultes (414 femmes de 15-49 ans et 206 hommes de 15-59 ans).

- la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles et le sida

La nuptialité et les migrations, telles qu'elles sont apparues au vu des premières analyses démographiques, semblaient offrir des conditions favorables à l'expansion des épidémies de sida et de MST. Pour préciser les risques d'infection liés à la sexualité, une enquête sur les comportements sexuels a été menée à Mlomp en 1990 auprès d'un échantillon de 10% de la population adulte (400 personnes interrogées au total). Les questions portaient sur le mariage et les enfants, la contraception, les premiers rapports sexuels, les rapports sexuels au cours des douze derniers mois, les rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines, les symptômes et antécédents de maladies sexuellement transmissibles, les connaissances et attitudes à propos du sida, etc.

Pour étudier les réactions face au sida et notamment d'éventuels changements dans les comportements à risque, suite aux campagnes d'information, une nouvelle enquête a été menée en 1994 auprès d'un échantillon de 500 adultes de 15 à 60 ans.

Les enquêtes sur les comportements sexuels se multipliant sans que l'on connaisse bien la valeur des informations recueillies, nous avons étudié la fiabilité des réponses aux questions sur les comportements sexuels en organisant une enquête particulière en 1994. L'étude reposait sur trois types de comparaisons : entre réponses de l'homme et de la femme d'un même couple interrogés séparément, entre interviews répétés de la même personne, et enfin entre informations recueillies par enquête rétrospective et informations enregistrées de façon suivie.

Un échantillon de 62 couples mariés a été tiré au hasard puis a été suivi pendant 5 semaines entre février et mars 1992. Pour commencer, chaque personne a été interrogée avec un questionnaire fermé comportant les mêmes questions que celui de l'enquête mentionnée plus haut. Le même interview a été répété 6 semaines après, à la fin de l'étude. Dans l'intervalle chaque personne a été interrogée une fois par semaine, semaine après semaine, sur les rapports qu'elle avait eus au cours des sept derniers jours, à la façon d'un journal.

En 1990, un test de séropositivité pour VIH-1 et VIH-2 a été proposé à toute la population adulte (20 ans ou plus) pour mesurer la prévalence de l'infection ; une cohorte de cas et de témoins a ensuite été constituée et suivie pour étudier les facteurs de risque de l'infection ainsi que l'évolution clinique et immunologique des personnes infectées. Le suivi clinique et immunologique s'est poursuivi jusqu'en 1993 lors de visites médicales tous les 6 mois.

L'enquête de séropositivité a été répétée en 1995 pour suivre l'évolution de la prévalence, mesurer l'incidence et examiner si les facteurs de risque avaient évolué.

- le paludisme

Un ensemble de données épidémiologiques sur le paludisme, sur des échantillons de malades ou de la population générale (résistance à la chloroquine, prévalence parasitaire), ont été recueillies pour comprendre les évolutions de la mortalité due au paludisme. Ce programme est mené sous la direction de Jean-François Trape. Il a été initié en raison de la résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine, inconnue au Sénégal jusqu'en 1988, mais qui se répand rapidement depuis. Elle pose un grave problème de santé publique car la résistance concerne le médicament antipaludique de loin le moins cher et le plus largement utilisé dans ce pays et dans le monde. Le cas de Mlomp est intéressant car il s'agit de l'une des rares zones rurales d'Afrique tropicale où des données très précises sur la mortalité et la morbidité palustres ont été recueillies sur une période prolongée avant l'apparition de cas de résistance à la chloroquine. L'objectif de l'étude est de savoir si, dans une population rurale ayant reçu une bonne éducation sanitaire et bénéficiant d'un dispensaire fonctionnant dans de bonnes conditions, un taux faible de mortalité par paludisme peut se maintenir malgré l'apparition de la chloroquino-résistance, et cela à quel coût en médicaments antipaludiques.

B – La gestion de la base de données

Les informations issues du recensement initial et des passages démographiques annuels sont stockées dans une base de données relationnelle gérée en 2001 avec le logiciel PostgreSQL, les interrogations se faisant avec le langage SQL.

Pour une description plus détaillée des méthodes de collecte, de gestion et d'analyse des données, se reporter aux publications figurant dans la liste donnée en annexe 1, en particulier celles portant les numéros : [1, 3, 38, 42].



(photo C. Enel) Prélèvement de sang (piqûre au bout du doigt et recueil de gouttes sur papier buvard) dans le cadre de l'enquête sur le VIH de 1995.



(photo C. Enel) Analyse de prélèvements de sang dans le cadre de l'enquête sur le VIH de 1995.

III - La structure de la population

A - La composition par sexe et âge

Les structures par sexe et âge de la population aux 1^{er} janvier 1985 et 1^{er} janvier 2000 sont données au tableau 3.1 illustré par les pyramides des âges de la figure 3.1. Ces pyramides s'inscrivent dans un triangle, ce qui reflète la jeunesse de la population. Elles sont affectées de deux grands creux qui leur donnent une silhouette de « gitane », en particulier celle au 1^{er} janvier 2000. Pour cette dernière pyramide (figure 3.1b), le premier creux concerne les groupes d'âges de 40 à 59 ans, c'est-à-dire les personnes nées entre 1940 et 1960. Ce creux existait déjà quinze ans auparavant, au début de l'étude, comme le montre la figure 3.1a, et il affectait alors les groupes d'âges de 25 à 45 ans. La répartition par année d'âge en 1985 (figure 3.1c) montre que les générations peu nombreuses sont plus précisément celle nées entre 1941 et 1958. Ce creux tient sans doute à la combinaison de deux causes : d'abord, une natalité faible pendant la seconde guerre mondiale. Nous savons que les premiers mariages ont été très peu nombreux à cette période (voir plus loin) ; et une partie des couples ont été séparés par la guerre, l'homme étant enrôlé dans l'armée française. Un deuxième phénomène a joué également : l'exode rural a pu s'accroître à partir des générations nées en 1940, les générations précédentes ayant été moins touchées en raison peut-être de leur moindre instruction. En revanche, des retours d'émigrés ont pu avoir lieu parmi les membres des générations âgées.

Le deuxième creux se situe à la base de la pyramide (figures 3.1a et 3.1b). Il s'explique par la baisse de la fécondité au cours des 15 dernières années (voir plus loin). Mais si les classes d'âge les plus jeunes apparaissent en creux, c'est aussi que les classes d'âge qui les précèdent sont gonflées des nombreuses immigrations d'enfants nés en ville et confiés à la famille restée à la campagne (les grands-parents, les oncles ou tantes).

B - La composition selon le statut - résident permanent ou migrant saisonnier

La pyramide de la figure 3.2 reprend celle de la figure 3.1b, en y ajoutant la distinction entre migrants saisonniers et résidents permanents (les effectifs sont donnés au tableau 3.2). Près de 40% des habitants se sont absentés une partie de l'année 1999. Les migrations saisonnières affectent les deux sexes - 37% des femmes et 45% des hommes - quoique de façon assez différente. Côté hommes, les migrants saisonniers sont peu nombreux avant 15 ans : 20% ou moins. Après cet âge, ils représentent entre 40% et 80% des différents groupes d'âge jusqu'à 60 ans. Au-delà de 60 ans, la proportion diminue rapidement. Le maximum, 83 à 85% de migrants, est atteint dans les groupes d'âge de 20 à 40 ans, mais la proportion reste encore très élevée jusqu'à 60 ans.

Côté femmes, les migrations saisonnières commencent un peu plus tôt, et cessent aussi beaucoup plus tôt : après 35 ans, elles ne concernent qu'un tiers des femmes ou moins. Avant, entre 15 et 34 ans, les migrations sont massives, le maximum de près de 80 % étant atteint dans le groupe des femmes âgées de 15 à 24 ans.

La distribution des migrants de saison sèche selon la raison de la migration (tableau 3.3) confirme les deux causes dominantes déjà mentionnées : la récolte du vin de palme pour les hommes, qui occupe un migrant de plus de 25 ans sur trois, et le travail de "bonne" pour les jeunes femmes, qui occupe un peu plus d'une migrante de plus de 25 ans sur deux. Voilà donc, après la culture du riz, les seconds métiers des habitants de cette région. Parmi les autres causes de migration, on note la pêche pour les hommes (15% des migrants) et les études pour les jeunes, hommes ou femmes. Ainsi, parmi les jeunes de 15 à 24 ans ayant migré, un peu plus d'un jeune homme sur deux est parti pour ses études, alors que ce n'est le cas que d'une fille sur trois. Plus de la moitié des filles de cet âge migrent en effet pour être bonne en ville.

La durée de séjour en migration, quoique assez variable, est souvent de 6 mois ou plus, en particulier pour les jeunes filles. L'argent est le motif principal des migrations saisonnières de travail des jeunes filles de Mlomp qui ont choisi d'aller travailler en ville plutôt que de poursuivre des études. Avec cet argent, elles acquièrent une certaine autonomie financière dont elles profitent surtout en s'achetant des vêtements, des colifichets, des produits de beauté, et quelques ustensiles de cuisine durant la saison qui précède leur mariage. Certaines jeunes filles sont aussi très sollicitées par leur famille pour participer au financement des études des frères et sœurs, et aux besoins de la vie quotidienne. Nous avons souvent entendu les récriminations des femmes mariées au village qui souffrent de la dépendance financière dans laquelle elles sont depuis leur mariage.

Ces mouvements saisonniers dominant donc la vie de Mlomp ou des villages de la région et ont d'importantes conséquences sur leur démographie. La première de ces conséquences est la fluctuation saisonnière considérable, de près de 1 à 2, de la population présente au village, avec une période pleine, d'août à octobre, et une période creuse, de février à mai, et des périodes intermédiaires au cours desquelles s'étalent les départs et les retours. En période creuse, comme le montre la pyramide de la figure 3.2, il manque une partie importante des jeunes adultes, entre 20 et 35 ans, et la population est surtout composée de personnes âgées, de femmes mariées et d'enfants de moins de 20 ans. Les hommes d'âge adulte sont particulièrement peu nombreux à cette période.

Les migrations ont aussi d'autres conséquences, moins faciles à discerner. Ainsi, la séparation entre maris et femmes pendant plusieurs mois de l'année est sans doute en partie responsable du maintien d'un espacement relativement long entre les naissances -entre deux

ans et demi et trois ans en moyenne-, malgré l'abandon des interdits de rapports sexuels pendant l'allaitement, comme nous le verrons plus loin. Les longues périodes passées loin de chez eux sont l'occasion pour les hommes mariés de contracter d'autres unions, et pour les garçons ou les filles non mariés, d'expérimenter certaines formes d'union, avant de se marier selon la coutume diola. Nous examinerons plus loin ce que le développement des migrations saisonnières implique en matière d'évolution de la nuptialité.

C - La composition selon la situation matrimoniale

La pyramide de la figure 3.4 reprend celle de la figure 3.1b en distinguant cette fois-ci les personnes célibataires de celles qui ne le sont plus, qu'elles soient mariées, veuves ou divorcées (voir aussi tableau 3.4). Les unions non reconnues comme des mariages ne sont pas prises en compte ici (voir plus loin). Cette figure montre que le mariage est très tardif pour une population d'Afrique : 77% des femmes de 25-29 ans et 88% des hommes de 30-34 ans sont toujours célibataires, et à 45-49 ans, 3% des femmes et 11% des hommes le sont encore.

IV - Le mouvement de la population au cours de la période 1985-1999

L'effectif de la population au 1er janvier de chaque année, le nombre de naissances et de décès, les soldes naturel et migratoire et les taux de natalité, de mortalité, d'accroissement naturel et d'accroissement total sont donnés par année au tableau 4.1. Au tableau 1.1 ces indicateurs sont donnés pour l'ensemble de la période 1985-1999.

La population a augmenté de 22% en 15 ans, passant de 6.218 habitants au 1^{er} janvier 1985 à 7.591 au 1^{er} janvier 2000. La croissance, forte dans les premières années, s'est progressivement ralentie jusqu'à devenir nulle au cours des 5 dernières années (figure 4.1).

Cette réduction progressive de la croissance tient à trois causes : d'abord, la natalité a diminué, le taux de natalité passant de près de 26 naissances par an et pour mille habitants en début de période à 20 pour mille en fin de période (figure 4.2) ; le taux annuel de mortalité a, de son côté, au contraire, légèrement augmenté dans le même temps, passant de 9 décès par an et pour mille habitants en 1985-89 à 11 pour mille en 1995-99. Au total, l'accroissement naturel s'est réduit de 16 à 10 pour mille par an. Mais ce qui a joué le plus grand rôle est l'évolution des migrations. Le solde migratoire s'est totalement inversé au cours des 15 ans d'étude (figure 4.3). Positif en début de période, avec 26 personnes en plus par an pour mille habitants, il est devenu négatif en fin de période, avec 10 personnes en moins chaque année en moyenne pour mille habitants au cours des cinq dernières années.

Le solde migratoire a fortement fluctué d'une année à l'autre entre 1987 et 1991. C'est en partie un artifice lié aux critères utilisés par l'étude pour distinguer les migrants définitifs des migrants saisonniers. Ainsi, les personnes recensées en 1985 mais qui ne résidaient plus dans la zone d'étude ont été maintenues deux ans dans la population avant d'en être enlevées, début 1988, ce qui a créé un solde migratoire négatif cette année-là. De son côté l'année 1990 a été marquée par un événement important, la tenue du *bukut*, cérémonie de circoncision et d'initiation, dans une moitié de la zone d'étude, Kajinool. Le *bukut* a lieu tous les 30 ou 40 ans (voir la liste des *bukut* en annexe 6). Celui de juin-juillet 1990 a entraîné le retour de nombreux émigrés. La plupart n'ont séjourné que quelques semaines ou quelques mois avant de repartir là où ils habitaient, le plus souvent dans des villes du Sénégal, certains à l'étranger. Mais leur séjour a suffi pour les intégrer comme immigrants dans la population étudiée, et ce n'est que deux ans après qu'ils ont été enlevés de la population de droit. Cette fête explique pour partie le pic positif du solde migratoire en 1990 et le pic négatif à l'inverse en 1993, ces immigrants, qui étaient plutôt des participants à la fête de 1990, ayant alors été ôtés de la population de droit début 1993.

V – La nuptialité et la sexualité

Nous décrirons d'abord la nuptialité et son évolution au cours des cinquante dernières années à Mlomp.

A - Les étapes du premier mariage

Les études ethnographiques antérieures¹⁰ et notre propre enquête auprès de quelques personnes âgées permettent de reconstituer les principales étapes du premier mariage :

- la promesse de mariage est souvent conclue très tôt par les parents, alors que les futurs conjoints ne sont encore que des enfants ;

- le garçon ne ratifie cette promesse que bien plus tard, en général l'année du mariage, par l'offrande symbolique d'un poulet à sa jeune promise qu'il ne connaît souvent que de nom ;

- puis le futur marié doit verser, au cours de la pleine saison du vin de palme (octobre à juin), une compensation matrimoniale, ou *bufos*, sous forme de vin de palme et d'un porc. Ce *bufos* est un devoir vis-à-vis des fétiches du quartier et de la parenté de sa fiancée ;

- à l'occasion de la fête de fin des récoltes, les jeunes qui vont se marier dans l'année apprennent à se connaître lors d'une retraite collective obligatoire. Puisque les étapes importantes du mariage ont lieu à peu près à la même époque pour tout le monde, le mariage diola présente ce trait spécifique des promotions de mariage. Les liens créés entre couples d'une même promotion se perpétuent ensuite, au point que toute personne mariée, quel que soit son âge, se rappelle bien le nom de ceux qui se sont mariés la même année qu'elle ;

- durant la saison sèche, le futur marié construit sa maison, aidé des hommes de sa concession ;

- enfin, l'installation du jeune couple sous le même toit, au mois de juin, avec à ce moment-là un don en riz de la part de la parenté de la mariée, sorte de remboursement du vin de la compensation matrimoniale. C'est aussi à cette phase du mariage que la jeune mariée reçoit les ustensiles ménagers de son trousseau (mortier, vanneries de toutes sortes, marmites, canaris¹¹, etc.).

De nos jours, les parents interviennent rarement dans le choix du conjoint, mais, dans l'ensemble, les étapes du mariage sont toujours les mêmes. Cependant de nouvelles formes de mariage apparaissent : certains se marient civilement ou religieusement (essentiellement selon le rite catholique). Si l'on permet désormais aux jeunes couples qui se marient à l'église de vivre ensemble à partir de cette cérémonie, c'est à la condition que le jeune homme ait d'abord

¹⁰ Thomas, L.V. Les Diola. Essai d'analyse fonctionnelle sur une population de Basse Casamance. *Mémoire de l'IFAN* n° 55, Dakar, 2 tomes, 1959, 814p.

¹¹ poterie de grande taille servant au stockage de l'eau dans les maisons.

versé à la parenté de sa femme, en guise de *bufos*, une somme d'argent dont le montant est fixé par cette parenté. Mais depuis deux ou trois ans, quelques couples cohabitent sans que le *bufos* ait été versé, donc sans qu'ils soient considérés comme « mariés ».

B - La compensation matrimoniale, le trousseau et les autres dépenses

A Mlomp, comme presque partout en Afrique, se marier coûte cher. Avant le début du 20^{ème} siècle, les habitants de Mlomp n'avaient pas l'habitude de récolter le vin de palme du *bufos* ; ils troquaient leur riz dans les villages voisins pour l'obtenir. Les parents du futur marié assumaient cette dépense, le jeune homme ne possédant pas de riz à lui puisque les rizières ne sont distribuées qu'entre hommes mariés. Quant aux objets du trousseau que les jeunes filles amenaient dans la maison conjugale, ils étaient produits localement et ne nécessitaient pas d'argent ; c'était leur parenté à elles qui les leur fournissaient.

Une ressource importante a toujours manqué chez les Diola, le tissu. Si bien que, pour pouvoir se procurer de quoi se vêtir, déjà au début du 20^{ème} siècle, les hommes partaient récolter en forêt le caoutchouc qu'ils allaient vendre ensuite à Ziguinchor, et, avec l'argent ainsi gagné, ils achetaient des tissus. Après l'effondrement du prix du caoutchouc, ils sont allés vendre le riz ou les arachides qu'ils cultivaient. Puis ils se sont mis à récolter le vin de palme, ce qui, autrefois, était assez mal considéré, car si l'on était obligé de grimper au palmier pour en récolter la sève, c'est qu'on n'était qu'un médiocre cultivateur qui ne produisait pas suffisamment de riz pour la consommation familiale et les besoins du troc.

Les mouvements migratoires saisonniers ont touché les jeunes filles plusieurs décennies après les hommes ; elles sont alors parties travailler notamment au port de Ziguinchor, au chargement des sacs d'arachide dans les cargos en partance pour l'Europe. Le travail de bonne ne s'est développé que plus tard, peut-être sous l'influence des missions chrétiennes qui ont toujours employé des jeunes filles. Ces missions ont servi d'intermédiaires aux premiers administrateurs coloniaux qui recherchaient du personnel domestique. Puis, avec la constitution d'une classe de fonctionnaires et de salariés, le besoin en personnel a augmenté, mais le rôle d'agence de placement des missions s'est peu à peu effacé ; maintenant, les filles cherchent seules un emploi, soit en faisant du porte-à-porte, soit en passant par des parentes ou des amies déjà placées. Le fait que les jeunes filles qui partent travailler comme bonne soient, au Sénégal, essentiellement originaires des régions où les missions chrétiennes se sont implantées suggère le rôle crucial que ces dernières ont pu jouer à l'origine. Cela expliquerait notamment que la Basse Casamance soit aujourd'hui l'une des principales régions pourvoyeuses de bonnes à Dakar, et même à Banjul, en Gambie.

Avec la monétarisation croissante de l'économie et l'évolution des besoins vers des produits de fabrication industrielle, la plupart des biens doivent maintenant être achetés, ce

qui nécessite de l'argent. Si bien que les familles se sont déchargées petit à petit de ces acquisitions sur les fiancés qui sont désormais contraints d'assumer ces dépenses. Il leur faut supporter l'achat de plusieurs centaines de litres de vin de palme et d'un gros porc, et assurer les frais de construction et d'ameublement de la maison, variables selon la taille du bâtiment et la qualité des matériaux utilisés, et selon que le marié construit lui-même ou a recours à des maçons¹².

Les futures mariées doivent acheter le matériel de cuisine, le linge de maison et les vêtements, en prévision des années à venir où elles n'auront plus l'autonomie financière dont elles jouissaient lorsqu'elles étaient célibataires. De plus, le contre-remboursement en riz offert par la famille de la jeune fille et qui, autrefois constituait une réserve pour plusieurs années, est de plus en plus maigre, à peine quelques gerbes de riz, dans certains cas. Il faut donc avoir de l'argent pour acheter des sacs de riz.

L'augmentation en volume et en valeur des biens que les jeunes doivent fournir ou acquérir pour se marier, et les migrations qui en découlent pour rassembler l'argent nécessaire, ont provoqué avant tout un allongement considérable de la durée du processus de mariage. Si on considère qu'il débute au moment de la ratification de la promesse de mariage et qu'il s'achève à la fin du versement de la compensation matrimoniale et au début de la cohabitation, toute cette période, qui, nous l'avons vu, durait à peu près un an il y a cinquante ans, s'étale souvent aujourd'hui sur plusieurs années.

Nous allons voir quelle est l'importance, d'un point de vue démographique, de ces changements récents en matière de nuptialité.

C - Des promotions de mariage dont l'effectif s'est considérablement réduit entre 1950 et 1980

Comme presque partout en zone rurale en Afrique au sud du Sahara, les mariages ne sont pas enregistrés, sauf s'ils sont accompagnés d'un mariage catholique ou civil, phénomène assez récent à Mlomp et loin d'être généralisé. Nous avons cependant pu estimer le nombre de mariages conclus chaque année au cours des cinquante années ayant précédé notre recensement, grâce à l'existence des promotions de mariage mentionnées plus haut.

¹² En 1985, le vin de palme se vendait dans les villages au prix de 100 FCFA le litre (100 FCFA = 0,15 euros en 2000 = 1 FF), un gros porc au minimum 30.000 FCFA, et les frais de construction et d'ameublement de la maison allaient de 100.000 à 300.000 FCFA. En 2001, les prix sont plus élevés : 150 FCFA le litre de vin de palme, 40.000 à 50.000 FCFA pour un gros porc, et 1.000.000 FCFA pour une maison couverte d'un toit en tôle.

A l'occasion du recensement de 1984, nous avons systématiquement demandé aux adultes qui avaient été mariés au moins une fois de nous donner le nom de tous les promotionnaires de leur premier mariage. Ces listes comprennent le nom des promotionnaires encore vivants au village, de ceux qui sont morts, et aussi de ceux qui ont émigré. En recoupant les informations, chaque liste ayant été relevée presque autant de fois qu'il y avait, au village, de membres de la promotion, nous avons pu corriger certaines erreurs. Par cette méthode, il était évidemment exclu d'obtenir des informations sur les promotions n'ayant plus aucun membre vivant ou résidant au village. Nous avons donc dû arrêter la reconstitution des promotions à 1930, le risque d'omission de promotions entières étant alors trop important ; par contre, il est relativement réduit après cette date. Pour rendre notre analyse aussi fiable que possible, nous nous en tiendrons ici à la période de 1936 à 1986. L'année de mariage de chaque promotion (au sens d'année du début de la cohabitation, qui a maintenant souvent lieu au mois d'août, et non en juin comme autrefois), a été déterminée au vu de documents officiels pour les membres des plus jeunes générations qui se sont mariés religieusement ou civilement la même année que leur mariage coutumier. Pour les autres générations, nous nous sommes appuyés sur les déclarations des enquêtés, en nous aidant d'un calendrier historique local, ou bien des dates indiquées au-dessus de la porte de certaines maisons construites à l'occasion du premier mariage du chef de ménage. Malgré les nombreux recoupements, cette reconstitution des mariages des cinquante dernières années comporte sans doute encore des erreurs ; mais elle permet quand même d'observer les grandes tendances de la nuptialité au cours de cette période.

Le tableau 5.1 et la figure 5.1 indiquent l'évolution du nombre annuel de premiers mariages conclus à Mlomp de 1936 à 2000. Nous n'avons compté qu'un mariage par couple marié, en ne considérant que les mariages de la zone. On a ainsi exclu du décompte les cas où une femme de Mlomp se marie avec un homme d'un village extérieur à la zone d'étude. Elle quitte dans ce cas la population pour rejoindre le ménage de son mari, et le mariage est célébré dans le village de ce dernier. Avant 1985, les estimations viennent de la reconstitution des promotions de mariage, et à partir de 1985, de l'observation démographique suivie. La figure montre une nette croissance au départ, qui s'essouffle à partir du début des années 1950, la tendance s'inversant ensuite vers la fin des années 1950. La diminution qui suit s'accélère dans les années 1960, pour arriver à un niveau très bas dans les années 1980. De 35 mariages en moyenne par an avant la deuxième guerre mondiale, on passe ainsi à un maximum d'environ 50 mariages annuels au début des années 1950, pour descendre à 20 au début des années 1970, et 10 seulement au début des années 1980. La tendance s'inverse ensuite avec une remontée des mariages jusqu'au niveau de 20 par an à la fin des années 1990. Notons le peu de mariages célébrés pendant la guerre, entre 1940 et 1943, du fait de la mobilisation d'une partie importante des jeunes gens en âge de se marier, et, la récupération qui a suivi leur retour en 1944.

La tendance à l'augmentation du nombre de mariages dans les années 1930 et 1940 est sans doute à mettre en partie au compte de l'augmentation de la population. Il n'y a pas de raison de penser que celle-ci se soit arrêtée vers 1950 et que la population se soit ensuite mise à diminuer ; au contraire, sa croissance s'est probablement accélérée. Les causes possibles de la stagnation du nombre de mariages à partir des années 1950 et sa chute ensuite sont au nombre de trois : l'émigration d'une partie des jeunes avant leur mariage, le retard du mariage ou bien encore la réticence à remplir toutes les obligations liées au mariage sous sa forme traditionnelle. Ecartons tout de suite cette dernière possibilité, pour la bonne raison que jusqu'à très récemment, il était toujours impossible pour un couple de s'installer sous le même toit, au village, sans avoir payé la compensation matrimoniale. Et nous avons aussi constaté que, même en ville, le mariage avec *bufos* a tendance à se maintenir. Par contre, les deux autres explications proposées à la chute du nombre annuel de premiers mariages semblent prouvées : nous avons suspecté l'émigration des jeunes en examinant la pyramide des âges, et nous allons maintenant regarder de plus près le recul de l'âge au premier mariage.

D – Le premier mariage est de plus en plus tardif

La définition du mariage utilisée dans notre étude est celle d'union reconnue par la parenté des conjoints et par le groupe ethnique en général, et permettant la cohabitation du nouveau couple au village. Lorsqu'il s'agit d'un couple habitant le village, cela signifie, comme nous venons de le dire, que le jeune homme a versé toutes les prestations de la compensation matrimoniale. Cela n'empêche pas que certaines de ces unions soient sanctionnées en plus par une autorité civile ou religieuse. Cela n'empêche pas non plus l'existence d'autres types d'unions moins formelles comme signalé plus haut.

En s'en tenant à cette définition du mariage, les proportions de célibataires selon l'âge et le sexe sont indiquées aux figures 5.2a et 5.2b (voir aussi tableau 3.4). Les migrants saisonniers sont ici inclus dans la population. On remarque une quasi-absence du célibat définitif, caractéristique bien africaine. Par contre, il faut ajouter une particularité qui n'apparaît pas dans ce tableau, le très faible taux de polygamie (moins de 2 % de femmes mariées font partie d'un ménage polygame), trait étonnant, comme signalé plus haut, pour le Sénégal où la polygamie est fréquente presque partout. Autre caractéristique surprenante, l'âge au premier mariage est très élevé : en 1985, il était de près de 27 ans en moyenne pour les femmes et 32 ans pour les hommes, et en 2000, de 32 ans pour les femmes et 38 ans pour les hommes, d'après les proportions de célibataires aux différents âges à chacune de ces dates.

L'évolution de l'âge au premier mariage au cours des cinquante dernières années a pu être retracée. Nous connaissons en effet la date de tous les premiers mariages conclus entre 1945 et 1985 grâce à la reconstitution des promotions de mariage. Après 1985, nous disposons des informations fournies par l'observation suivie. Le premier mariage est tardif

depuis longtemps, en comparaison d'autres populations du Sénégal, mais il n'atteignait pas pour autant les valeurs très élevées d'aujourd'hui (tableau 5.2 et figure 5.3). L'âge au premier mariage a beaucoup augmenté au cours des dernières décennies, passant d'un peu plus de 20 ans en moyenne chez les femmes autour de 1950 à près de 26 ans¹³ autour de 1990, et chez les hommes d'un peu plus de 24 ans en moyenne à plus de 32 ans.

A noter que les âges moyens calculés pour les mariages conclus au cours de la période récente sont un peu moins élevés que ceux déduits de la proportion de célibataires aux divers âges. L'écart entre les deux types d'estimations vient de ce que les célibataires qui émigrent définitivement se marient plus tard que les jeunes restant au village.

Comme expliqué plus haut, seules les unions reconnues socialement au village ont été prises en compte. Il manque à ce tableau toutes les relations qui se nouent entre jeunes au village. Les jeunes déclarent facilement avoir un ou une amie, parfois plusieurs ; ils se retrouvent très volontiers aux bals qui animent toute la période de l'hivernage, et très souvent la soirée se termine dans les chambres des garçons. Il manque également les unions dans lesquelles peuvent s'engager, en ville, les migrants saisonniers considérés au village comme non mariés et déclarés comme tels au recensement. Il manque enfin aussi les relations que peuvent nouer les hommes mariés sur leur lieu de travail saisonnier. Nous sommes peu renseignés sur toutes ces formes d'unions, nous n'observons pour l'instant que certains de leurs résultats : les nombreux enfants mis au monde par des mères « célibataires », et les enfants que certains hommes mariés ont eus d'une autre femme que leur épouse et qu'ils ramènent chez eux au village.

E – La sexualité

A l'opposé de l'évolution du mariage, de plus en plus tardif, les premiers rapports sexuels ont eu tendance à être de plus en plus précoces au cours des dernières décennies, en particulier chez les hommes (tableau 5.3 et figure 5.4). Ceux nés dans les années 1933-1940 ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel à 27 ans en moyenne, alors que ceux nés dans les années 1957-64 ont déclaré l'avoir eu à 18 ans. Ces déclarations sont entachées de biais, et la moyenne de 27 ans pour les vieilles générations est probablement surestimée. Dans les années 1950, les hommes se mariaient en effet vers 24 ans, cette dernière estimation étant relativement sûre, en tout cas non affectée de biais de déclaration. Or l'on imagine mal que les hommes nouvellement mariés aient attendu trois ans en moyenne pour avoir leur premier rapport avec leur épouse. Même en tenant compte d'erreurs de déclaration, en particulier chez les générations âgées, la tendance à avoir son premier rapport de plus en plus tôt est cependant nette chez les hommes.

¹³ L'estimation est ici nettement inférieure à celle donnée au paragraphe précédent, obtenue en utilisant une autre méthode fondée sur les proportions de célibataires aux différents âges.

En revanche, l'âge au premier rapport sexuel semble avoir peu changé chez les femmes. Qu'elles appartiennent aux générations âgées ou aux plus jeunes, elles déclarent l'avoir eu à 19 ans en moyenne, tout au plus note-t-on une diminution de 0,6 ans en 24 ans. Assez logiquement, étant donné les évolutions en sens contraire de l'âge au mariage et de l'âge au premier rapport sexuel, les jeunes générations ont plus souvent des rapports prémaritaux que leurs aînées et leurs partenaires sexuels avant mariage sont plus nombreux.

La fréquence des rapports sexuels -exclusivement hétérosexuels- était, en 1990, de près d'un rapport en moyenne par semaine pour les adultes ayant entre 30 et 45 ans. Rappelons ici que les mariages sont presque tous monogames. Le multipartenariat était relativement fréquent : un tiers des hommes mariés, tous âges confondus, ont déclaré avoir eu des rapports extra-conjugaux au cours des 12 derniers mois, et également la moitié des hommes célibataires ayant une partenaire régulière. La fréquence du multipartenariat était nettement plus faible par contre chez les femmes, mais, comme expliqué plus loin, elle a été probablement sous-estimée.

Les rapports extra-maritaux étaient en partie corrélés aux migrations saisonnières chez les hommes. Ceux qui migraient avaient plus de rapports extra-maritaux que ceux qui ne migraient pas et la majorité de ces rapports avait lieu pendant la migration, en dehors du village. En revanche, contrairement à certaines idées toutes faites, les jeunes femmes migrantes saisonnières en ville n'avaient que peu de partenaires et, pour celles qui en avaient, leurs rapports sexuels étaient très espacés.

Pour une description plus détaillée de la nuptialité et de la sexualité, de leurs relations avec les migrations saisonnières, et de leurs conséquences sur les risques d'infection par les maladies sexuellement transmissibles, se reporter aux publications figurant dans la liste donnée en annexe 1, en particulier celles portant les numéros : [2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, , 29, 31, 32, 34, 35, 36, 40, 41].

L'évolution de la nuptialité est à rapprocher de celle de la fécondité que nous allons examiner maintenant. Il sera en particulier intéressant de comparer l'évolution chez les femmes de l'âge au premier mariage avec celle de l'âge à la première naissance vivante.

VI – La fécondité

Le tableau 6.1 illustré par la figure 6.1 donne les taux de fécondité générale selon l'âge et la période. Ces taux ont été calculés en rapportant les naissances vivantes de la période chez les femmes d'un groupe d'âge donné aux années vécues par les femmes de ce groupe d'âge pendant cette même période. La fécondité a baissé sensiblement au cours de la période récente, l'indice synthétique de fécondité étant passé de 5,9 enfants en moyenne par femme en 1985-1989 à 4,8 enfants en 1990-1994 et 3,7 en 1995-1999. La figure 6.2 permet de comparer les taux de fécondité observés à Mlomp à ceux de l'ensemble du Sénégal, tels qu'ils ont pu être estimés par les Enquêtes démographiques et de santé de 1992-93 (EDS-II) et 1997 (EDS-III)¹⁴. L'indicateur de fécondité était à Mlomp inférieur de 1 enfant environ à celui de l'ensemble du Sénégal au cours de la période 1990-1994 (4,8 enfants contre 6,0 (EDS-II) ou 5,7 (EDS-III)). À cet écart de niveau d'ensemble s'ajoutent de grandes différences de calendrier, la fécondité étant plus tardive à Mlomp qu'en moyenne au Sénégal. Aux âges jeunes, avant 35 ans, les taux sont nettement plus bas à Mlomp que dans l'ensemble du pays, au-delà de 30 ans, en revanche, ils sont plus élevés. Le calendrier de la fécondité est de deux ans et demi plus tardif à Mlomp que dans l'ensemble du pays : l'âge des mères à la naissance de leur enfant y était de 32,7 ans en moyenne en 1990-94 contre 29,8 et 30,4 ans dans l'ensemble du pays respectivement en 1990-92 et 1994-96.

A – L'âge à la première naissance

Au début de la période d'observation, en 1985, les femmes avaient leur premier enfant vers 21 ans en moyenne, mais cet âge a reculé et les premières naissances avaient lieu vers 22, 23 ans en 2000 (tableau 6.2, figure 6.3). Ce recul s'observe aussi quand on examine la proportion de femmes n'ayant pas encore eu d'enfant né vivant. À tout âge, la proportion est plus élevée en 2000 qu'en 1985 (tableau 6.3, figure 6.4). L'âge médian à la première naissance vivante, âge auquel la moitié des femmes avaient déjà eu leur premier enfant, est passé de près de 23,5 ans en 1985 à 26 ans en 2000.

A noter que la proportion de femmes définitivement infécondes à 50 ans est de l'ordre de 3%, un niveau proche de l'ensemble du pays d'après les EDS II et III.

¹⁴ Ndiaye S., Diouf P.D., Ayad M. *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*. Direction de la Prévision et de la Statistique, Dakar et Macro International Inc., Calverton, 1994, 284 p. Ndiaye S., Ayad M., Gaye A. *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*. Direction de la Prévision et de la Statistique, Dakar et Macro International Inc., Calverton, 1997, 238 p.

B – Les durées d’allaitement et d’aménorrhée, et le délai de reprise des rapports sexuels après un accouchement

Le tableau 6.4 illustré par la figure 6.5 donne la proportion de femmes ayant accouché récemment qui allaitent encore leur enfant, en fonction de l’âge de ce dernier. Ces résultats sont tirés de l’enquête sur l’allaitement menée en janvier-février et en septembre-octobre 2000. Quasiment tous les enfants sont allaités au moins 15 mois, et les trois-quarts sont sevrés entre 16 et 22 mois. La durée médiane d’allaitement (durée à laquelle la moitié des enfants sont encore allaités) se situe entre 19 et 20 mois. La durée d’allaitement est la même que le sevrage se passe en saison sèche ou en saison des pluies. Nous avons pu le vérifier car notre enquête a eu lieu à ces deux saisons.

Le tableau 6.5 illustré par la figure 6.6 donne la proportion de femmes n’ayant pas encore revu leurs règles depuis leur accouchement en fonction de la durée écoulée depuis ce dernier. Rappelons que les données viennent de la même enquête que plus haut, et qu’elles ne portent que sur des femmes dont le dernier enfant est encore vivant. Les femmes « revoient à nouveau leurs règles » à des durées très variables après l’accouchement, de 3 à 24 mois, les retours de règles se répartissant de façon régulière à toutes les durées entre ces deux extrêmes. La durée médiane d’aménorrhée (durée à laquelle la moitié des femmes sont à nouveau réglées) se situe entre 13 et 14 mois après l’accouchement.

Le tableau 6.6 illustré par la figure 6.7 donne la proportion de femmes n’ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis la naissance de leur dernier enfant en fonction de l’âge de ce dernier. La plupart des femmes attendent au moins 3 mois pour reprendre les rapports. Mais, passé ce délai, un peu plus de la moitié des femmes reprennent les rapports. La plupart des autres s’abstiennent longtemps, ne reprenant pas les rapports dans les mois qui suivent. Ainsi, lorsque l’enfant a 2 ans, une femme sur trois n’a toujours pas repris les rapports. Il existe en fait deux types de femmes aux comportements assez différents, comme le montre la figure 6.8. Pour cette figure, les femmes ont été réparties en deux groupes, les jeunes, de moins de 30 ans, et les plus âgées, de 30 ans ou plus. Après les trois premiers mois d’abstinence, la grande majorité des plus âgées reprennent les rapports sexuels (80 à 90%). En revanche, parmi les jeunes, seule une minorité (une sur trois) les a repris lorsque l’enfant a eu 2 ans.

C – Les intervalles entre naissances

Examinons le temps qu'une femme venant d'accoucher met pour accoucher à nouveau. Le tableau 6.7 et la figure 6.9 montrent pour chaque durée depuis l'accouchement la proportion de femmes ayant eu un autre enfant né-vivant. Ces résultats ont été établis en prenant en compte tous les accouchements survenus à Mlomp au cours de la période 1985-1999. La moitié des femmes ont eu un autre enfant dans les trois ans suivant l'accouchement, et près de 70% dans les cinq ans. Mais au bout de 10 ans, un peu plus d'une femme sur cinq n'avait toujours pas eu d'autre enfant.

L'intervalle entre les deux naissances a été plus ou moins long selon le destin de l'aîné (figure 6.10). Si l'on s'en tient aux 70% de femmes ayant accouché d'un autre enfant dans les cinq années qui ont suivi, si l'aîné est mort précocement (s'il était mort-né, ou s'il est mort dans le premier mois qui a suivi sa naissance), l'intervalle est en général assez court, la moitié des femmes ayant accouché de l'enfant suivant dans les 18 mois qui ont suivi la naissance du premier (figure 6.11). En revanche, si l'aîné était toujours en vie à 2 ans, ce n'est qu'au bout de 31 à 32 mois que la moitié des femmes ont accouché du suivant. Cet allongement de l'intervalle de plus d'un an tient surtout à l'allaitement. Il entraîne un allongement de la durée moyenne d'aménorrhée post-partum. Si l'enfant aîné meurt précocement, il n'y a pas d'allaitement et l'aménorrhée ne dure alors que deux mois.

La figure 6.12 reprend la figure 6.9 en distinguant le rang de naissance de l'enfant aîné. Lorsqu'il s'agit d'un premier né, il s'écoule un temps plus long avant que naisse l'enfant suivant par rapport au cas d'un enfant de rang plus élevé (rang 2, 3, 4 ou 5). Dans le premier cas, il faut attendre 45 mois avant que la moitié des femmes aient un autre enfant, alors que le délai n'est que de 35 mois dans le second. Au bout de 5 ans, près de deux femmes sur cinq n'ont toujours pas eu un autre enfant dans le premier cas, alors qu'elles ne sont qu'un peu plus d'une sur cinq dans le second. Lorsque le dernier né est un 6^{ème} enfant ou un enfant de rang plus élevé encore, deux mères sur cinq n'ont toujours pas accouché d'un autre enfant au bout de 5 ans. La moindre propension à avoir un nouvel enfant tient à ce qu'une partie de ces femmes ont atteint un âge élevé, où la fertilité baisse, et aussi à ce que certaines limitent volontairement les naissances (voir plus loin).

La figure 6.13 reprend la figure 6.9 en distinguant cette fois-ci la période à laquelle est né l'enfant aîné. Lorsque celui-ci est né pendant la période la plus récente, 1995-99, le délai pour que naisse un autre enfant est allongé par rapport aux deux autres périodes. Dans les trois ans qui suivent, seules un peu plus de 35% des femmes ont accouché à nouveau, alors que parmi celles ayant accouché en 1990-94, elles étaient 45% à avoir eu un autre enfant dans ce délai, et en 1985-89, plus de 50%. Encore un signe de la diffusion croissante de la limitation volontaire des naissances.

D – La contraception

Près de 17% des femmes de 15-49 ans interrogées au cours de l'enquête de fécondité de 2000 ont déclaré qu'elles utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête. La majorité d'entre elles (58%) utilisent le préservatif (tableau 6.8). Mais la pratique de la contraception varie beaucoup selon l'âge et selon que la femme vit en union ou non. Examinons d'abord le cas des jeunes femmes de moins de 30 ans. Celles qui ne vivent pas en union (elles sont définies dans l'enquête comme des célibataires sans partenaire régulier) n'ont pratiquement pas recours à la contraception. En revanche, parmi celles qui vivent en union (pour la plupart, elles ne sont pas mariées, mais célibataires avec partenaire régulier), une sur trois utilise actuellement une méthode, le préservatif dans près de huit cas sur dix et la pilule dans un cas sur dix. Les femmes de plus de 30 ans, qui sont mariées pour la plupart, utilisent encore peu la contraception (16%). En moyenne, sur cinq femmes qui déclarent utiliser une méthode actuellement, 1 utilise le préservatif, 1 la pilule, 1 est stérilisée et les 2 dernières pratiquent l'abstinence périodique.

Le bas niveau de la fécondité en 2000, près de 3 enfants en moyenne par femme, résulte d'une combinaison de facteurs :

- le mariage est de plus en plus tardif ;
- les unions qui précèdent presque toujours le premier mariage des femmes ne sont pas très fécondes : la première naissance est tardive et la naissance suivante espacée. Les rapports sexuels sont en effet peu fréquents en moyenne, espacés, et en partie protégés. La majorité des jeunes femmes ayant accouché attendent souvent longtemps avant d'avoir des rapports à nouveau ;
- à l'intérieur des mariages, les rapports sexuels sont plus réguliers, mais les naissances restent espacées en raison de la longue durée de l'allaitement ; et une minorité de femmes utilise maintenant la contraception.

VII – La mortalité

Le tableau 7.1 présente la table de mortalité pour l'ensemble de la période 1985-1999 sexes confondus. L'espérance de vie à la naissance est de 62,4 ans (58,7 ans pour les hommes et 66,9 ans pour les femmes). Ce niveau élevé tient à une mortalité des enfants relativement faible – le quotient de mortalité infantile (1q0) étant de 51 pour mille et le quotient de mortalité de 1 à 5 ans (4q1) de 49 pour mille (tableau 1.1).

L'analyse des histoires génésiques recueillies au moment du recensement initial montre que la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant 5 ans, qui était proche de 400 pour mille de 1930 à 1965, s'est brutalement effondrée les vingt années suivantes pour n'être plus que de 81 pour mille lors de la période 1985-1989 (tableau 7.3, figure 7.1). La baisse de la mortalité, étonnamment rapide pour une zone rurale d'Afrique de l'Ouest, tient surtout à l'efficacité des infrastructures sanitaires (dispensaire, maternité) et des programmes (vaccinations, suivi de la croissance, lutte contre le paludisme). Les décès dus aux maladies évitables par la vaccination, comme le tétanos néonatal, la rougeole ou la coqueluche, sont devenus rares (3% des décès avant 5 ans en 1985-89). Les diarrhées et les infections respiratoires restent les principales causes de décès (33% et 19% des décès entre un mois et cinq ans), même si les risques de mourir de ces maladies ont été divisés par au moins 5.

Les tableaux 7.2a et 7.2b présentent la table de mortalité par sexe et par période de 5 ans entre 1985 et 1999. Depuis le début de l'observation démographique en 1985, la mortalité a augmenté, et l'espérance de vie à la naissance diminué, la baisse étant de près de 3 ans entre 1985-89 et 1995-99. Les évolutions annuelles des risques de décès au cours des quinze dernières années sont représentées aux figures 7.2, 7.3 et 7.4 pour différents intervalles d'âge. Même si la mortalité infantile a beaucoup fluctué d'une année à l'autre, elle semble avoir un peu augmenté sur cette période (figure 7.2). Pour la mortalité entre 1 et 4 ans, qui a aussi beaucoup fluctué, la tendance à la hausse est plus nette (figure 7.3). La mortalité entre 5 et 15 ans n'a pas changé dans l'ensemble, mais celle entre 15 et 60 ans a augmenté (figure 7.4).

L'année 1990 a été marquée par un pic de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans. Si on calcule les risques de décès pour chaque sexe séparément, il apparaît que la mortalité des garçons a été exceptionnellement élevée cette année-là, la mortalité des filles étant élevée également, mais sans que ce soit anormal (figure 7.5). Le pic de mortalité chez les garçons est sans doute en partie lié à la cérémonie traditionnelle de la circoncision, le *bukut*, qui a eu lieu cette année-là. Tous les enfants et les hommes du sous-ensemble de Kajinool (un peu moins de la moitié de la population) nés après la précédente circoncision, qui a eu lieu en 1948 (voir l'annexe 6 « Liste des *bukut* »), ont dû suivre les rites de l'initiation, et séjourner notamment

pendant 6 semaines dans le bois sacré, en juin et juillet 1990. Seuls les tous petits ayant moins d'un an n'ont pas suivi la circoncision, et devront le faire lors de la prochaine cérémonie dans deux ou trois décennies. Les soins aux petits garçons qui ont suivi le rite, qui dormaient et passaient la journée en plein air comme les autres hommes, n'ont pas été assez attentifs pendant cette période avec comme conséquence une élévation de leur mortalité.

Annexe 1 – Liste des publications du projet Population et santé à Mlomp

- [1]- Pison G. - L'intérêt des observatoires de population pour mesurer la mortalité aux jeunes âges. *in Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement*, INSERM, vol. 145, Paris, 1986, 37-48.
- [2]- Enel C., Pison G. et Lefebvre M. - Migrations et évolution de la nuptialité. L'exemple d'un village joola du sud du Sénégal, Mlomp. *Dossier et recherches n° 28*, Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, 1989, 26 p.
- [3]- Pison G., Lefebvre M., Enel C. et Trape J-F. - L'influence des changements sanitaires sur l'évolution de la mortalité. Le cas de Mlomp (Sénégal) depuis 50 ans. *Dossier et recherches n° 26*, Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, 1990, 46 p.
- [4]- Le Guenno B., Pison G., Enel C., Lagarde E., Seck C. - HIV2 in rural Senegal. Prevalence, clinic and immunology. *7ème Congrès International sur le Sida*, Florence, 16-21 juin 1991.
- [5]- Trape J-F., Pison G., Lefebvre M., Enel C. & Legros F. - Mortalité et morbidité palustres dans une région rurale du Sénégal quinze ans après le début d'un programme de chloroquinisation. *Symposium International sur le Paludisme*, Marseille, 13-15 juin 1991.
- [6]- Enel C., Pison G. - Sexual relations in the rural area of Mlomp (Casamance, Senegal). *in* Dyson T. (ed.), *Sexual behaviour and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*. Derouaux Ordina Editions, Liège, 1992, 249-267.
- [7]- Le Guenno B., Pison G., Enel C., Lagarde E., Seck C. - HIV2 seroprevalence in three rural regions of Senegal: low levels and heterogeneous distribution. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1992; 86: 301-2.
- [8]- Le Guenno B., Pison G., Enel C., Lagarde E., Seck C. - Clinical and immunological impact of HIV2 infection in a rural community of Senegal. *Journal of Medical Virology* 1992, 38 (1): 67-80.
- [9]- Lagarde E., Pison G., Le Guenno B., Enel C., Seck C. - Les facteurs de risque de l'infection à VIH2 dans une région rurale du Sénégal. *Dossier et recherches n° 37*, Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, 1992, 42 p.
- [10]- Pison G., Trape J-F., Lefebvre M., Enel C. - Rapid decline in child mortality in a rural area of Senegal. *International Journal of Epidemiology* 1993, 22(1): 72-80.
- [11]- Enel C., Pison G. - *Contraceptive knowledge and sexual behaviour among female seasonal migrants in Senegal*. Rapport interne, Institut National d'Etudes Démographiques, 1993, 17 p.
- [12]- Pison G. - *Etude des comportements migratoires et sexuels dans une communauté rurale du Sénégal*. Rapport à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1993, 18 p.

- [13]- Enel C., Pison G. - *Le mariage dans un village joola du Sénégal et son évolution depuis 50 ans*. Rapport interne, Institut National d'Etudes Démographiques, 1993, 20 p.
- [14]- Pison G., Le Guenno B., Lagarde E., Enel C., Seck C. - Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993, 6 (2): 196-200.
- [15]- Enel C., Pison G., Lefebvre M. - De l'accouchement traditionnel à l'accouchement moderne au Sénégal. *Cahiers Santé* 1993, 3: 441-6.
- [16]- Enel C., Pison G., Lefebvre M. - Migrations and nuptiality changes. A case study in rural Senegal. in Bledsoe C., Pison G. (ed.), *Nuptiality in Sub-Saharan Africa : Contemporary Anthropological and Demographic Perspectives*. Clarendon Press, Oxford, 1994, 92-113.
- [17]- Pison G. - La révolution sanitaire en Casamance. in Barbier-Wieser F.G. (sous la coordination de), *Comprendre la Casamance. Chronique d'une intégration contrastée*. Editions Karthala, Paris, 1994, pp 299-321.
- [18]- Rovillé-Sausse F., Pison G. - Croissance des enfants d'origine subsaharienne. Etude comparative des enfants nés en France et au Sénégal. *Cahiers d'Anthropologie et Biométrie Humaine* 1994, 12 (1-2):61-73.
- [19]- Enel C., Lagarde E., Pison G. - The evaluation of surveys of sexual behaviour: a study of couples in rural Senegal. *Health Transition Review* 1994, supplement to volume 4:111-124.
- [20]- Pison G., Lagarde E., Enel C., Desgrées du Loû A. - Comportements sexuels, migrations saisonnières et risques d'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal. *Société d'Afrique et sida* 1995, 10: 8-10.
- [21]- Delaunay V., Enel C., Lagarde E., Diallo A., Seck K., Becker C., Pison G. - *Sexualité des adolescents ; un calendrier de plus en plus précoce pour les garçons du milieu rural sénégalais* Rapport interne, Institut National d'Etudes Démographiques, 1995, 25 p.
- [22]- Lagarde E - *Epidémiologie de l'infection à VIH en Afrique : analyse des facteurs démographiques, sociologiques et comportementaux. Une étude de cas en zone rurale au Sénégal*. Thèse de doctorat du Muséum National d'Histoire Naturelle, 1995.
- [23]- Lagarde E., Enel C., Pison G. - Reliability of Reports of Sexual Behaviour: A Study of Married Couples in Rural West Africa. *American Journal of Epidemiology* 1995 141:1194-200.
- [24]- Pison G., Hill K., Cohen B., Foote K. - *Population Dynamics of Senegal*. National Academy Press, Washington, 1995, 254 p.
- [25]- Trape J-F., Pison G., Preziosi M-P., Enel C., Desgrées du Loû A., Delaunay V., Samb B., Lagarde E., Molez J-F., Simondon F. Impact of chloroquine resistance on malaria mortality: a 12-year prospective study in Senegal. (Résumé de

communication au 14ème Congrès international de médecine tropicale et de paludisme, Nagasaki, 17-22 novembre 1996), Abstract 0-13-8, 188.

- [26]- Lagarde E., Pison G., Enel C. - Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behaviour and behaviour change. *AIDS* 1996, 10: 327-34.
- [27]- Lagarde E., Pison G., Enel C. - A study of sexual behavioural change in rural Senegal. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retro* 1996, 11: 282-7.
- [28]- Pison G., Lagarde E., Enel C. - Comportements sexuels, migrations saisonnières et risques d'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles : étude des changements en zone rurale au Sénégal. in *Le sida en Afrique. Recherches en sciences de l'homme et de la société*, Collection Sciences Sociales et Sida, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Paris, 1997, pp 17-22.
- [29]- Lagarde E., Pison G., Enel C., Delaunay V., Gabadinho A. - Résultats d'une étude préliminaire sur les facteurs de variation de l'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles en zone rurale d'Afrique de l'Ouest. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1997, 45: 271-8.
- [30]- Pison G., Hill K., Cohen B., Foote K. - *Les changements démographiques au Sénégal*. P.U.F., Paris, 1997, 240 p. (*Cahier de l'INED n° 138*) (traduction française de l'ouvrage publié en anglais en 1995).
- [31]- Lagarde E., Pison G., Enel C. - Improvement in AIDS knowledge, perceptions and behaviours over a short period in a rural community of Senegal. *International Journal fo STD and AIDS* 1997, 8: 681-87.
- [32]- Lagarde E., Pison G., Enel C. - Risk behaviours and AIDS knowledge in a rural community of Senegal: relationship with sources of AIDS information. *International Journal of Epidemiology* 1998, 27: 890-6.
- [33]- Trape J-F., Pison G., Preziosi M-P., Enel C., Desgrées du Loû A., Delaunay V., Samb B., Lagarde E., Molez J-F., Simondon F. - Impact of chloroquine resistance on malaria mortality. *C.R Acad. Sci. Paris Sciences de la vie* 1998, 321: 689-97.
- [34]- Lagarde E., Enel C., Seck K., Gueye-Ndiaye A., Piau J-P., Pison G., Delaunay V., Ndoye I., Mboup S. - Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal. *AIDS*, 2000, 14 :2027-33.
- [35]- Diop O., Pison G., Diouf I., Enel C., Lagarde E. - Incidence of HIV-1 and HIV-2 infections in a rural community in southern Senegal. *AIDS* 2000, 14: 10671-2 (letter).
- [36]- Spira R., Lagarde E., Bouyer J., Seck K., Enel C., Toure-Kane N., Piau J-P., Ndoye I., Mboup S., Pison G. - Preventive attitudes towards the threat of Aids: process and determinants in rural Senegal. *AIDS Education and Prevention* 2000, 12 (6): 544-556.
- [37]- Pison G., Kodio B., Guyavarch E., Ba M., Etard J-F. - La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal. *Population* 2000 (6): 1003-18.

- [38]- Gabadinho A., Pison G.— *L'observatoire démographique de Mlomp (Sénégal). Description de la base de données*. Rapport interne, Institut National d'Etudes Démographiques, 2001, 51 p.
- [39]- Kodio B., de Bernis L., Ba M., Ronsmans C., Pison G., Etard J-F. - Levels and causes of maternal mortality in rural Senegal. *Trop Med & Int Health* (sous-presse).
- [40]- Delaunay V., Enel C., Lagarde E., Diallo A., Seck K., Becker C., Pison G. *Sexualité des adolescents ; un calendrier de plus en plus précoce pour les garçons du milieu rural* (sous-presse).
- [41]- Enel C. et Pison G. – *Veuvage et lévirat. Le cas des « maribataires » de Mlomp, au Sénégal*. — Paris, INED (Communication au Colloque International “Genre population et développement en Afrique”, Abidjan, 16-21 juillet 2001).
- [42]- Pison G., Gabadinho A., Wade A., Enel C. - Mlomp demographic surveillance system, Senegal. in INDEPTH, *Population, health and survival in INDEPTH sites*. INDEPTH network monograph series (sous-presse).
- [43]- Diouf G. - *Fécondité et contraception à Mlomp (Sénégal). Résultats de l'enquête de 2000*. Rapport de stage de DEA— Paris, INED.
- [44]- Trape J-F., Pison G., Spiegel A., Enel C, Rogier C. – Combating malaria in Africa (en préparation).
- [45]- Pison G., Enel C., Gabadinho A., Diouf G., et Guyavarch E. – *Migrations saisonnières, sexualité et fécondité. Une étude de cas dans la zone rurale de Mlomp, au Sénégal*. — Paris, INED (Communication au Colloque International “Genre population et développement en Afrique”, Abidjan, 16-21 juillet 2001).
- [46] - Pison G., Guyavarch E., Kodio B., Etard J-F. – *La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal*. – Paris, INED. (Communication au XXIV^e Congrès international de la population, UIESP, Salvador de Bahia, août 2001).

Annexe 2 – Liste des contrats de recherche

Le projet Population et santé à Mlomp a bénéficié de plusieurs contrats de recherche, notamment :

1985 – INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), contrat de recherche externe n° 858028 sur le thème « Développement d'une méthode de mesure de la mortalité par âge et par cause en zone rurale africaine ».

1990 – ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida), contrat n° 90158 sur le thème : « Etude des comportements migratoires et sexuels dans une communauté rurale du Sénégal ».

1992 – Ministère de la Coopération, contrat sur le thème : « Paludisme chimio-résistant au Sénégal : conséquences sur la mortalité en zone rurale et adaptation de la lutte antipaludique ».

1992 – OMS (Organisation mondiale de la santé)- Programme global sur le sida, contrat sur le thème : « La fiabilité des réponses dans les enquêtes sur les comportements sexuels. Une étude de cas dans la zone rurale de Mlomp (Casamance, Sénégal) ».

1994 – ANRS, contrat n° 94038 sur le thème : « Enquête socio-démographique et épidémiologique pilote de la transmission du VIH et de sa prévention en zone rurale de Basse Casamance au Sénégal ».

1996 – ANRS, contrat n° 96024 sur le thème : « Sexualité, risques d'infection par le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles et prévention. Etude multisite en zone rurale d'Afrique de l'Ouest. II - Facteurs de variation de la prévalence du VIH et des autres MST ».

2000 – Ministère de la Recherche - Programme VIH-PAL (VIH-paludisme), contrat sur le thème : « Impact du paludisme chimiorésistant sur la mortalité et facteurs de diffusion des résistances. Une étude de cas en zone rurale du Sud du Sénégal ».

Annexe 3 – Liste de personnes ayant participé au projet « Population et santé à Mlomp »

Remarque : Ne figurent ici que les noms des personnes ayant participé à la surveillance démographique et sanitaire. Les personnes ayant tiré parti de l'existence de l'observatoire pour mener des recherches complémentaires sur des sujets particuliers ne sont pas mentionnées.

Responsable du projet :

Gilles Pison, depuis le début en 1984

Responsables de la supervision sur le terrain :

Gilles Pison, 1984 - 1985
Monique Lefebvre, 1986 - 1989
Catherine Enel, depuis 1990
Emmanuel Lagarde et Gilles Pison, en 1995

Responsables de la saisie et du traitement des données :

Monique Lefebvre, 1984 -1995
Emmanuel Lagarde, 1995 -1998
Alexis Gabadinho, 1998-2000

Responsable de la détermination des causes de décès :

Jean-François Trape, depuis 1985

Opérateurs de saisie :

à Paris :

Valérie Bidabe, 1988-1989
Ambubo Jean-Paul Senghor, 1995 -1996

à Mlomp :

Joseph Sambou, Jibeten : depuis 1990
Barthélémy Pepin Diatta, Kanjanka : 1990 -1994
Noël Senghor, Hasuka : 1991-1998
Léon Manga, Haer : depuis 1995
Gervais Sambou, Kafon : depuis 2000

Enquêteurs ou interprètes de sexe féminin :

Léonie Diagne, Haer : depuis 1999
Agnès Diatta, Kafon : depuis 1990
Brigitte Diatta, Etebemaï : depuis 1995
Lusia Diatta, Kanjanka : 1995
Maam Henriette Diatta, Kajifolong : 1984-1993
Marie Diatta, Jibeten/Kajifolong : 1987, 1988, 1989
Sokhona Diatta, Kajifolong : 1984
Jacqueline Diedhiou, Séege : 1984
Marie-Hélène Diedhiou, Kafon : 1987
Rosine Diedhiou, Hasuka : depuis 1995
Yvonne Diedhiou, Jikomol : 1992
Anaïs Sambou, Kafon : depuis 1995
Constance Balaasia Sambou, Kajifolong/Séege : 1984-1985, 1987-1988, 1992
Agnès Senghor, Jikomol : 1989-1995
Antoinette Senghor, Kajifolong : 1984-1985, 1987-1988, 1990
Cécile Senghor, Kajifolong : depuis 1986
Suzanne Senghor, Hasuka : 1984

Enquêteurs ou interprètes de sexe masculin :

Adama Sow Jean-Christophe Sambou, Jikomol : depuis 1984
Etienne Akanjak Sambou, Jikomol : 1984, 1985
Jérôme Diatta, Kajifolong : 1995
Julien Soliba Diatta, Kajifolong : 1989, 1990, 1992, 1995
Ampakuhando Adrien Diatta, Kanjanka : en 1995
Abraham Sambou, Jikomol : 1990, 1995
Gervais Sambou, Kafon : 2000
Michel Senghor, Kajifolong : 1987
Gérard Senghor, Jibeten : 1989

Préleveurs (enquêtes de séroprévalence VIH) :

Antoinette Senghor, 1990
Joseph Sambou, 1990
Gérard Senghor, 1990
Léon Manga, 1995

Intendant :

Julien Soliba Diatta, depuis 1990.

Annexe 4 - Liste des enquêtes quantitatives menées en parallèle à l'observation démographique suivie

Les enquêtes sont données par ordre d'ancienneté, en commençant par la plus ancienne. Des enquêtes qualitatives ont souvent été menées en parallèle aux enquêtes quantitatives. Elles ne sont pas mentionnées ici.

Enquête sur les comportements sexuels

dates : 1990 à 1992

population cible : hommes et femmes, mariés et célibataires, migrants et non-migrants, et pour les migrants, en saison de migration et en saison de retour au village

taille de l'échantillon : 400¹⁵, dont :

232 femmes (160 mariées et 72 célibataires),

168 hommes (1250 mariés et 43 célibataires)

questionnaire : dérivé du questionnaire-type de l'O.M.S. utilisé dans les enquêtes nationales sur les comportements sexuels¹⁶

interprètes : Gérard Senghor, Michel Senghor, Marie Diatta, Marie-Hélène Diedhiou, Julien Soliba Diatta, Constance Balaasia Sambou.

Enquête sur l'exode rural et les différences de statut et de condition de vie des femmes entre la ville et la campagne

dates : 12/1987 - 01/1988

population cible : couples de sœurs mariées, l'une vivant au village, l'autre vivant émigrée en ville

taille de l'échantillon : 34 femmes mariées se répartissant en 17 couples de sœurs – échantillon aléatoire

interprètes : Marie Diatta, Constance Balaasia Sambou, Marie-Hélène Diedhiou, Antoinette Senghor.

Enquête sur les facteurs de risque de l'infection à VIH (couplée à une enquête de séroprévalence auprès de toute la population de 20 ans ou plus)

dates : 09-10/1990

population cible : échantillon de l'enquête cas-témoin

taille de l'échantillon : 91 personnes

questionnaire : dérivé du questionnaire-type de l'O.M.S. pour les enquêtes sur les partenaires, avec des questions supplémentaires sur les migrations, les injections et les transfusions de sang

¹⁵ L'échantillon n'est pas strictement aléatoire. En raison de la fréquence des migrations, une fraction importante des personnes que l'on aurait tirées au sort auraient pu être absentes au moment de l'interview. L'enquête avait parmi ses objectifs d'étudier les comportements de toutes les composantes de la population, y compris les migrants saisonniers, et pour ces derniers, de les observer non seulement lorsqu'ils étaient au village, mais également sur leur lieu de migration. Or, il est difficile de retrouver les migrants sur leurs lieux de migration car ils sont dispersés dans des régions entières du pays et même à l'étranger pour certains. On a dû se résigner à procéder par sous-groupes homogènes de la population (hommes et femmes, migrants et non-migrants, mariés et non mariés) et par saison (saison de migration, saison des retours), et aussi par lieu (dans la zone d'étude et sur les lieux de migration). Un tirage au sort a été fait pour chaque sous-groupe particulier. Les interviews ont été menées pour la plupart de 1990 à 1992 et en plusieurs vagues. A cependant été également inclus dans l'échantillon un petit nombre d'interviews réalisées précédemment en 1987 et en 1989.

¹⁶ GPA Partner Relations-Phase 1 ans 2, Research Package. OMS 1988; Genève. Carballo M et al. A cross-national study of patterns of sexual behavior. The Journal for Sex Research 1989; 26:287-299.

interprètes-enquêteurs/enquêtrices : Agnès Senghor, Antoinette Senghor, Julien Soliba Diatta, Abraham Sambou.

Enquête d'évaluation des réponses aux questions sur les comportements sexuels

dates : 01-03/1994 (l'enquête pilote a eu lieu en 01-03/1992)

population cible : couples d'hommes et femmes mariés et présents

méthode : suivi hebdomadaire des participants pendant 5 semaines

taille de l'échantillon : 62 couples mariés – échantillon aléatoire

enquêteurs/enquêtrices : Agnès Senghor, Cécile Senghor, Adama Sow Jean-Christophe Sambou, Julien Soliba Diatta.

Enquête sur les comportements sexuels

dates : 1994

population cible : personnes ayant entre 15 et 59 ans

taille de l'échantillon : 482 (240 hommes et 242 femmes) – échantillon aléatoire

questionnaire : dérivé du questionnaire-type de l'O.M.S. pour les enquêtes sur les partenaires¹⁷

enquêteurs/enquêtrices : Agnès Senghor, Cécile Senghor, Adama Sow Jean-Christophe Sambou, Julien Soliba Diatta.

Enquête sur les facteurs de risque de l'infection à VIH (couplée à une enquête de séroprévalence auprès de toute la population de 18 ans ou plus)

dates : 09/1995

population cible : échantillon de l'enquête cas-témoin

taille de l'échantillon : 80 personnes

interprètes-enquêteurs/enquêtrices : Agnès Senghor, Antoinette Senghor, Julien Soliba Diatta, Abraham Sambou.

Enquête sur l'allaitement et le sevrage

dates : 01-02/2000 et 08-09/2000

population cible : la moitié des femmes ayant un enfant de moins de 12 mois et toutes les femmes ayant un enfant ayant entre 12 et 29 mois.

taille de l'échantillon : 227 femmes (01-02/2000) et 229 femmes (08-09/2000).

enquêtrices : Léonie Diagne, Brigitte Diatta.

Enquête de fécondité

dates : 08-09/2000

population cible : échantillons tirés au hasard d'hommes de 15 à 59 ans et de femmes de 15 à 49 ans

taille de l'échantillon : 413 femmes et 206 hommes

enquêteurs/enquêtrices : Agnès Diatta, Rosine Diedhiou, Anaïs Sambou, Cécile Senghor, Léon Manga, Adama Sow Jean-Christophe Sambou, Gervais Sambou, Joseph Sambou.

¹⁷ Ferry B, Deheneffe JC, Mamdani M, Ingham R. Characteristics of surveys and data. In Cleland J, Ferry B (ed). AIDS in the Developing World. London: Taylor and Francis, 1995, pp 10-42.

Annexe 5 – Liste des villages de la zone d’enquête

La zone d’étude de Mlomp comprend 11 villages :

- 1 – Haer
- 2 – Etebemai
- 3 – Jikomol
- 4 – Jibeten
- 5 - Kajifolong

- 6 – Kanjanka
- 7 – Hasuka
- 8 – Ebanbin
- 9 - Kañao
- 10 - Séege
- 11 - Kafon

Les villages se regroupent en deux. Les cinq premiers villages (numérotés de 1 à 5) constituent l’agglomération de Mlomp, et les 6 derniers (numérotés de 6 à 11) constituent l’agglomération de Kajinool. L’ensemble Mlomp-Kajinool est souvent nommé Mlomp tout court.

Annexe 6 – Liste des *bukut* (cérémonies de circoncision et d’initiation)

Le *bukut*

Le *bukut* est la cérémonie de circoncision-initiation des hommes chez les Diola *Esulalu*¹⁸. Il a lieu tous les 20 à 30 ans, et concerne à chaque fois l’ensemble des hommes nés depuis le précédent *bukut*. Les plus jeunes sont des petits enfants et les plus âgés, des hommes adultes pouvant avoir jusqu’à 30 ans. À noter que les Diola *Esulalu* n’excisent pas les filles.

Rite de passage à l’âge adulte, le *bukut* comprend l’opération de circoncision et une initiation, à la fois civile et religieuse. Il s’accompagne d’une période de réclusion au lieu sacré, appelé «bois sacré». Autrefois, celle-ci pouvait durer deux à trois mois. Aujourd’hui, elle ne dure plus que trois semaines à un mois, et a lieu en juillet et en août, avec une entrée dans le bois sacré vers mi-juillet et une sortie vers mi-août. L’opération de circoncision est par ailleurs devenue symbolique, l’acte médical ayant en effet souvent été pratiqué plus tôt, en général dans une structure sanitaire. À noter que les nouveaux-nés ne participent pas au *bukut*. Il faut avoir au moins un an pour pouvoir le suivre. Ils participeront adultes au *bukut* suivant, 20 à 30 ans plus tard. Les tout-petits qui participent ne séjournent cependant que quelques jours au bois sacré, en particulier s’ils ne sont pas encore sevrés. Il leur serait en effet difficile d’être séparés de leur mère pendant une longue période. Et la mère, en arrêtant d’allaiter plusieurs jours, n’aurait plus de lait.

Autrefois, il fallait avoir subi le *bukut* pour pouvoir se marier ; ce n’est plus le cas aujourd’hui. Mais le plus grand espacement des *bukut*, plus de 40 ans entre le dernier et l’avant-dernier, alors qu’ils avaient lieu autrefois tous les 20 à 30 ans, a peut-être contribué à l’élévation de l’âge au mariage des hommes.

Tout ce qui entoure le *bukut* est totalement interdit aux femmes. En sens inverse, ce qui entoure les femmes en règles et la maternité est tabou pour les hommes. Les hommes ont leur fétiche du *bukut* et leurs bois sacrés, les femmes ont leur fétiche *ehuuña* et elles avaient leur *kalamba* («maternité traditionnelle»).

La célébration de la cérémonie du *bukut* s’accompagne d’une grande fête qui attire beaucoup de monde dans les villages, et ceci pendant une longue période. Elle nécessite donc que les greniers soient pleins. En prévision, des stocks de riz doivent être constitués plusieurs années à l’avance. La pluviométrie ayant diminué dans les années soixante-dix, et la

¹⁸ Baum R.M. *A religious and social history of the Diola-Esulalu in pre-colonial Senegambia*. PhD Thesis, 1987, dactylographié, non publié.

production de riz baissé, il n'a pas été possible d'en engranger suffisamment. Cela explique en partie que le *bukut*, qui aurait dû se tenir à la fin des années 1970 et au cours des années 1980, ait été reporté d'une à deux décennies. Ce n'est qu'en 1990 qu'il a finalement eu lieu à Kajinool, près de 40 ans après le précédent (voir plus loin le calendrier des *bukut*).

L'ordre de succession des villages pour le *bukut*

Le *bukut* n'a pas lieu la même année dans tous les villages Diola *Essoulalou*. Il y a toujours quelques années d'écart entre certains villages, le *bukut* tournant d'un village ou d'un groupe de villages à l'autre en suivant toujours le même ordre :

- 1) Sàlaaki
- 2) Kanjanka, Hasuka, Ebanbin, Kañao, Sége, Kafon
(ces six villages constituent l'agglomération de Kajinool)
- 3) Kajifolong, Jibeten
- 4) Jikomol, Haer, Etebemai, Kañut, Samatit et Eluja.

La liste des différents *bukut*

L'interview par Gilles Pison, Robert Baum et Catherine Enel de différentes personnes de Mlomp dans les années 1980 et 1990 a permis de dresser la liste des différents *bukut* survenus dans les villages Diola *Essoulalou* jusqu'au plus ancien dont la tradition orale ait gardé la mémoire. Si les dates sont approximatives pour le 19^{ème} siècle, elles sont à peu près justes pour la première moitié du 20^{ème} siècle, et exactes pour les *bukut* des cinquantes derniers années. La date indiquée correspond à l'année où le *bukut* a eu lieu dans les six villages de l'agglomération de Kajinool. Ces villages organisent en effet presque toujours le *bukut* la même année. Après le nom de chaque *bukut* est indiqué entre guillemets son sens, s'il est connu, et dans la dernière colonne, les raisons ayant conduit à ce nom.

- 1790 Kata Sàlaaki «ceux de Sàlaaki¹⁹ »
- 1810 Ane Ebane
- 1830 Bangunng «lion» un lion est apparu cette année-là
- 1850 Soiybak
- 1875 Batingili «les oreillons» une épidémie a eu lieu cette année-là
- 1900 Baduus «les chiques²⁰». il y avait beaucoup de chiques cette année
- 1923²¹ Jambia déformation du mot «Gambia²²»
- 1948²³ Bacakuaal «culottes courtes (short)» les jeunes en portaient cette année-là.
- 1990²⁴ Jiteñpe «mangent tout²⁵» les générations qui mangent les économies

¹⁹ Histoire d'un tam-tam qu'une femme qui allait chercher de l'eau à la rivière a entendu ; elle s'est mise à danser au rythme du tam-tam et des chants. Elle est rentrée au village pour annoncer la nouvelle aux hommes qui, à leur tour, ont entendu le tam-tam. Ils se sont mis à danser tout en se demandant 'qui sont les gens qui battent le tam-tam ?'. Une voix leur a répondu : « Kata Sàlaaki (ceux de Sàlaaki). Nous avons la circoncision cette année ». Donc, quand on entend le tam-tam invisible, on sait qu'il y aura la circoncision.

²⁰ Tique parasite de la peau. Infecte surtout les porcs, mais touche également les hommes. Ceux-ci s'infectent par contact avec les jeunes tiques se trouvant dans le sable ou la végétation. La tique pénètre dans la peau, souvent au niveau du pied, et s'y développe en creusant une cavité et en se transformant en un sac rempli d'œufs.

²¹ Les dates pour les différents villages sont : 1923 : Kajinool (tous les villages), Kajifolong ; 1931 : Jikomol, Haer, Etebemaï, Kañut, Eluja ; 1932 : Samatit.

²² Beaucoup de gens se sont rendus en migration saisonnière en Gambie cette année-là.

²³ Les dates pour les différents villages sont : 1948 : Kajinool (Kanjanka, Hasuka) ; 1951 : Kajinool (Ebankin, Kañao, Sége, Kafon) ; 1954 : Kajifolong, Jibeten ; 1962 : Jikomol, Haer, Etebemaï, Kañut, Samatit, Eluja.

²⁴ Les dates pour les différents villages sont : 1990 : Kajinool (tous les villages) ; 2001 : Kajifolong, Jibeten. Les autres villages devront l'organiser dans les années ultérieures.

²⁵ Ce groupe de circoncision a d'abord porté le nom 'Kayendu', mais le nom a changé depuis. Jiteñpe signifie 'mangent tout', se référant aux jeunes générations qui mangent tout ce qu'elles voient, toutes les économies, car elles aiment avant tout faire la fête et ne pas travailler.

Annexe 7 – Les programmes et les infrastructures sanitaires

Les conditions sanitaires se sont améliorées de façon sensible au cours des 40 dernières années. Les principaux changements dans l'infrastructure sanitaire et dans les programmes de soins sont indiqués à la figure ci-contre. Nous allons les passer en revue avant d'en examiner ensuite deux en détail : l'accouchement en maternité et la lutte contre le paludisme.

A) Les principales étapes de l'amélioration des conditions sanitaires

1 - le dispensaire

- avant 1958, le village n'avait pas de dispensaire et il fallait aller à Oussouye, le chef-lieu du département, à 10 km de là, pour se faire soigner ;

- entre 1958 et 1961, les infirmières du dispensaire privé d'Oussouye venaient régulièrement tenir une consultation à Mlomp trois fois par semaine ;

- depuis 1961, le village a son propre dispensaire fonctionnant de façon continue. Ce dispensaire est privé et tenu par des religieuses catholiques, infirmières diplômées. Depuis sa fondation, son activité n'a cessé de croître. Il était tenu par une seule infirmière jusqu'en 1978. À partir de 1979 elles furent deux, puis trois à partir de 1983. Depuis 1991, il n'y a plus qu'une infirmière à nouveau, aidée à l'occasion d'une collègue. Mais l'infirmière est maintenant assistée de personnel local qu'elle a formé. Le dispensaire est équipé depuis quelques années d'un petit laboratoire pour les examens courants. 24.517 consultations ont été effectuées en 1989 (sans compter les visites de contrôle, en général deux après chaque consultation), soit 67 en moyenne par jour, avec un minimum de 39 en janvier et un maximum de 102 en octobre.

2 - la maternité

- avant 1960, le village n'avait pas de maternité. Les femmes désirant accoucher en maternité devaient se rendre dans le village voisin de Jembering (à 15 km en pirogue) ou dans les villes voisines d'Oussouye (à 10 km par la route) ou de Ziguinchor (50 km) ;

- entre 1960 et 1968, le village n'avait toujours pas de maternité, mais le dispensaire proposait systématiquement aux femmes enceintes de les conduire à la maternité d'Oussouye ;

- en 1968, une maternité a été ouverte à Mlomp. Les femmes viennent y accoucher et aussi pour les consultations pré et post-natales.

3 - les vaccinations

- avant 1971, il n'y avait pas de vaccinations sur place au village ; une petite fraction des enfants a cependant été vaccinée lors d'opérations ponctuelles comme la campagne nationale de vaccination contre la rougeole de 1967-1969 ;

- à partir de 1971, le dispensaire privé du village a organisé, lorsqu'il en avait les moyens, des séances de vaccinations épisodiques contre la rougeole (début en 1971) et la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCP) (début en 1972). En tenant compte des difficultés à faire revenir les enfants pour les rappels, ces premières campagnes ne couvraient qu'une minorité d'enfants, en particulier pour le DTCP ;

- à partir de 1975, ces vaccinations d'initiative privée sont devenues régulières et ont touché pratiquement tous les enfants ;

- depuis 1982, les vaccins sont en grande partie fournis par les services publics dans le cadre du Programme élargi de vaccination couvrant tout le pays. Ce programme porte sur la prévention des sept maladies suivantes : rougeole, fièvre jaune, tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite²⁶.

Au total, depuis la fin des années soixante-dix, la plupart des enfants sont correctement vaccinés contre ces maladies. Par exemple, ceux nés en 1988 l'étaient à 90% (100% en ce qui concerne les enfants résidant en permanence à Mlomp).

4 - la protection maternelle et infantile

a) la pesée des enfants

En avril 1969, une pesée mensuelle des enfants de moins de 5 ans (en 1985, la limite d'âge a été abaissée à 3 ans), a été instituée dans le cadre du Programme pour la nutrition du Sénégal (PPNS). Jusqu'en avril 1989, la pesée était associée à une distribution gratuite d'aliments (du lait en poudre, de l'huile et de la farine vitaminées fournis par Cathwell-Canada) destinés aux mères et aux enfants, mais cette distribution a cessé depuis. Au début, le programme ne touchait qu'une partie des enfants, mais son succès a été rapide : en 1989, 94% des enfants de moins de trois ans y participaient.

²⁶ D'autres vaccinations ont été effectuées ponctuellement, par exemple, tous les enfants de 0 à 5 ans ont été vaccinés contre l'hépatite B en mars-avril 2000.

Le programme PPNS vise à améliorer l'état de santé des mères et des enfants par le biais d'une alimentation plus riche. Les infirmières qui l'appliquent à Mlomp estiment qu'il n'a sans doute pas beaucoup d'effet sur l'état nutritionnel moyen. Mais elles lui trouvent cependant un grand intérêt : les séances de pesée leur permettent de repérer un certain nombre d'enfants malades qui n'ont pas été amenés au dispensaire. Lorsqu'au cours d'une de ces séances les infirmières remarquent un enfant de poids faible pour son âge, elles incitent sa mère à l'amener en consultation au dispensaire si celle-ci ne l'a pas déjà fait. Un poids trop faible est en effet souvent le signe d'une maladie sous-jacente. L'enfant est alors examiné et traité, alors qu'il ne l'aurait pas été ou qu'il l'aurait été plus tard s'il n'avait pas été vu à la pesée. Le programme de pesée a donc été un moyen pour le dispensaire de suivre presque toute la population des enfants de moins de trois ans et d'en traiter rapidement les malades, à l'époque où tous les enfants ou presque étaient amenés à la pesée. Le programme sert aussi de support à des séances d'éducation maternelle et sanitaire et à la chimioprophylaxie des enfants contre le paludisme. De ce point de vue, il a une utilité certaine.

b) la prévention et le traitement du paludisme

En 1975 a débuté un programme de prévention du paludisme par prise régulière de chloroquine pendant la saison des pluies, de mai à novembre (1/2 à 2 comprimés par semaine pour les enfants, 3 comprimés pour les adultes). La distribution ou la vente des comprimés a lieu lors de la pesée des enfants.

En même temps, les infirmières du dispensaire ont essayé d'apprendre aux familles à avoir en permanence chez elles un petit stock de chloroquine acheté au dispensaire, et à l'utiliser pour la prévention et aussi pour le traitement de tout accès de fièvre dès son apparition, sans attendre d'aller au dispensaire. Cette politique a été longue à mettre en œuvre, mais elle semble cependant avoir porté ses fruits après plus de dix ans ; l'habitude de stocker et de prendre de la chloroquine semble maintenant assez bien ancrée. Nous reviendrons de façon plus détaillée sur ce programme, plus loin, lors de son évaluation.

Nous n'avons fait jusqu'ici qu'énumérer les infrastructures sanitaires et les programmes de santé récemment mis en place à Mlomp. Mais des programmes ou des installations peuvent exister sans que la population y ait forcément recours. Entre le démarrage d'un programme et son fonctionnement à plein régime s'écoule souvent un certain laps de temps. Prenons deux programmes comme exemple, l'accouchement en maternité et la lutte contre le paludisme, et examinons plus en détail leur mise en œuvre. Nous pouvons directement mesurer la progression de la couverture du premier grâce à l'enquête démographique. La série d'enquêtes parasitologiques et cliniques menées en 1989 sur le paludisme nous permettent de mesurer l'efficacité du second.

B) L'évolution des conditions d'accouchement depuis 50 ans

1) l'accouchement traditionnel

Les conditions d'accouchement, lorsque n'existait pas encore de maternité à Mlomp ou à proximité, ont pu être retracées en interrogeant les femmes des vieilles générations.

Traditionnellement, les femmes ayant accouché ou étant sur le point d'accoucher devaient se rendre immédiatement à l'écart du village, dans un endroit appelé *kalamba*, traduit ici par "maternité traditionnelle". Mlomp était équipé de quatre de ces installations il y a encore une quarantaine d'années. Chacune d'elles comprenait une hutte entourée d'une cour. Le bâtiment était construit et entretenu par les seules femmes et son accès en était défendu aux hommes, aux femmes qui n'ont jamais été enceintes et aux enfants, car tout ce qui touche à l'enfantement est tabou pour eux. Aux premières douleurs, les femmes s'y rendaient pour accoucher, et si elles avaient été prises de cours et avaient accouché chez elles²⁷ ou en route, elles devaient néanmoins s'y rendre avec leur bébé. Elles y restaient cinq jours au moins, le temps que tombe le cordon ombilical.

Après l'accouchement, le cordon était ligaturé en le nouant sur lui-même ou avec une bande de tissu. Il était ensuite coupé avec le tranchant d'une coquille d'huître (les villages sont situés en bordure de bras de rivières, les bolongs, où elles poussent à l'état sauvage sur les racines aériennes des palétuviers) ou d'une feuille de palmier. Avant d'être utilisés, ces outils étaient simplement frottés pour les débarrasser du sable ou de la terre qu'il y avait dessus. Ensuite, la plaie était enduite d'un produit cicatrisant qui pouvait être une pâte à base de cendre d'une essence particulière de bois mélangée à du lait de l'accouchée, de la poudre de poterie pilée, de la sève de divers arbres ou encore le liquide obtenu en pressant l'abdomen d'une espèce particulière d'araignée.

De telles conditions d'accouchement faisaient sans doute courir aux nouveaux-nés des risques élevés d'infection, par le tétanos notamment, comme partout où n'existe aucune règle d'asepsie. Cependant, le fait d'accoucher et de demeurer pendant quelques jours à l'écart des habitations, dans un endroit clos pourvu d'un bâtiment réservé exclusivement aux accouchements, laisse penser que certains risques d'infection étaient peut-être plus faibles qu'ailleurs.

²⁷ En cas d'accouchement à domicile, il n'a jamais lieu dans la maison, car celle-ci serait considérée comme souillée, mais dans la cour ou le jardin.

L'habitude d'utiliser ces *kalamba* a sans doute aussi joué un rôle important dans l'adoption rapide par les femmes des maternités modernes qui se sont construites dans la région. Intéressons-nous maintenant de plus près à cette innovation.

2) le passage de l'accouchement traditionnel à l'accouchement moderne

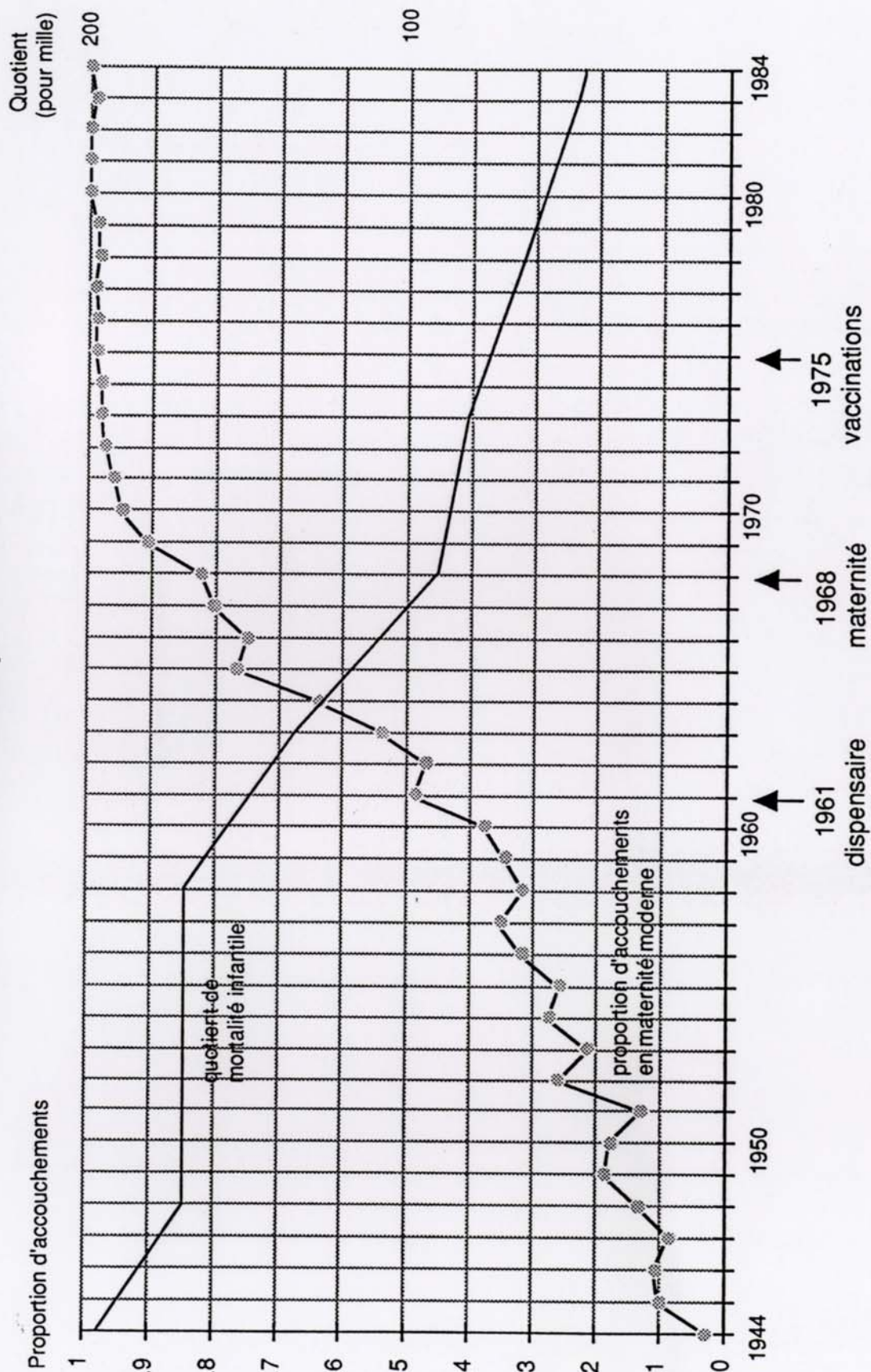
Comme nous l'avons mentionné plus haut, le questionnaire utilisé pour le recueil des histoires génésiques comportait plusieurs questions sur les conditions d'accouchement. Pour chaque grossesse, nous avons en particulier demandé si la femme avait accouché selon le mode traditionnel - dans une *kalamba*- ou bien en maternité, et le lieu de la maternité dans ce dernier cas.

Ces informations, recueillies pour les 7067 accouchements d'enfants nés vivants ou morts-nés des femmes interrogées, nous ont permis de calculer la proportion d'accouchements ayant eu lieu en maternité à différentes époques. Cette mesure est un peu différente de celle que nous souhaiterions avoir ; en effet, seules sont prises en compte ici les naissances pour lesquelles la mère est vivante et habite encore au village, de telle sorte qu'elle a pu être interrogée. Il manque toutes les naissances de femmes qui sont mortes ou ont émigré. Ce biais, inhérent à toute enquête retrospective, n'est sans doute pas trop important ici. Comme nous le verrons par la suite, la propension des femmes à accoucher en maternité ne diffère pas beaucoup selon leur âge pour une période donnée.

Si l'on retrace l'évolution de la proportion d'accouchements ayant eu lieu en maternité depuis une soixantaine d'années (voir figure), il apparaît qu'avant 1944, la proportion est très faible, moins de 3%. Après 1970, au contraire, la plupart des accouchements ont lieu en maternité. Entre ces deux dates, on observe une augmentation continue de l'accouchement en maternité. Le rythme de la progression ne semble pas constant cependant. Il paraît se modifier vers 1960 : de 1945 à 1960, la progression de l'accouchement en maternité est régulière, passant de quelques pour cent à un peu plus du tiers des accouchements. À partir de 1960, la progression s'accélère et, en l'espace de 10 ans, l'accouchement en maternité devient dominant.

A Mlomp, il semble donc que l'habitude d'aller accoucher en maternité ait commencé à se répandre très tôt, dès 1945, et que, même en l'absence de maternité au village, elle ait progressé fortement jusqu'à représenter les trois quarts des accouchements en 1967, à la veille de l'ouverture de la maternité du village. Cette maternité a été construite pour éviter aux femmes de faire de longs trajets. En offrant des facilités sur place, elle a sans doute contribué à parfaire l'évolution de telle sorte que l'habitude déjà bien ancrée d'accoucher en maternité est devenue la règle. Mais ce n'est pas la construction de la maternité dans le village qui a initié les changements dans ces domaines.

Figure 1 - Evolution annuelle de la proportion d'accouchements en maternité moderne de 1944 à 1984 à Mlomp



On peut noter enfin que l'accélération de l'évolution à partir de 1960 coïncide avec la politique instituée par le dispensaire privé d'Oussouye cette année-là, et poursuivie par celui de Mlomp à partir de 1961, de proposer systématiquement à toutes les femmes enceintes du village de les emmener accoucher en maternité. L'ouverture du dispensaire de Mlomp en 1961, avec la présence d'infirmières sur place en permanence pour assurer à temps l'évacuation des femmes enceintes, a pu aussi jouer un rôle.

Dans le domaine des conditions d'accouchement, Mlomp est très en avance par rapport au reste du pays. Alors que, depuis 1970, plus de 95% des femmes du village accouchent en maternité, dans l'ensemble du pays, elles ne sont encore qu'une minorité : dans les années 1981-1986, 41% des accouchements ont bénéficié de l'aide des services sanitaires (sans forcément avoir lieu en maternité), et, en zone rurale, 28% seulement²⁸.

Retenons que les conditions d'accouchement ont beaucoup changé à Mlomp en l'espace d'une vingtaine d'années, entre 1950 et 1970 : l'accouchement en maternité a été adopté rapidement et en définitive totalement. L'un des facteurs expliquant un tel succès est vraisemblablement la tradition des *kalamba*, maternités traditionnelles dont les maternités actuelles sont la forme moderne et qu'elles remplacent aux yeux des femmes. Le passage de l'une à l'autre n'a pas été vécu comme une rupture mais au contraire comme une continuité, même si certaines habitudes ont dû changer. Il n'en aurait sans doute pas été de même si les traditions avaient été d'accoucher à domicile ou aux alentours, comme on l'observe dans la plupart des autres régions au Sénégal.

C) La lutte contre le paludisme

1) historique

Malgré le peu de données anciennes précises, il semble que, jusqu'au milieu des années 1970, le paludisme représentait à Mlomp une cause majeure de morbidité et de mortalité de l'enfant. Une enquête du Service de lutte antipaludique effectuée en 1963 indiquait un indice plasmodique de 50% chez les enfants (SLAP, non publié). Evoquant cette période, les infirmières soulignent la fréquence élevée des accès pernicioseux (3 à 10 par mois en moyenne de juin à novembre, parfois jusqu'à 5 par semaine) et les nombreuses consultations d'urgence qu'elles étaient obligées d'assurer chaque nuit lors de la saison des pluies. C'est à leur initiative qu'un programme de chimioprophylaxie des jeunes enfants et des femmes enceintes, dont elles assureront le financement, a été institué à Mlomp en 1975 et s'est poursuivi jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix.

²⁸ Ndiaye S., Sarr I., Ayad M. *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986 (EDS-1)*. Direction de la Prévision et de la Statistique, Dakar et MD, Institute for Resource Development Westinghouse, Columbia, 1994, 284 p.

De mai à novembre, à l'occasion des séances de pesée des enfants du programme PPNS, une provision mensuelle de chloroquine était remise gratuitement aux parents. Elle était calculée de façon à permettre une prise hebdomadaire d'environ 5 mg/kg (1/2 comprimé par semaine jusqu'à 1 an, 1 comprimé de 1 à 4 ans). La fourniture de chloroquine intéressait initialement les enfants depuis l'âge de 3 mois jusqu'à leur 5ème anniversaire. À partir de 1985, parallèlement à la réduction de deux ans de l'âge limite pour participer au programme PPNS, cette fourniture n'a plus intéressé que les enfants de 3 mois à 3 ans. Passé l'âge de 5 ans, puis de 3 ans, il reste conseillé aux mères de poursuivre durant chaque saison des pluies la chimioprophylaxie de leurs enfants : à cet effet, à l'occasion soit des séances de pesée du programme PPNS, soit de consultation au dispensaire, de la chloroquine est proposée aux familles pour un prix modique (20 comprimés pour 100 francs CFA en 1990).

Par ailleurs, durant l'année 1975, la lutte contre le paludisme à Mlomp a revêtu un second aspect qui est présenté par les infirmières comme une véritable épreuve de force avec la population.

Face à la fréquence des consultations de nuit pour paludisme, et afin d'obliger les familles à détenir de la chloroquine à domicile, toute consultation pour un syndrome fébrile était refusée si l'enfant n'avait pas reçu auparavant à domicile un traitement présomptif par chloroquine, ou si ses parents refusaient l'achat immédiat d'une provision conséquente de ce produit. D'après le récit des infirmières, la "guerre de la chloroquine" fut particulièrement difficile et éprouvante : parents systématiquement refoulés s'ils se présentaient au dispensaire sans l'argent nécessaire à l'achat de chloroquine, enfants traités clandestinement, tension avec une partie des villageois. Au bout d'une année environ la possession de chloroquine à domicile était généralisée, et les consultations de nuit beaucoup moins fréquentes.

L'arrivée et la diffusion de souches de paludisme résistantes à la chloroquine au début des années quatre-vingt-dix a remis en cause cette stratégie de lutte. Une nouvelle stratégie est à définir. Elle reposera probablement sur l'utilisation de traitements combinant plusieurs médicaments antipaludiques. Plusieurs bi-thérapies sont en cours d'évaluation.

Annexes 8 à 11

Les questionnaires et les documents pour les enquêtes de terrain

Annexe 8

Le questionnaire du recensement initial de 1984-1985

HOMME

(début à remplir avec la femme, compléter avec l'homme après avoir terminé le reste du questionnaire avec la femme ; partie à remplir seulement s'il s'agit du 1er questionnaire du ménage).

numéro | prénoms | patron. V ou + | hank de naissance | buku | niv.scolaire | Pou A

présent (P) ou absent (A) le 15 août 1983 ? | 15 août 1983 | oct. | déc. | fév. | avril | juin | 15 août 1984 | oct.

déplacements et séjours de plus d'1 mois depuis le 15 août 1983 ? (dates, lieu de résidence et activités) :

père : | numéro | prénoms | patron. V ou + | adresse si vivant | n° ménage

mère : | numéro | prénoms | patron. V ou + | hank de naissance | adresse si vivant | n° ménage

date de naissance :

FEMME

(à remplir avec la femme) : si possible

nième

épouse de l'homme ou autre (mettre une croix) (commencer par la 1ère, puis la 2ème, etc.....)

numéro | prénoms | patron. V ou + | hank de naissance | buku | niv.scolaire | Pou A

présente (P) ou absente (A) le 15 août 1983 ? | 15 août 1983 | oct. | déc. | fév. | avril | juin | 15 août 1984 | oct.

déplacements et séjours de plus d'1 mois depuis le 15 août 1983 ? (dates, lieu de résidence et activités) :

père | numéro | prénoms | patron. V ou + | adresse si vivant | n° ménage

mère : | numéro | prénoms | patron. V ou + | hank de naissance | adresse si vivant | n° ménage

1^{er} conj. : | numéro | prénoms | patron. V ou + | adresse si vivant | cause et date rupt. | date du mariage année (méth.estim.)

2^{ème} conj. : | | | | | | | |

3^{ème} conj. : | | | | | | | |

Unions avant 1er mariage :

date de naissance :

Nombre d'enfants nés vivants de la femme

vivants avec elle : |
vivants ailleurs : |
décédés : |

Nombre d'avortements et de morts-nés : |

NAISSANCES VIVANTES DE LA FEMME

Autres grossesses (durée de grossesse)	Rang	numéro (ne pas remplir)	Sexe M ou F	Prénoms	Initiales du père	Type acc. T ou M	Nom maternité si M	V (viv) + (mort)	âge au décès (et date du décès si précisée)	SC ou F (ét. fin)	Initial. établis. scolaire fréquent.	Classe finale ou niveau sc. si F	Résident P, C ou A
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

ENFANTS CONFIES A LA FEMME.

Si plus de 10 naissances vivantes, continuer sur une 2ème feuille

père :	numéro	prénoms	patron	V ou +	lieu de naissance (1)	adresse si vivant	n° du ménage
mère :							
père :							
mère :							
père :							
mère :							

(1) Si l'enfant confié est un petit fils (ou petite fille) de la femme, indiquer le rang de naissance du père ou de la mère.

Si plus de 3 enfants confiés, continuer sur une deuxième feuille.

Annexe 9

Le questionnaire et la liste des ménages utilisés pour l'enquête démographique annuelle

QUARTIER : JIKOMOL SOUS-QUARTIER : KABAAYOT-B MENAGE : 263
 Enqueteur : C.S. Date d'enquete : 26-1-2000 A repondu : *de suite*

Depuis Kamaangen passe,

le menage a CHANGE de MAISON? N si OUI -> remplir une fiche MENAGE
 le menage a CHANGE de CHEF ? O si OUI -> remplir une fiche MENAGE
 la maison est-elle DEMOLIE ? O si OUI -> remplir une fiche MENAGE
 la maison est-elle VIDE ? O si OUI -> remplir une fiche MENAGE

CHEF 5021 M [redacted] et [redacted] 30 ans
 de 5022 [redacted]

A dormi HIER dans cette maison? N
 si NON -> est MORT ? O N si OUI -> fiche DECES
 a DEMENAGE dans Mlomp? O N si OUI -> CHEZ ?
 QUARTIER?
 est ABSENT de Mlomp ? O N si OUI -> pourquoi : VIN ? O N
 MALADIE? O N
 AUTRE, quoi?
 a quel ENDROIT?
 depuis QUAND ?

Etait present a l'HIVERNAGE? N
 si OUI -> absent la SAISON SECHE passee? O
 si OUI -> pourquoi : VIN ? O N
 MALADIE? O N
 AUTRE, quoi?
 a quel ENDROIT?
 date de DEPART? date de RETOUR?

ENCORE en UNION avec : 5028 [redacted] ? N
 si NON -> DIVORCE ? O N si OUI -> DATE :
 VEUVAGE ? O N si OUI -> DATE :
 ENCORE en UNION avec : 4407 [redacted] ? N
 si NON -> DIVORCE ? O N si OUI -> DATE :
 VEUVAGE ? O N si OUI -> DATE :
 A-t-il pris une NOUVELLE EPOUSE? O si OUI -> fiche MARIAGE

EPOU 5028 F [redacted] et [redacted] 20 ans
 de 5029 [redacted] et 5030 [redacted] TA

A dormi HIER dans cette maison? N
 si NON -> est MORT ? O N si OUI -> fiche DECES
 a DEMENAGE dans Mlomp? O N si OUI -> CHEZ ?
 QUARTIER?
 est ABSENTE de Mlomp ? O N si OUI -> pourquoi : ECOLE ? O N
 BONNE ? O N
 MALADIE? O N
 AUTRE, quoi?
 a quel ENDROIT?
 depuis QUAND ?

Etait presente a l'HIVERNAGE? N
 si OUI -> absente la SAISON SECHE passee? N O
 si OUI -> pourquoi : ECOLE ? O N
 BONNE ? O N
 MALADIE? O N
 AUTRE, quoi?
 a quel ENDROIT?
 date de DEPART? date de RETOUR?

*a-t-elle revu ses règles depuis l'acc.
 de 1997? N
 si oui: depuis quand? fin 98
 combien de temps après l'acc.?
 ne sait pas*

ENCORE en UNION avec : 5021 [redacted] ? N
 si NON -> DIVORCE ? O N si OUI -> DATE :
 VEUVAGE ? O N si OUI -> DATE :
 REMARIEE? O N si OUI -> fiche MARIAGE

Mere de : 1 S F 7062 [redacted] V 06/11/97 99

Depuis Kamaangen passe, a accouche d'un enfant NE VIVANT? O si OUI -> fiche ACCOUCHE
 accouche d'un enfant MORT-NE ? O si OUI -> fiche ACCOUCHE
 fait un AVORTEMENT ? O si OUI -> fiche ACCOUCHE
 Est-elle aujourd'hui ENCEINTE? N

EPOU 4407 F [redacted] et [redacted] 23 ans
 de 5064 [redacted] et 5065 [redacted] A

A dormi HIER dans cette maison? O N
 si NON -> est MORT ? O si OUI -> fiche DECES
 a DEMENAGE dans Mlomp? O si OUI -> CHEZ ?
 QUARTIER?

N.B. les noms et prénoms de personne ont été masqués i

Quartier 3: Jikomol

Sous-quartier: Kabaayot

Hank 31: Abuko

• Ménage	2 :	12537 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	50 :	22711 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		22898 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	51 :	22907 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		19751 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	52 :	22941 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	53 :	22959 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		22964 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	54 :	22998 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	57 :	23029 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		22292 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	257 :	25661 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	263 :	5021 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		5028 F	[REDACTED]	[REDACTED]

Hank 32: Sikap

• Ménage	22 :	16583 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	24 :	22573 M	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	25 :	17915 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		13302 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	26 :	17916 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		16232 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	55 :	23014 M	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	56 :	18300 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		16268 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	258 :	23533 F	[REDACTED]	[REDACTED]

Hank 33: Elubennak

• Ménage	60 :	23061 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		23064 F	[REDACTED]	[REDACTED]
• Ménage	61 :	19586 M	[REDACTED]	[REDACTED]
		22534 F	[REDACTED]	[REDACTED]

Hank 34: Dikaii

• Ménage	63 :	22822 F	[REDACTED]	[REDACTED]
----------	------	---------	------------	------------

N.B. les noms et prénoms des personnes ont été masqués ici

Annexe 10

**Les fiches « événement » utilisées dans l'enquête
démographique annuelle,
par type d'événement :**

- fiche « accouchement »,**
- fiche « décès »,**
- fiche « mariage ou divorce »,**
- fiche « nouveau membre dans un ménage »,**
- fiche « histoire des unions et des enfants » (pour nouveau membre),**
- fiche « modification ou création de ménage ».**

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)
Passage de février 2001
Fiche à remplir en cas d' **ACCOUCHEMENT**

N° du QUARTIER :

N° du MENAGE :

A. N° de la MERE :

PRENOMS : _____

PATRONYME : _____

B. DATE de l'ACCOUCHEMENT (*demander si possible un document*) : _____

La mère a-t-elle accouché : d'un SEUL enfant de JUMEAUX [ⓘ] de TRIPLES ou + [ⓘ]

S'agit-il d'un : enfant NE VIVANT enfant MORT-NE AVORTEMENT

L'accouchement a-t-il eu lieu : à MLOMP AILLEURS (*préciser*) : _____

[ⓘ] ATTENTION : si la mère a accouché de DEUX ENFANTS ou PLUS, remplir une fiche accouchement par enfant.

C. N° de l' ENFANT (*ne pas remplir*) :

SEXE : MASCULIN FEMININ

PRENOMS : _____

PATRONYME : _____

D. L'enfant a-t-il été SEVRE ? OUI NON

si OUI ►► à quelle DATE : _____ quel AGE avait-il : _____

si NON ►► reçoit-il d'AUTRES ALIMENTS que le lait de sa mère ? OUI NON

si OUI ►► depuis quelle DATE : _____ depuis quel AGE : _____

E. La mère a-t-elle REVU SES REGLES depuis l'accouchement ? OUI NON

si OUI ►► à quelle DATE : _____ combien de MOIS APRES l'accouchement :

F. L'ENFANT a-t-il dormi ici la NUIT DERNIERE ? OUI NON

si NON ►► DECES ? OUI NON si OUI ►► fiche DECES

a DEMENAGE dans Mlomp ? OUI NON

si OUI ►► chez QUI ? PRENOM : _____ PATRONYME : _____

dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE :

est ABSENT de Mlomp ? OUI NON

si OUI ►► POURQUOI ? MALADIE AVEC SA MERE JAMAIS VENU

AUTRE (*préciser*) : _____

depuis QUAND : _____

à quel ENDROIT : _____

G. L'ENFANT était-il à Mlomp durant l'HIVERNAGE [ⓘ] ? OUI NON

[ⓘ] ATTENTION : ne pas remplir si l'enfant est né ailleurs et n'est jamais venu ou si l'enfant est né après l'hivernage.

H. N° du PERE de L'ENFANT : |_|_|_|_|_|

PRENOMS : _____

PATRONYME : _____

I. Si le PERE de L'ENFANT n'est PAS MEMBRE DU MENAGE, est-il : VIVANT DECEDE

Est-il NE à MLOMP ? OUI NON

si OUI ►► CHEZ QUI ? PRENOM : _____

PATRONYME : _____

dans quel QUARTIER : _____

N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|_|

si NON ►► DATE de NAISSANCE ou AGE : _____

Lieu de NAISSANCE : _____

Lieu de RESIDENCE : _____

ETHNIE : _____

A-t-il d'AUTRES ENFANTS à Mlomp ? OUI NON

si OUI ►► CHEZ QUI ? PRENOM : _____

PATRONYME : _____

dans quel QUARTIER : _____

N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|_|

J. VILLE ou VILLAGE d'accouchement ⓘ : _____

RANG de gestation : |_|_|

RANG de naissance vivante : |_|_|

DATE de la 1ère visite prénatale : _____

NOMBRE de visites : |_|_|

SEXE de l'enfant : MASCULIN FEMININ

POIDS à la naissance : _____

TAILLE : _____

DATE d'accouchement : _____

HEURE : _____

L'accouchement a-t-il eu lieu : en MATERNITE à DOMICILE

A TERME

AVANT TERME

si AVANT TERME ►► nbre de MOIS de grossesse : |_|

S'agit-il d'un : enfant NE VIVANT enfant MORT-NE AVORTEMENT

L'enfant a-t-il BOUGE ? OUI NON

a-t-il CRIE ? OUI NON

était-il CYANOSE ? OUI NON

a-t-il été REANIME ? OUI NON si OUI ►► COMBIEN de temps : _____

ⓘ En cas d'accouchement ailleurs qu'à Mlomp demander le CARNET DE MATERNITE et recopier les informations suivantes. Si l'accouchement a eu lieu A MLOMP, remplir à partir du REGISTRE DE CONSULTATION PRENATALE.

K. DATE du vaccin BCG ⓘ : _____ Date du vaccin ROUGEOLE, FIEVRE JAUNE : _____

DATES des vaccins DTC ou DTCP (diphtérie, tétanos, coqueluche + polio) :

1er : _____ 2ème : _____ 3ème : _____

ⓘ Si l'enfant a reçu un ou plusieurs VACCINS AILLEURS QU'AU DISPENSAIRE DE MLOMP, demander le CARNET DE VACCINATION et reporter les DATES DE VACCINATION.

L. Numéro de la MERE sur le REGISTRE DE CONSULTATION PRENATALE ⓘ : |_|_|_|_|_|

Numéro de la MERE sur le REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS : |_|_|_|_|_|

Numéro de l' ENFANT sur le REGISTRE DE VACCINATION : |_|_|_|_|_|

Numéro de l' ENFANT sur le REGISTRE DE PESEE : |_|_|_|_|_|

ⓘ Ces numéros seront recopiés à partir des registres, l'enquêtrice N'A PAS A LES REMPLIR.

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)
Passage de février 2001
Fiche à remplir en cas de **DECES**

N° du QUARTIER : | _ | _ |

N° du MENAGE : | _ | _ | _ |

A. N° de l'INDIVIDU (*si connu*) : | _ | _ | _ | _ |

PRENOMS : _____

PATRONYME : _____

SEXE : MASCULIN FEMININ

B. DATE du DECES : _____ AGE au DECES (*en jours, mois ou années*) : _____

C. S'il s'agit d'un BEBE :

PRENOMS de la MERE : _____

PATRONYME : _____

D. L'individu est-il DECEDE à MLOMP ? OUI NON

si NON ►► OU est-il DECEDE : _____

Etait-il en MIGRATION SAISONNIERE ? OUI NON

Avait-il QUITTE Mlomp pour se faire SOIGNER ? OUI NON

L'individu est-il DECEDE : A LA MAISON A LA MATERNITE AU DISPENSAIRE A L'HOPITAL
 AILLEURS (*préciser*) : _____

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)
Passage de février 2001
Fiche à remplir en cas de **MARIAGE** ou de **DIVORCE**

N° du QUARTIER : | _ | _ |

N° du MENAGE : | _ | _ | _ |

A. N° de l'INDIVIDU (si connu) ① : | _ | _ | _ | _ |

PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

① ATTENTION : il s'agit ici de l'individu ORIGINALE du MENAGE recensé et qui s'est marié depuis le passage de février dernier.

B. S'agit-il d'un ① : 1^{er} MARIAGE REMARIAGE DIVORCE

① ATTENTION : ici, il faut demander s'il s'agit d'un premier mariage ou d'un remariage pour l'individu ORIGINALE du MENAGE recensé, et non pour son nouveau conjoint.

C. S'il s'agit d'un DIVORCE :

N° du CONJOINT : | _ | _ | _ | _ | DATE du DIVORCE : _____

D. S'il s'agit d'un PREMIER MARIAGE ou d'un REMARIAGE, est-ce :

- UN MARIAGE COUTUMIER JOOLA (AVEC BUFOS)
- UN MARIAGE CATHOLIQUE (A L'EGLISE)
- UN MARIAGE MUSULMAN
- UN MARIAGE CIVIL (A LA MAIRIE)
- UN REMARIAGE PAR RAPT (HUJOK)
- UN LEVIRAT (HERITAGE)
- UN AUTRE TYPE DE MARIAGE (préciser): _____

DATE du MARIAGE : _____

E. N° du NOUVEL EPOUX ou de la NOUVELLE EPOUSE (si connu) ① : | _ | _ | _ | _ |

PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

DATE de NAISSANCE ou AGE : _____ LIEU de NAISSANCE : _____

ETHNIE : _____

① ATTENTION : maintenant il s'agit du NOUVEAU CONJOINT du marié ou de la mariée originaire du ménage recensé.

►► REPORTER LE PRENOM DU NOUVEAU CONJOINT AU VERSO (QUESTION G)

F. Si le NOUVEAU CONJOINT est NE A MLOMP :

Chez QUI ? PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

Dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE (si connu) : | _ | _ | _ |

Le PERE du NOUVEAU CONJOINT est-il : VIVANT DECEDE

PRENOMS du PERE du NOUVEAU CONJOINT : _____ PATRONYME : _____

La MERE du NOUVEAU CONJOINT est-elle : VIVANTE DECEDEE

PRENOMS de la MERE du NOUVEAU CONJOINT : _____ PATRONYME : _____

G. _____ **HABITE-T-IL :**

DANS UN NOUVEAU MENAGE CREE PAR LE NOUVEAU COUPLE

DANS LE MENAGE RECENSE ICI

DANS SON MENAGE D'ORIGINE

AILLEURS (préciser) : _____

H Reporter ici le prénom du nouveau conjoint figurant à la question E.

H. COMBIEN de fois l'HOMME du nouveau couple a-t-il été MARIE auparavant ? | _ | _ | fois

la FEMME du nouveau couple a-t-elle été MARIEE auparavant ? | _ | _ | fois

I. Le NOUVEAU COUPLE habite-t-il actuellement ENSEMBLE dans la MEME MAISON ? OUI NON

si OUI ►► depuis QUAND : _____

J. L'HOMME a-t-il CONSTRUIT une NOUVELLE MAISON ? OUI **H** NON

si OUI ►► dans quel QUARTIER : _____

SOUS-QUARTIER : _____

HANK : _____

à COTE de CHEZ QUI : _____

N° du NOUVEAU MENAGE : | _ | _ | _ |

H Si un NOUVEAU MENAGE a été créé, au passage dans la FAMILLE du NOUVEAU MARIE remplir une FICHE CREATION DE MENAGE et une FICHE HISTOIRE des UNIONS et des ENFANTS (ne pas remplir cette fiche dans le ménage d'origine de la jeune fille).

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)
Passage de février 2001
Fiche à remplir en cas de **NOUVEAU MEMBRE** dans un **MENAGE**

N° du QUARTIER : |_|_|

N° du MENAGE : |_|_|_|

A. N° du NOUVEAU MEMBRE (*si connu*) : |_|_|_|_|_|

SEXE : MASCULIN FEMININ

PRENOMS : _____

PATRONYME : _____

DATE de NAISSANCE ou AGE : _____

LIEU de naissance : _____

B. DATE d'ARRIVEE du nouveau membre DANS CE MENAGE : _____

C. POURQUOI est-il dans ce ménage ? CONFIE "TUTE" AUTRE (*préciser*) : _____

D. Le NOUVEAU MEMBRE a-t-il DORMI ICI la NUIT DERNIERE ? OUI NON

si NON ►► DECES ? OUI NON si OUI ►► fiche DECES

a DEMENAGE dans Mlomp ? OUI NON

si OUI ►► chez QUI ? PRENOM : _____

PATRONYME : _____

dans quel QUARTIER : _____

N° du MENAGE (*si connu*) : |_|_|_|

est ABSENT de Mlomp ? OUI NON

si OUI ►► POURQUOI ? VIN BONNE AVEC SA MERE MALADIE

AUTRE (*préciser*) : _____

depuis QUAND : _____

à quel ENDROIT : _____

E. Etait-il à MLOMP durant L'HIVERNAGE ? OUI NON

F. Si le NOUVEAU MEMBRE du ménage est une FEMME :

Depuis février 1999, a-t-elle accouché d'un enfant NE VIVANT ? OUI NON si OUI ►► fiche ACCOUCHEMENT

a-t-elle accouché d'un enfant MORT-NE ? OUI NON si OUI ►► fiche ACCOUCHEMENT

a-t-elle fait un AVORTEMENT spontané ? OUI NON si OUI ►► fiche ACCOUCHEMENT

Est-elle actuellement ENCEINTE ? OUI NON

G. AVANT de venir DANS CE MENAGE, le nouveau membre HABITAIT-IL A MLOMP ? OUI ⓘ NON
si OUI ►► CHEZ QUI ? PRENOM : _____ PATRONYME : _____
dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|

ⓘ Vérifier que le nouveau membre est bien enregistré comme membre d'un autre ménage. Sinon, répondre NON.

H. S'il ne S'AGIT PAS d'un DEMENAGEMENT dans Mlomp (si la réponse à la question G est NON):

Le PERE du nouveau membre du ménage est-il : VIVANT DECEDE
si VIVANT ►► où habite-t-il ACTUELLEMENT : _____
N° du PERE (si connu) : |_|_|_|_|_|_|
PRENOMS : _____ PATRONYME : _____
ETHNIE : _____
Est-il NE ? à MLOMP AILLEURS (préciser) : _____
si NE A MLOMP ►► CHEZ QUI ? PRENOM : _____ PATRONYME : _____
dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|_|

La MERE du nouveau membre du ménage est-elle : VIVANTE DECEDEE
si VIVANTE ►► où HABITE-T-ELLE actuellement : _____
N° de la MERE (si connu) : |_|_|_|_|_|_|
PRENOMS : _____ PATRONYME : _____
ETHNIE : _____
Est-elle NEE ? à MLOMP AILLEURS (préciser) : _____
si NEE A MLOMP ►► CHEZ QUI ? PRENOM : _____ PATRONYME : _____
dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|_|

I. Le NOUVEAU MEMBRE a-t-il un FRERE ou une SŒUR au VILLAGE ? OUI NON
si OUI ►► CHEZ QUI ? PRENOMS : _____ PATRONYME : _____
dans quel QUARTIER : _____ N° du MENAGE (si connu) : |_|_|_|_|

J. Y a-t-il un LIEN DE PARENTE entre le NOUVEAU MEMBRE et une PERSONNE DE CE MENAGE ? OUI NON
si OUI ►► établir une GENEALOGIE reliant le NOUVEAU MEMBRE du ménage et CETTE PERSONNE : _____

K. Le NOUVEAU MEMBRE est-il ACTUELLEMENT ou a-t-il été AU MOINS UNE FOIS en UNION ⓘ ? OUI NON
si OUI ►► remplir une fiche HISTOIRE DES UNIONS ET DES ENFANTS

ⓘ Ne pas remplir s'il s'agit d'un déménagement dans Mlomp.

S'il s'agit d'un NOUVEAU MENAGE ►► remplir une fiche NOUVEAU MENAGE

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)

Passage de février 2001

Fiche **HISTOIRE des UNIONS et des ENFANTS** à remplir pour chaque nouveau membre de 15 ans ou plus

N° du QUARTIER : [][]

N° du MENAGE : [][][]

A. N° de l'INDIVIDU : [][][][][] PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

B. HISTOIRE DES UNIONS (*si plus de 3 unions, remplir une 2ème fiche*) :

Le 1er **CONJOINT** est-il : VIVANT DECEDE

N° du 1er CONJOINT : [][][][] PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

LIEU de NAISSANCE : _____ LIEU de RESIDENCE : _____

TYPE d'union : AMI MARIAGE RAPT LEVIRAT DATE de l' UNION : _____

L'UNION est-elle : EN COURS ROMPUE **si ROMPUE >>** depuis QUAND : _____

COMMENT ? DIVORCE VEUVAGE SEPARATION

Le 2ème **CONJOINT** est-il : VIVANT DECEDE

N° du 2ème CONJOINT : [][][][] PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

LIEU de NAISSANCE : _____ LIEU de RESIDENCE : _____

TYPE d'union : AMI MARIAGE RAPT LEVIRAT DATE de l' UNION : _____

L'UNION est-elle : EN COURS ROMPUE **si ROMPUE >>** depuis QUAND : _____

COMMENT ? DIVORCE VEUVAGE SEPARATION

Le 3ème **CONJOINT** est-il : VIVANT DECEDE

N° du 3ème CONJOINT : [][][][] PRENOMS : _____ PATRONYME : _____

LIEU de NAISSANCE : _____ LIEU de RESIDENCE : _____

TYPE d'union : AMI MARIAGE RAPT LEVIRAT DATE de l' UNION : _____

L'UNION est-elle : EN COURS ROMPUE **si ROMPUE >>** depuis QUAND : _____

COMMENT ? DIVORCE VEUVAGE SEPARATION

Observatoire Démographique de Mlomp (Sénégal)
Passage de février 2001
Fiche à remplir en cas de **MODIFICATION** ou **CREATION** de MENAGE

A. S'il s'agit de CHANGEMENTS concernant un MENAGE EXISTANT :

N° du QUARTIER : |_|_| | N° du MENAGE : |_|_|_|

Le ménage a-t-il CHANGE de MAISON ? OUI NON

si OUI ►► N° du nouveau SOUS-QUARTIER : |_|_|_|
HANK : |_|_|_|
MENAGE : |_|_|_|

Le ménage a-t-il CHANGE de CHEF ? OUI NON

si OUI ►► PRENOMS : _____
PATRONYME : _____
N° du NOUVEAU CHEF : |_|_|_|_|_|

La MAISON est-elle VIDE ? OUI NON

La MAISON est-elle CASSEE ? OUI NON

B. S'il s'agit de la CREATION d'un NOUVEAU MENAGE :

N° du nouveau QUARTIER : |_|_|_|
SOUS-QUARTIER ⓘ : |_|_|_|
HANK : |_|_|_|
MENAGE : |_|_|_|
CHEF : |_|_|_|_|_|

ⓘ Indiquer le n° de sous-quartier figurant sur la couverture du cahier dans lequel le nouveau ménage doit apparaître.

Annexe 11

Le questionnaire d'autopsie verbale (fiche d'enquête décès)

FICHE D'ENQUÊTE DÉCÈS

(autopsie verbale)

Type de décès(entourer): nouveau-né, enfant, adulte femme, adulte homme |__|__|

Enquêteur : _____ |__|__|

Date de visite : |__|__| |__|__| |__|__|

Village : |__|__|__| _____

Concession : |__|__| _____

Identité : |__|__|__|__|__| _____

Mère : |__|__|__|__|__| _____

Sexe : |__| Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|

Date du décès : |__|__| |__|__| |__|__|

Répondant : _____ |__|__|

Âge déclaré au décès (jours ou semaines pour les bébés) : _____ |__|__|__|

Lieu du décès : _____ |__|__|__|

Cause déclarée : _____ |__|__|

Quel est le nom local de la maladie ? _____
(en langue diola, peule, bedik ou malinké)

La personne a-t-elle été conduite au dispensaire ou à l'hôpital ? OUI NON

+ si oui, où ? _____ date : |__|__| |__|__| |__|__|

Diagnostic recopié du registre : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE AYANT CONDUIT AU DÉCÈS

(Faire la chronologie des événements qui se sont déroulés au cours de la maladie ou après l'accident ayant conduit au décès. En cas de symptômes particuliers, faire décrire ou mimer par le répondant. Dans chaque cas, préciser les traitements reçus et l'ordre de succession des événements).

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ? **OUI NON**
 (si oui, ne remplir que l'histoire)

HISTOIRE DES SYMPTÔMES ET DES TRAITEMENTS :

Quel a été le 1^{er} symptôme ? _____
 Y a-t-il eu une maladie avant ce premier symptôme ? _____
 Combien de temps a duré la maladie qui a conduit au décès ? _____
 Quels ont été, dans l'ordre chronologique, les traitements reçus jusqu'au décès ?

Quels médicaments / soins ?	Où / par qui ?	A quelle date ?

FIÈVRE OU CORPS CHAUD**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

	oui	non
La fièvre était-elle <u>très forte ?</u>		
<u>moyenne ?</u>		
<u>intermittente ?</u>		
<u>continue ?</u>		
Avait-il des sueurs ?		
Avait-il des frissons ?		
Lui a-t-on donné de la nivaquine ou de la chloroquine au cours de la fièvre ?		
+ si oui, préciser combien de fois ?		
combien de comprimés à chaque fois ?		
A-t-il reçu une injection pour cette fièvre ?		

+ si oui, préciser : lieu : _____
 date :

DIARRHÉE OU DYSENTERIE**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

Combien avait-il de selles par jour ? _____

	oui	non
Les selles étaient-elles <u>comme de l'eau (incolore) ?</u>		
<u>comme des crachats ?</u>		
<u>avec du sang ?</u>		

SIGNES DE DÉSHYDRATATION**OUI NON**

	oui	non
Avait-il la bouche et la langue sèches ou était-il assoiffé ?		
Avait-il les yeux enfoncés ?		
Avait-il la fontanelle déprimée (enfant de moins de 2 ans) ?		

VOMISSEMENTS**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand vomissait-il au cours de la maladie ? _____

De quelle couleur étaient ces vomissements ? _____

S'agissait-il de vomissements en jet (comme un robinet) ? _____

OUI NON

CRISES CONVULSIVES**OUI NON**

Combien y a-t-il eu de crises (préciser sur quelle période) ? _____

Combien de temps a duré chaque crise ? _____

Quand ces crises sont-elles survenues au cours de la maladie ? _____

Description (signes pendant la crise) :	oui	non
Avait-il des spasmes (mouvement brusque et incontrôlé) ?		
Criaait-t-il ou pleurait-t-il ?		
Urinaait-il ?		
Se mordait-il la langue ?		
Hypersalivaait-il (bavaait beaucoup) ?		
Respiraait-il bruyamment ?		
La fontanelle était-elle gonflée (enfant de moins de 2 ans) ?		
Avait-il le cou tordu en arrière ?		
Avait-il le corps raidi en arrière ?		
Avait-il les jambes tendues ?		
pliées ?		
Avait-il les bras tendus ?		
pliés ?		
Avait-il les poings fermés ?		
Avait-il la bouche fermée ou crispée(ne pouvait plus téter)?		
Perdaait-il connaissance ?		

S'AGISSAIT-IL D'ÉPILEPSIE**OUI NON**

Depuis combien de temps faisait-il des crises ? _____

Était-il soigné ?

OUI NON

+ si oui, préciser où : _____

**SIGNES NEUROLOGIQUES EN DEHORS
D'UN CONTEXTE DE CRISES CONVULSIVES****OUI NON**

Y a-t-il eu perte de connaissance ou coma ?

OUI NON

+ si oui, quand au cours de la maladie ? _____

Y a-t-il eu paralysie du corps ou d'un membre ?

OUI NON

+ si oui, préciser quelle(s) partie(s) : _____

DIFFICULTES À RESPIRER**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

	oui	non
Respirait-il rapidement ?		
Respirait-il difficilement (s'étouffait) ?		
Respirait-il bruyamment ?		
Avait-il une respiration sifflante ?		
Avait-il les ailes du nez palpitantes ?		
La peau rentrait-elle dans les côtes ?		

TOUX**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

	oui	non
Toussait-il la nuit ?		
Crachait-il après la toux ?		
+ si oui, les crachats étaient-ils comme du pus ?		
comme de la mousse ?		
avec du sang ?		
nauséabonds ?		
Vomissait-il après la toux ?		
Perdait-il sa respiration en toussant ?		
Faisait-il des quintes de toux (groupes de toux)?		

S'AGISSAIT-IL DE LA COQUELUCHE**OUI NON**

Combien de temps après le début de la toux est-il décédé ? _____

Un autre enfant de la concession avait-il la coqueluche à la même période ?

OUI NON

+ si non, où l'enfant décédé a-t-il été contaminé ? _____

BOUTONS**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

A quel(s) endroit(s) du corps les boutons étaient situés ? _____

Sur quelle partie du corps sont-ils apparus en premier ? _____

		oui	non
Sont-ils apparus	ensemble ?		
	les uns après les autres ?		
Etaient-ils	aplatis ?		
	saillants ?		
	grands ?		
	petits ?		
Contenaient-ils	de l'eau ?		
	du pus ?		
Ont-ils cicatrisé avant le décès ?			
La peau a-t-elle desquamé ?			

S'AGISSAIT-IL DE LA ROUGEOLE**OUI NON**

Combien de temps après l'éruption des boutons est-il décédé ? _____

S'il n'a pas eu de boutons, préciser les symptômes qui ont permis de reconnaître la rougeole :

Un autre enfant de la concession avait-il la rougeole à la même période ? **OUI NON**

+ si non, où l'enfant décédé a-t-il été contaminé ? _____

PLAIES, BRÛLURES, ABCÈS**OUI NON**

		oui	non
Y avait-il des plaies ?	_____		
	+ si oui : étaient-elles infectées ?		
Y avait-il des brûlures ?			
Y avait-il des gonflements contenant du pus (abcès) ?			

Pour les plaies, brûlures et abcès, indiquer la localisation : _____

SAIGNEMENTS**OUI NON**

Où étaient localisés ces saignements ? _____

Combien de fois a-t-il saigné ? _____

Quand au cours de la maladie a-t-il saigné ? _____

ŒDÈMES (CORPS GONFLÉ)**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

Sur quelles parties du corps étaient-ils situés ? _____

VENTRE GONFLÉ**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

Une ponction a-t-elle été pratiquée ?

+ si oui, dans quelle formation sanitaire ? _____

OUI NON**DIFFICULTÉS À URINER, PROBLÈMES URINAIRES****OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

Avait-il des douleurs en urinant ?

OUI NON**COULEUR ANORMALE DES URINES****OUI NON**

De quelle couleur étaient ces urines ? _____

Quand au cours de la maladie ? _____

COULEUR ANORMALE DES SELLES**OUI NON**

De quelle couleur étaient ces selles ? _____

Quand au cours de la maladie ? _____

MAL AUX YEUX, COULEUR ANORMALE DES YEUX**OUI NON**

Quand au cours de la maladie ? _____

	oui	non
Avait-il les yeux rouges ?		
jaunes ?		
larmoyants ?		

S'AGIT-IL D'UN ENFANT DE PLUS DE 2 ANS**OUI NON**

Si non aller à la page 9

MAUX DE POITRINE, MAUX DE CÔTES**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

MAUX DE TÊTE**OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

Avait-il des bourdonnements d'oreilles ?

OUI NON

Avait-il des troubles visuels ?

OUI NON**MAUX DE VENTRE****OUI NON**

Combien de temps cela a-t-il duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

AUTRES SYMPTÔMES**OUI NON**

Préciser lesquels : _____

Combien de temps ont-t-ils duré ? _____

Quand cela a-t-il commencé ? _____

Quand cela s'est-il terminé ? _____

SIGNES GÉNÉRAUX

	OUI	NON
AVAIT-IL DES DÉMANGEAISONS, PRURIT ?		
AVAIT-IL MAIGRI AU COURS DE LA MALADIE ?		
ETAIT-IL DÉJÀ MAIGRE AU DÉBUT DE LA MALADIE ?		
AVAIT-IL ARRÊTÉ DE MANGER AU COURS DE LA MALADIE ?		
LA COULEUR DE LA PAUME DES MAINS AVAIT-ELLE CHANGÉ ?		
LE CORPS A-T-IL CHANGÉ DE COULEUR ?		
LA LANGUE ÉTAIT-ELLE PÂLE ?		
MANGEAIT-IL DE LA TERRE ?		
ETAIT-IL CONSTIPÉ ?		
AVAIT-IL TRÈS SOIF DURANT LA MALADIE ?		

D'AUTRES PERSONNES OU D'AUTRES ENFANTS ONT-ILS EU LES MÊMES SYMPTÔMES À LA MÊME PÉRIODE ? OUI NON

+ SI OUI, DANS QUEL VILLAGE ? _____

REMARQUES : _____

LA PERSONNE SOUFFRAIT-ELLE D'UNE MALADIE CHRONIQUE ? OUI NON

+ si oui, préciser : la maladie : _____

les traitements : _____

- S'AGIT-IL D'UN DÉCÈS AVANT 5 ANS ?** OUI NON
+ si oui, l'enfant était-il sevré au moment du décès ? OUI NON
- S'AGIT-IL D'UN DÉCÈS DE NOUVEAU-NÉ ?** OUI NON
(survenu dans les 4 semaines suivant la naissance)
- S'AGIT-IL D'UN MORT-NÉ ?** OUI NON
- S'AGIT-IL DU DÉCÈS D'UNE FEMME ENCEINTE ?** OUI NON
- S'AGIT-IL D'UN DÉCÈS DE FEMMES ÂGÉE DE 12 À 49 ANS ?** OUI NON
+ si oui, quelle est la date de fin de la dernière grossesse ? |__|__||__|__||__|__|__|__|

LE RESTE DU QUESTIONNAIRE N'EST À REMPLIR QUE DANS LES CAS SUIVANTS :

- mort-né
- décès d'un nouveau-né (moins de 4 semaines)
- décès d'une femme ayant entre 12 et 49 ans, et ayant eu une grossesse moins d'un an avant son décès

GROSSESSES PRÉCÉDENTES

- Y a-t-il eu des problèmes pendant les grossesses et/ou accouchements précédents ? OUI NON
+ si oui, lesquels ? _____
- Une césarienne a-t-elle été pratiquée lors d'une grossesse précédente ? OUI NON

HISTOIRE DE LA DERNIÈRE GROSSESSE

- Combien de temps a duré la grossesse ? |__|__| mois
La mère a-t-elle été malade durant la grossesse ? OUI NON

+ si oui, préciser :		oui	non
Avait-elle	les jambes enflées ?		
	les mains enflées ?		
	le visage enflé ?		
	de l'hypertension artérielle ?		
	des convulsions ?		
	de la fièvre ?		
Saignait-elle ?			

- A-t-elle été soignée au cours de la grossesse ? OUI NON
+ si oui, quels soins ? _____
- A-t-elle eu un régime particulier ? OUI NON
+ si oui, lequel ? _____
- Est-elle allée à la visite prénatale ? OUI NON
+ si oui, où ? _____
- A-t-elle reçu une injection contre le tétanos OUI NON
+ si oui, où ? _____

ACCOUCHEMENT À LA SUITE DE LA DERNIÈRE GROSSESSE

	oui	non
L'accouchement a-t-il eu lieu à domicile ?		
pendant le transport ?		
dans un établissement de santé ?		

Si l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé, préciser, quel(le) était :
la localité ? _____
l'établissement ? _____

L'accouchement a-t-il présenté des difficultés ou des complications ?
+ si oui, lesquelles ? _____

OUI NON

	oui	non
L'accouchement s'est déroulé par voie normale ?		
par césarienne ?		

Combien de temps a duré le travail ? |__|__| heures

	oui	non
S'agit-il d'une naissance multiple ?		
La tête est-elle venue la première ?		
Le placenta est-il venu normalement et en entier ?		
+ si oui : pendant le travail ?		
après la délivrance ?		
La femme a-t-elle saigné longtemps ?		
+ si oui, combien de temps ?		
quelle était la couleur du sang ?		
La rupture de la poche des eaux s'est-elle faite plus de 12 heures avant l'accouchement ?		
A-t-elle eu de la fièvre au-delà de 24 heures après l'accouchement ?		

ÉTAT DE L'ENFANT

	oui	non
L'enfant était-il né vivant ?		
mort-né ?		
avorté ?		
non né ?		

	oui	non
A-t-il crié rapidement après la naissance ?		
A-t-il respiré normalement après la naissance ?		
Avait-il une malformation visible à la naissance ? + si oui, laquelle ? _____		
Etait-il trop gros ?		
trop maigre ?		
trop petit ?		
trop grand ?		
Avait-il la tête trop grosse ?		
A-t-il uriné ?		
A-t-il déféqué ?		
A-t-il tété ? + si oui, s'est-il arrêté de téter après quelques jours ?		
En cas de mort-né, le fœtus était-il macéré ?		

Remarques : _____

Tableaux et figures

**Tableau 3.1 : Répartition de la population de Mlomp par sexe et âge
au 1er janvier 1985 et au 1er janvier 2000**

Groupe d'âge	01/01/1985			01/01/2000		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
0- 4 ans	406	366	772	375	369	744
5- 9 ans	431	430	861	420	400	820
10-14 ans	409	432	841	461	482	943
15-19 ans	366	427	793	497	528	1025
20-24 ans	234	270	504	442	459	901
25-29 ans	119	180	299	292	360	652
30-34 ans	111	110	221	225	273	498
35-39 ans	114	104	218	146	168	314
40-44 ans	125	117	242	101	132	233
45-49 ans	129	181	310	96	85	181
50-54 ans	157	150	307	103	108	211
55-59 ans	124	138	262	115	95	210
60-64 ans	112	112	224	115	151	266
65-69 ans	99	96	195	134	105	239
70-74 ans	38	32	70	86	85	171
75-79 ans	34	19	53	62	43	105
80-84 ans	16	7	23	30	15	45
85-89 ans	2	4	6	7	3	10
90-94 ans	1	0	1	3	3	6
95-99 ans	7	1	8	1	1	2
ensemble	3034	3176	6210	3711	3865	7576

**Tableau 3.2 : Répartition de la population de Mlomp par sexe,
âge et situation de résidence
(résident permanent ou migrant saisonnier)
au 1er janvier 2000**

Groupe d'âge	Femmes				Hommes			
	résident permanent	migrant saisonnier	ensemble	% migrants	résident permanent	migrant saisonnier	ensemble	% migrants
0- 4 ans	281	94	375	25	296	73	369	20
5- 9 ans	347	73	420	17	331	69	400	17
10-14 ans	355	106	461	23	387	95	482	20
15-19 ans	210	287	497	58	321	207	528	39
20-24 ans	96	346	442	78	77	382	459	83
25-29 ans	88	204	292	70	55	305	360	85
30-34 ans	108	117	225	52	68	205	273	75
35-39 ans	97	49	146	34	51	117	168	70
40-44 ans	73	28	101	28	59	73	132	55
45-49 ans	83	13	96	14	36	49	85	58
50-54 ans	93	10	103	10	52	56	108	52
55-59 ans	105	10	115	9	53	42	95	44
60-64 ans	111	4	115	3	118	33	151	22
65-69 ans	126	8	134	6	88	17	105	16
70-74 ans	83	3	86	3	80	5	85	6
75-79 ans	55	7	62	11	43	0	43	0
80-84 ans	27	3	30	10	15	0	15	0
85-89 ans	7	0	7	0	3	0	3	0
90-94 ans	3	0	3	0	3	0	3	0
95-99 ans	1	0	1	-	0	1	1	-
ensemble	2349	1362	3711	37	2136	1729	3865	45

Note : résident permanent = présent à l'hivernage et en saison sèche passés
migrant saisonnier = absent à l'hivernage ou en saison sèche passés, ou aux deux

Tableau 3.3 : Motif de l'absence pour les personnes absentes à la saison sèche 1998-1999

code groupe d'âge

0- 14 ans

	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
0 Inconnue	1	1,1	1	1,0
2 Pêche, récolte des huitres	2	2,3	-	-
11 Bonne	-	-	19	19,6
31 Chez son père	4	4,6	-	-
32 Scolarité	56	64,4	51	52,6
37 Avec sa mère	23	26,4	24	24,7
73 Chez un parent	1	1,1	2	2,1
Ensemble	87	100,0	97	100,0

15- 24 ans

	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
0 Inconnue	4	0,9	2	0,4
1 Récolte du vin de palme	41	8,9	1	0,2
2 Pêche, récolte des huitres	81	17,6	-	-
3 Commerce	1	0,2	3	0,6
4 Maçon	9	2,0	-	-
5 Menuisier	41	8,9	-	-
7 Mécanicien	14	3,0	-	-
9 Apprenti	1	0,2	-	-
10 Armée, service militaire	1	0,2	2	0,4
11 Bonne	-	-	295	62,2
12 Raisons professionnelles	6	1,3	-	-
13 Recherche d'emploi	3	0,7	-	-
14 Autres raisons prof.	1	0,2	1	0,2
26 Employé	3	0,7	-	-
27 Tailleur, couturière	2	0,4	7	1,5
29 Infirmier(e), sage femme	-	-	1	0,2
31 Chez son père	-	-	1	0,2
32 Scolarité	252	54,7	159	33,5
37 Avec sa mère	1	0,2	2	0,4
Ensemble	461	100,0	474	100,0

25- 64 ans

	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
0 Inconnue	3	0,4	4	2,1
1 Récolte du vin de palme	249	36,4	-	-
2 Pêche, récolte des huitres	101	14,7	-	-
3 Commerce	7	1,0	15	7,9
4 Maçon	24	3,5	-	-
5 Menuisier	36	5,3	-	-
6 Chauffeur	2	0,3	-	-
7 Mécanicien	15	2,2	-	-
9 Apprenti	2	0,3	-	-
10 Armée, service militaire	1	0,1	-	-
11 Bonne	-	-	101	52,9
12 Raisons professionnelles	15	2,2	-	-
13 Recherche d'emploi	9	1,3	1	0,5
14 Autres raisons prof.	2	0,3	1	0,5
16 Maladie	11	1,6	10	5,2
19 Autres raisons non prof.	2	0,3	3	1,6
20 Instituteur(trice)	35	5,1	1	0,5
21 Enseignant lycée ou sup.	9	1,3	-	-
25 Gendarme, policier, militaire	1	0,1	-	-
26 Employé	22	3,2	1	0,5
27 Tailleur, couturière	3	0,4	6	3,1
28 Prêtre, pasteur, religieux(se)	-	-	1	0,5
29 Infirmier(e), sage femme	1	0,1	-	-
32 Scolarité	134	19,6	21	11,0
37 Avec sa mère	-	-	1	0,5
40 Chez son mari	-	-	23	12,0
41 Chez lui	-	-	2	1,0
73 Chez un parent	1	0,1	-	-
Ensemble	685	100,0	191	100,0

65- + ans

	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
1 Récolte du vin de palme	18	100,0	-	-
Ensemble	18	100		

Tableau 3.4 : Répartition de la population de Mlomp par sexe, âge et situation matrimoniale au 1er janvier 2000

Groupe d'âge	Femmes						Hommes					
	Célib.	Mariée	Divorcé e	Veuve	NC (1)	Total	Célib.	Marié	Divorcé	Veuf	NC (1)	Total
0- 4 ans	375	0	0	0	0	375	369	0	0	0	0	369
5- 9 ans	420	0	0	0	0	420	400	0	0	0	0	400
10-14 ans	461	0	0	0	0	461	482	0	0	0	0	482
15-19 ans	496	1	0	0	0	497	527	0	0	1	0	528
20-24 ans	413	28	0	1	0	442	458	1	0	0	0	459
25-29 ans	224	64	4	0	0	292	353	7	0	0	0	360
30-34 ans	95	117	9	4	0	225	240	33	0	0	0	273
35-39 ans	45	92	2	7	0	146	93	71	3	1	0	168
40-44 ans	8	79	8	6	0	101	42	82	8	0	0	132
45-49 ans	3	80	5	7	1	96	9	69	7	0	0	85
50-54 ans	4	77	8	14	0	103	9	88	8	3	0	108
55-59 ans	1	81	5	28	0	115	3	79	11	2	0	95
60-64 ans	1	88	0	26	0	115	3	121	11	16	0	151
65-69 ans	2	67	9	56	0	134	2	78	12	13	0	105
70-74 ans	0	32	1	53	0	86	0	69	5	11	0	85
75-79 ans	0	11	0	51	0	62	0	29	4	10	0	43
80-84 ans	0	1	3	25	1	30	0	11	0	4	0	15
85-89 ans	0	0	2	5	0	7	0	0	0	3	0	3
90-94 ans	0	1	0	3	0	3	0	1	0	2	0	3
95-99 ans	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
ensemble	2548	819	56	286	2	3711	2991	739	69	66	0	3865

(1) union rompue pour une cause inconnue

Tableau 4.1 - Mouvement démographique annuel de 1985 à 2000, Mlomp, Sénégal

Année	Effectif au 1er janvier de chaque année	Population moyenne	Naissances	Décès	Migration nette	Taux brut de	Taux brut de	Taux	Taux	Taux de
						natalité	mortalité	d'accroisse- ment naturel	d'accroisse- ment	migration nette
1985	6218	6348,5	183	66	144	28,8	10,4	18,4	41,1	22,7
1986	6479	6584,5	185	54	80	28,1	8,2	19,9	32,0	12,1
1987	6690	6817,0	195	69	128	28,6	10,1	18,5	37,3	18,8
1988	6944	6954,0	166	50	-96	23,9	7,2	16,7	2,9	-13,8
1989	6964	6969,0	202	58	-134	29,0	8,3	20,7	1,4	-19,2
1990	6974	7086,5	175	90	140	24,7	12,7	12,0	31,8	19,8
1991	7199	7265,5	169	64	28	23,3	8,8	14,5	18,3	3,9
1992	7332	7396,0	201	91	18	27,2	12,3	14,9	17,3	2,4
1993	7460	7472,0	189	75	-90	25,3	10,0	15,3	3,2	-12,0
1994	7484	7533,0	173	74	-1	23,0	9,8	13,1	13,0	-0,1
1995	7582	7571,5	183	92	-112	24,2	12,2	12,0	-2,8	-14,8
1996	7561	7565,0	177	110	-59	23,4	14,5	8,9	1,1	-7,8
1997	7569	7583,5	159	73	-57	21,0	9,6	11,3	3,8	-7,5
1998	7598	7618,0	178	72	-66	23,4	9,5	13,9	5,3	-8,7
1999	7638	7614,5	158	83	-122	20,7	10,9	9,8	-6,2	-16,0
2000	7591									

Note : les taux sont exprimés pour mille habitants

Tableau 5.1 - Nombre annuel de premiers mariages
à Mlomp de 1936 à 1999

année	nombre annuel de premiers mariages	année	nombre annuel de premiers mariages
1936	33	1970	28
1937	57	1971	19
1938	32	1972	23
1939	36	1973	20
1940	14	1974	19
1941	3	1975	26
1942	24	1976	17
1943	22	1977	9
1944	60	1978	8
1945	19	1979	11
1946	50	1980	18
1947	36	1981	7
1948	42	1982	11
1949	28	1983	12
1950	33	1984	4
1951	64	1985	13
1952	54	1986	10
1953	54	1987	12
1954	25	1988	10
1955	43	1989	19
1956	34	1990	15
1957	59	1991	13
1958	46	1992	14
1959	50	1993	22
1960	12	1994	26
1961	68	1995	27
1962	39	1996	13
1963	37	1997	21
1964	37	1998	28
1965	20	1999	13
1966	37		
1967	11		
1968	40		
1969	15		

note : avant 1985, estimations tirées de la reconstitution des promotions de mariage ;
en 1985 et après, estimations tirées de l'observation démographique suivie.

Tableau 5.2 : Evolution de l'âge moyen au premier mariage de 1935 à 2000. Mlomp.

Période	Age moyen en années	
	Hommes	Femmes
1935-39	20,2	19,1
1940-44	25,2	21,9
1945-49	22,4	20,0
1950-54	23,9	20,0
1955-59	23,8	20,8
1960-64	24,7	20,5
1965-69	26,3	20,3
1970-74	27,3	20,9
1975-79	28,8	21,2
1980-84	29,1	23,2
1985-89	32,9	25,3
1990-94	32,1	26,0
1995-99	35,9	28,2

Note : de 1935 à 1984, mesures issues de la reconstitution des promotions de mariage ;
à partir de 1985, mesures issues de l'enquête suivie.

Tableau 5.3 : Age moyen au premier rapport sexuel

Année de naissance	Hommes	Femmes
1933-40	27,0	19,3
1941-48	21,8	18,9
1949-56	19,5	18,8
1957-64	17,8	18,7

Source : enquête sur les comportements sexuels de 1994

Tableau 6.1 : Taux de fécondité par âge et par période - Femmes - Mlomp

Groupe d'âge	1985-1989			1990-1994			1995-1999		
	Personnes-années	Naissances	Taux ‰	Personnes-années	Naissances	Taux ‰	Personnes-années	Naissances	Taux ‰
10-14 ans	2146,9	4	1,9	2419,4	1	0,4	2213,9	1	0,5
15-19 ans	2044,7	92	45,0	2215,7	84	37,9	2493,8	93	37,3
20-24 ans	1532,7	225	146,8	1835,1	253	137,9	1947,3	211	108,4
25-29 ans	789,0	194	245,9	1231,6	224	181,9	1441,0	216	149,9
30-34 ans	537,7	162	301,3	693,3	154	222,1	984,6	180	182,8
35-39 ans	562,4	147	261,4	487,7	107	219,4	631,4	104	164,7
40-44 ans	529,4	83	156,8	539,6	69	127,9	491,8	46	93,5
45-49 ans	716,1	19	26,5	517,4	14	27,1	535,5	3	5,6
50-54 ans	672,5	2	3,0				525,2	1	1,9
Indicateur synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants)			5,9			4,8			3,7

Tableau 6.2 : Evolution de l'âge moyen des femmes à leur première naissance vivante

	Nombre de premières naissances vivantes	Age moyen à la première naissance vivante
1985	45	20,9
1986	39	21,2
1987	46	21,2
1988	43	21,7
1989	49	21,0
1990	48	21,3
1991	48	21,5
1992	45	21,9
1993	54	22,5
1994	61	22,3
1995	57	21,2
1996	40	22,2
1997	40	22,5
1998	50	21,8
1999	54	22,6

**Tableau 6.2 bis : Situation matrimoniale de la mère au moment de la naissance
selon le rang de l'enfant - Mlomp, période 1985-99**

Rang de l'enfant (1)	Situation matrimoniale de la mère			Proportion de naissances de mères célibataires (%)
	Célibataire	Mariée, divorcée ou veuve	Total	
1	533	109	642	83
2	263	162	425	62
3	109	192	301	36
4	35	181	216	16
5	7	184	191	4
6	4	188	192	2
7	0	162	162	0
8	0	135	135	0
9	0	102	102	0
10	0	55	55	0
11	0	21	21	0
12	0	8	8	0
13	0	4	4	0
14	0	1	1	0
15	0	1	1	0
ensemble	951	1504	2455	39

1 - rang de naissance vivante

Tableau 6.3 : Proportion de femmes n'ayant eu aucun enfant né vivant (%) selon l'âge et l'année

Groupe d'âge	1/1/1985	1/1/1990	1/1/1995	1/1/2000
0- 4 ans	100	100	100	100
5- 9 ans	100	100	100	100
10-14 ans	100	100	100	100
15-19 ans	94	94	94	96
20-24 ans	58	63	62	70
25-29 ans	23	31	38	38
30-34 ans	13	14	24	21
35-39 ans	6	5	6	16
40-44 ans	4	4	3	6
45-49 ans	2	2	5	5
50-54 ans	3	2	3	3
55-59 ans	6	3	2	1
60-64 ans	3	5	4	2
65-69 ans	2	1	6	3
75-79 ans	3	1	1	2

Tableau 6.4 : Proportion de femmes allaitant encore leur enfant selon son âge. Mlomp, 2000

âge de l'enfant (mois)	Effectif de femmes		% allaitant encore leur enfant
	allaitant encore leur enfant	total	
0- 2	14	14	100
3- 5	9	9	100
6- 8	36	36	100
9-11	54	55	98
12-14	47	48	98
15-17	51	61	84
18-20	35	74	47
21-23	7	57	12
24-26	3	45	7
27-29	1	35	3

Source : enquête allaitement de février et septembre 2000

Tableau 6.5 : Proportion de femmes encore en aménorrhée selon la durée écoulée depuis leur dernier accouchement. Mlomp, 2000

âge de l'enfant (mois)	Effectif de femmes		% encore en aménorrhée
	encore en aménorrhée	total	
0- 2	14	14	100
3- 5	8	9	89
6- 8	26	36	72
9-11	34	54	63
12-14	25	49	51
15-17	18	61	30
18-20	16	74	22
21-23	3	57	5
24-26	2	45	4
27-29	1	34	3

Source : enquête allaitement de février et septembre 2000

Note 1 : le dernier accouchement des femmes enquêtées a été un enfant né-vivant et l'enfant est toujours en vie au moment de l'enquête

Note 2 : deux des femmes dont l'enfant a plus de deux ans n'ont pas "revu leurs règles" et sont enceintes d'un nouvel enfant

Tableau 6.6 : Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon la durée écoulée depuis l'accouchement. Mlomp, 2000.

âge de l'enfant (mois)	Femmes de moins de 30 ans			Femmes de 30 ans ou plus			Ensemble des femmes		
	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports (%)	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports (%)	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports (%)
	n'a pas encore repris les rapports	total		n'a pas encore repris les rapports	total		n'a pas encore repris les rapports	total	
0- 2	11	11	100	2	3	67	13	14	93
3- 5	3	4	75	1	5	20	4	9	44
6- 8	13	20	65	3	16	19	16	36	44
9-11	16	31	52	6	23	26	22	54	41
12-14	14	21	67	4	28	14	18	49	37
15-17	16	31	52	3	30	10	19	61	31
18-20	18	33	55	5	41	12	23	74	31
21-23	19	27	70	3	29	10	22	56	39
24-26	6	14	43	3	31	10	9	45	20
27-29	10	21	48	2	14	14	12	35	34

Source : enquêtes allaitement de février et septembre 2000

Note : le dernier accouchement des femmes enquêtées a été un enfant né-vivant et l'enfant est toujours en vie au moment de l'enquête

Tableau 6.7 : Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon que la femme est célibataire ou mariée et selon la durée écoulée depuis l'accouchement, Mlomp, 2000

âge de l'enfant (mois)	Femmes célibataires			Femmes mariées			Ensemble des femmes		
	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports	Effectif de femmes		proportion n'ayant pas encore repris les rapports
	n'a pas encore repris les rapports	total		n'a pas encore repris les rapports	total		n'a pas encore repris les rapports	total	
0- 2	11	11	1,00	2	3	0,67	13	14	0,93
3- 5	3	3	1,00	1	6	0,17	4	9	0,44
6- 8	14	15	0,93	2	21	0,10	16	36	0,44
9-11	18	21	0,86	5	33	0,15	23	54	0,43
12-14	16	19	0,84	3	30	0,10	19	49	0,39
15-17	18	21	0,86	1	40	0,03	19	61	0,31
18-20	20	30	0,67	3	44	0,07	23	74	0,31
21-23	21	27	0,78	1	29	0,03	22	56	0,39
24-26	5	9	0,56	4	36	0,11	9	45	0,20
27-29	11	17	0,65	1	18	0,06	12	35	0,34

Source : enquêtes allaitement de février et septembre 2000

Note : le dernier accouchement des femmes enquêtées a été un enfant né-vivant et l'enfant est toujours en vie au moment de l'enquête

Tableau 6.8 - Table de survenue d'une naissance suivante, selon quelques caractéristiques de l'enfant issu du dernier accouchement, Mlomp.

durée en mois (1)	selon le destin de l'enfant		selon son rang de naissance			selon sa période de naissance			ensemble
	survivant (2)	mort (3)	1	2 à 5	6 et plus	1985-89	1990-94	1995-99	
		Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)	Sx (4)
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
12	0,997	0,928	0,996	0,998	0,996	0,997	0,996	0,997	0,997
18	0,982	0,696	0,964	0,979	0,978	0,967	0,969	0,992	0,975
24	0,918	0,608	0,895	0,894	0,943	0,886	0,906	0,942	0,908
30	0,733	0,565	0,770	0,681	0,782	0,693	0,727	0,803	0,732
36	0,541	0,467	0,633	0,457	0,617	0,490	0,556	0,630	0,547
42	0,432	0,436	0,534	0,353	0,513	0,386	0,456	0,537	0,445
48	0,372	0,374	0,466	0,293	0,462	0,328	0,404	0,463	0,386
54	0,322	0,366	0,394	0,247	0,428	0,284	0,355	0,414	0,338
60	0,301	0,351	0,369	0,225	0,409	0,263	0,335		0,317
66	0,281	0,345	0,339	0,206	0,392	0,246	0,318		0,298
72	0,264	0,339	0,311	0,187	0,383	0,235	0,293		0,281
78	0,257	0,320	0,295	0,181	0,376	0,230	0,281		0,272
84	0,251	0,317	0,278	0,175	0,374	0,224	0,274		0,266
90	0,245	0,313	0,259	0,169		0,220	0,266		0,259
96	0,241	0,310	0,249	0,163		0,218	0,261		0,256
102	0,234	0,307	0,223	0,160		0,212	0,255		0,249
108	0,233	0,304	0,215	0,155		0,211	0,248		0,248
114	0,229	0,300	0,195	0,147		0,206			0,241
120	0,228	0,297	0,187	0,142		0,204			0,240
Nombre d'observations	2163	125	748	1345	727	935	956	916	2820
durée médiane en mois (5)	37,5	33,7	45,2	34,8	43,1	35,7	38,5	44,0	38,02

(1) durée écoulée depuis le dernier accouchement

(2) l'enfant a survécu au moins jusqu'à 24 mois

(3) l'enfant est mort-né ou décédé avant 1 mois

(4) proportion de femmes n'ayant pas encore accouché d'un nouvel enfant né vivant

(5) délai au bout duquel la moitié des femmes ont accouché d'un nouvel enfant

Tableau 6.9 : Méthodes de contraception utilisées par les femmes de 15 à 49 ans. Mlomp, 2000

	Femmes de 15-29 ans				Femmes de 30-49 ans		Ensemble	
	célibataires sans partenaire régulier		mariées ou célibataires avec partenaire régulier		Effectif de femmes	%	Effectif de femmes	%
	Effectif de femmes	%	Effectif de femmes	%	Effectif de femmes	%	Effectif de femmes	%
n'utilise pas de méthode actuellement	129	98%	86	66%	128	84%	343	83%
utilise une méthode, dont	2	2%	44	34%	24	16%	70	17%
préservatif(1)	2	2%	34	26%	5	3%	41	10%
abstinence périodique	0	0%	4	3%	8	5%	12	3%
pilule	0	0%	4	3%	4	3%	8	2%
stérilisation féminine	0	0%	1	1%	4	3%	5	1%
injection	0	0%	0	0%	1	1%	1	0%
norplant	0	0%	1	1%	0	0%	1	0%
racines	0	0%	0	0%	2	1%	2	0%
ensemble	131	100%	130	100%	152	100%	413	100%

note (1) - une femme a déclaré utiliser à la fois le préservatif et l'abstinence périodique

Source : enquête fécondité de septembre 2000

Tableau 7.1 : Table de mortalité de Mlomp pour la période 1985-99

(sexes confondus)

Age	Sx	1Qx	Ex
(année s)	survivants à l'âge x	quotient de mortalité	espérance de vie à l'âge x
0	1,000	51,0	38,9
1	0,949	21,5	40,0
2	0,929	15,3	39,9
3	0,914	8,5	39,5
4	0,907	5,0	38,8
5	0,902	7,6	38,0
6	0,895	3,5	37,3
7	0,892	2,8	36,4
8	0,890	1,0	35,5
9	0,889	0,7	34,6
10	0,888	1,0	33,6
11	0,887	1,4	32,6
12	0,886	1,0	31,7
13	0,885	0,7	30,7
14	0,884	1,3	29,7
15	0,883	0,3	28,7
16	0,883	1,6	27,8
17	0,882	1,3	26,8
18	0,880	1,0	25,8
19	0,880	2,1	24,9
20	0,878	2,2	23,9
21	0,876	1,1	23,0
22	0,875	0,8	22,0
23	0,874	2,1	21,0
24	0,872	3,6	20,0
25	0,869	1,0	19,1
26	0,868	0,5	18,1
27	0,868	1,6	17,1
28	0,866	3,0	16,2
29	0,864	4,6	15,2
30	0,860	2,2	14,3
31	0,858	2,4	13,3
32	0,856	5,2	12,3
33	0,851	2,0	11,4
34	0,850	3,1	10,4
35	0,847	4,5	9,5
36	0,843	4,6	8,5
37	0,839	6,2	7,5
38	0,834	3,9	6,6
39	0,831	5,1	5,6
40	0,827	2,7	4,6
41	0,824	11,8	3,6
42	0,815	4,5	2,7
43	0,811	4,5	1,7
44	0,807	1,4	29,8

Age	Sx	1Qx	Ex
(années)	survivants à l'âge x	quotient de mortalité	espérance de vie à l'âge x
45	0,806	9,5	28,8
46	0,799	6,5	28,1
47	0,793	6,3	27,3
48	0,788	11,2	26,5
49	0,780	4,9	25,8
50	0,776	8,4	24,9
51	0,769	13,1	24,1
52	0,759	7,2	23,4
53	0,754	4,7	22,6
54	0,750	12,4	21,7
55	0,741	17,3	20,9
56	0,728	10,4	20,3
57	0,721	13,5	19,5
58	0,711	9,0	18,8
59	0,704	16,4	17,9
60	0,693	12,8	17,2
61	0,684	21,4	16,4
62	0,669	21,1	15,8
63	0,655	17,2	15,1
64	0,644	17,1	14,4
65	0,633	16,1	13,6
66	0,623	24,0	12,8
67	0,608	34,3	12,1
68	0,587	25,2	11,6
69	0,572	41,7	10,8
70	0,548	42,5	10,3
71	0,525	41,4	9,7
72	0,503	63,5	9,1
73	0,471	44,9	8,7
74	0,450	81,2	8,1
75	0,414	100,9	7,8
76	0,372	75,3	7,6
77	0,344	78,1	7,2
78	0,317	117,7	6,7
79	0,280	102,1	6,5
80	0,251	115,4	6,2
81	0,222	104,0	6,0
82	0,199	105,8	5,6
83	0,178	105,3	5,2
84	0,159	109,7	4,8
85	0,142	116,0	4,3
86	0,125	152,5	3,8
87	0,106	204,1	3,4
88	0,085	225,0	3,1
89	0,066	199,9	4,7
90	0,052	217,5	3,0
91	0,041		

Tableau 7.2a : Table de mortalité par période, hommes, Mlomp

Age	1985-89				1990-94				1995-99			
	Sx	Qx	Dx	Ex	Sx	Qx	Dx	Ex	Sx	Qx	Dx	Ex
0	1,0000	61,9	61,9	62,3	1,0000	55,2	55,2	60,7	1,0000	50,5	50,5	59,6
1	0,9381	40,3	37,8	65,3	0,9448	46,9	44,3	63,3	0,9495	48,9	46,4	61,8
5	0,9003	13,1	11,8	64,0	0,9005	13,7	12,3	61,3	0,9031	18,8	17,0	59,9
10	0,8885	3,7	3,3	59,8	0,8882	4,6	4,1	57,1	0,8861	7,7	6,8	56,0
15	0,8852	2,7	2,4	55,0	0,8841	8,8	7,8	52,4	0,8793	11,6	10,2	51,4
20	0,8828	10,2	9,0	50,2	0,8763	13,0	11,4	47,8	0,8691	10,8	9,4	47,0
25	0,8738	4,1	3,6	45,7	0,8649	6,4	5,5	43,4	0,8597	18,1	15,6	42,5
30	0,8702	19,7	17,1	40,8	0,8594	20,7	17,8	38,7	0,8441	18,1	15,3	38,2
35	0,8531	15,8	13,5	36,6	0,8416	15,1	12,7	34,5	0,8288	40,4	33,5	33,9
40	0,8396	25,5	21,4	32,1	0,8289	39,9	33,1	30,0	0,7953	31,3	24,9	30,3
45	0,8182	31,5	25,8	27,9	0,7958	60,7	48,3	26,2	0,7704	56,9	43,8	26,2
50	0,7924	68,0	53,9	23,7	0,7475	64,5	48,2	22,8	0,7266	35,2	25,6	22,7
55	0,7385	68,5	50,6	20,3	0,6993	45,2	31,6	19,3	0,701	85,0	59,6	18,5
60	0,6879	76,3	52,5	16,6	0,6677	87,3	58,3	15,1	0,6414	69,7	44,7	15,1
65	0,6354	175,2	111,3	12,8	0,6094	153,9	93,8	11,5	0,5967	184,9	110,3	11,2
70	0,5241	247,9	129,9	10,0	0,5156	305,9	157,7	8,3	0,4864	281,5	136,9	8,4
75	0,3942	484,5	191,0	7,4	0,3579	495,4	177,3	6,4	0,3495	477,0	166,7	6,1
80	0,2032	294,8	59,9	7,0	0,1806	439,1	79,3	5,9	0,1828	510,9	93,4	5,1
85	0,1433	715,3	102,5	3,9	0,1013	524,2	53,1	4,1	0,0894	635,3	56,8	3,6
90	0,0408	1000	40,800	7,5	0,0482	1000	48,200	2,0	0,0326	1000	32,600	2,0
			1000,0				1000,0				1000,0	

Quotient	Quotients par grands intervalles d'âge (pour mille)		
1q0	62	55	51
4q1	40	47	49
5q15	17	18	26
45q15	223	245	271

Tableau 7.2b : Table de mortalité par période, femmes, Mlomp

Age	1985-89				1990-94				1995-99			
	Sx	Qx	Dx	Ex	Sx	Qx	Dx	Ex	Sx	Qx	Dx	Ex
0	1,000	24,7	24,7	72,3	1,000	40,2	40,2	66,2	1,000	39,8	39,8	68,1
1	0,975	21,3	20,8	73,1	0,960	63,0	60,5	68,0	0,960	42,7	41,0	69,9
5	0,955	10,4	9,9	70,6	0,899	16,6	14,9	68,4	0,919	13,2	12,1	68,9
10	0,945	4,2	4,0	66,4	0,884	2,5	2,2	64,5	0,907	1,7	1,5	64,8
15	0,941	4,8	4,5	61,6	0,882	6,0	5,3	59,7	0,906	4,4	4,0	59,9
20	0,936	4,3	4,0	56,9	0,877	6,2	5,4	55,0	0,902	3,2	2,9	55,2
25	0,932	9,9	9,2	52,1	0,872	9,3	8,1	50,3	0,899	8,3	7,5	50,3
30	0,923	15,3	14,1	47,6	0,863	13,8	11,9	45,8	0,891	10,5	9,4	45,7
35	0,909	6,1	5,5	43,3	0,852	31,9	27,2	41,4	0,882	14,5	12,8	41,2
40	0,903	11,8	10,7	38,6	0,824	14,4	11,9	37,7	0,869	23,9	20,8	36,8
45	0,893	6,4	5,7	34,0	0,812	10,5	8,5	33,2	0,848	28,3	24,0	32,6
50	0,887	15,9	14,1	29,2	0,804	18,7	15,0	28,5	0,824	12,9	10,6	28,5
55	0,873	40,3	35,2	24,7	0,789	53,6	42,3	24,0	0,814	38,0	30,9	23,8
60	0,838	65,3	54,7	20,6	0,747	78,4	58,5	20,2	0,783	83,0	65,0	19,7
65	0,783	99,5	77,9	16,9	0,688	49,3	33,9	16,7	0,718	44,0	31,6	16,2
70	0,705	156,7	110,5	13,4	0,654	138,2	90,4	12,5	0,686	170,5	117,0	11,8
75	0,595	220,9	131,3	10,5	0,564	318,7	179,7	9,1	0,569	258,8	147,3	8,8
80	0,463	307,2	142,3	7,7	0,384	393,4	151,1	7,1	0,422	506,2	213,5	6,0
85	0,321	490,8	157,5	5,0	0,233	477,3	111,2	5,1	0,208	597,7	124,5	4,5
90	0,163	1000	163,4	7,5	0,122	1000	121,8	7,5	0,084	1000	83,8	7,5
			1000,0				1000,0				1000,0	

Quotients	Quotients par grands intervalles d'âge (pour mille)		
1q0	24,7	40,2	39,8
4q1	21,3	63,0	42,7
5q15	14,6	19,0	14,8
45q15	109,5	153,7	135,7

Tableau 7.3 Evolution de la mortalité des enfants
à Mlomp depuis 1930, sexes confondus

Période	Risque de décès x 1,000			
	1q0	4q1	5q0	5q5
1930-34	150	257	368	71
1935-39	210	189	359	75
1940-44	210	197	366	73
1945-49	170	250	378	71
1950-54	171	221	354	61
1955-59	170	220	353	78
1960-64	137	234	339	72
1965-69	90	152	228	42
1970-74	82	130	201	32
1975-79	65	101	159	
1980-84	47			
1985-89	43	31	73	11
1990-94	48	55	100	15
1995-99	45	46	89	16

1q0: probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son 1er anniversaire

4q1: probabilité pour un enfant ayant 1 an juste de mourir avant d'atteindre 5 ans

5q0: probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son 5ème anniversaire

5q5: probabilité pour un enfant ayant 5 ans juste de mourir avant d'atteindre 10 ans

note : avant 1985, mesure par génération de naissance à partir des histoires génésiques
recueillies en 1985
à partir de 1985, mesure par période, à partir des données de l'observation
démographique suivie

Figure 3.1a - Mlomp - Pyramide des âges au 1/1/1985

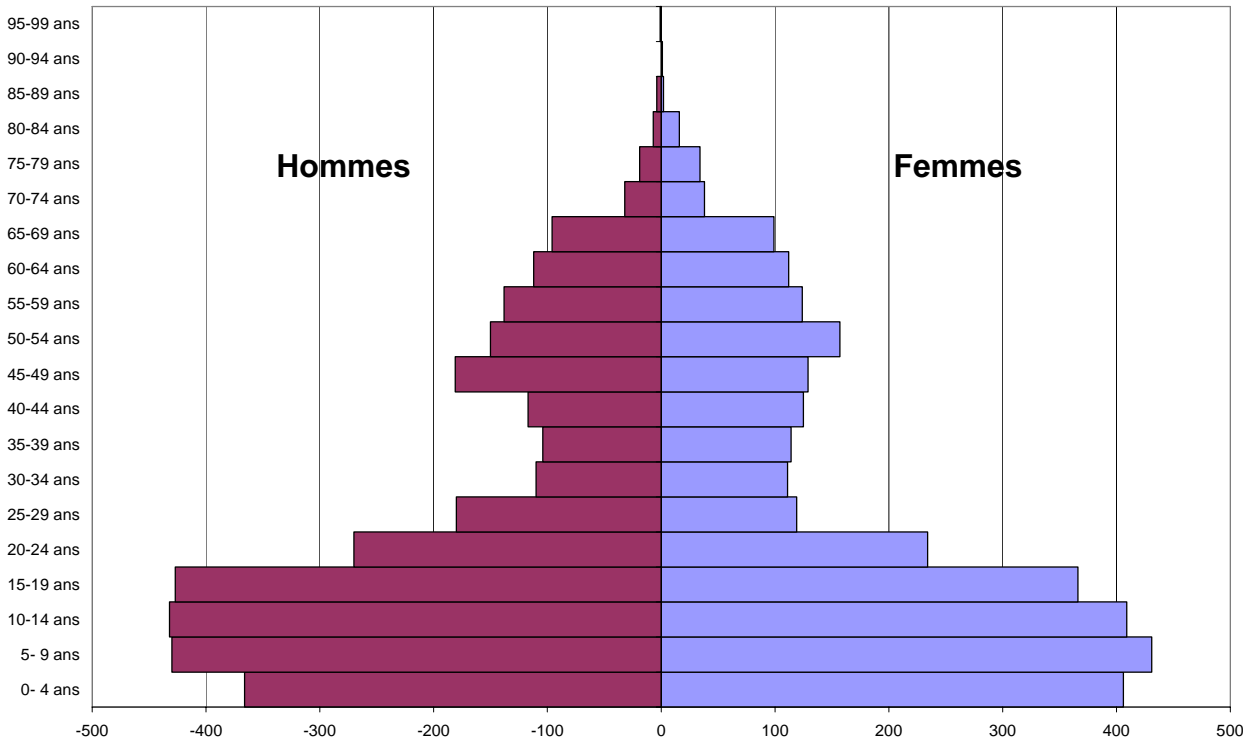


Figure 3.1a - Mlomp - Pyramide des âges au 1/1/1985

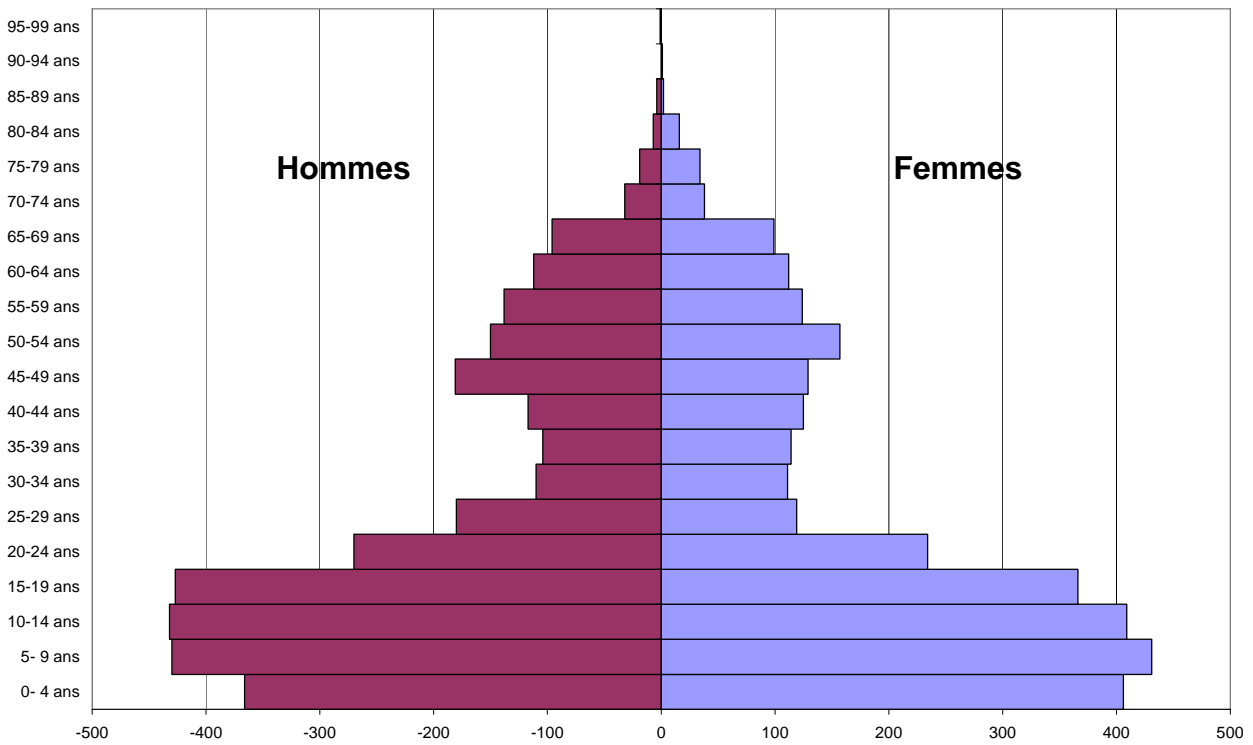


Figure 3.1c - Mlomp - Pyramide des âges au 1/1/1985 par groupe d'âge annuel

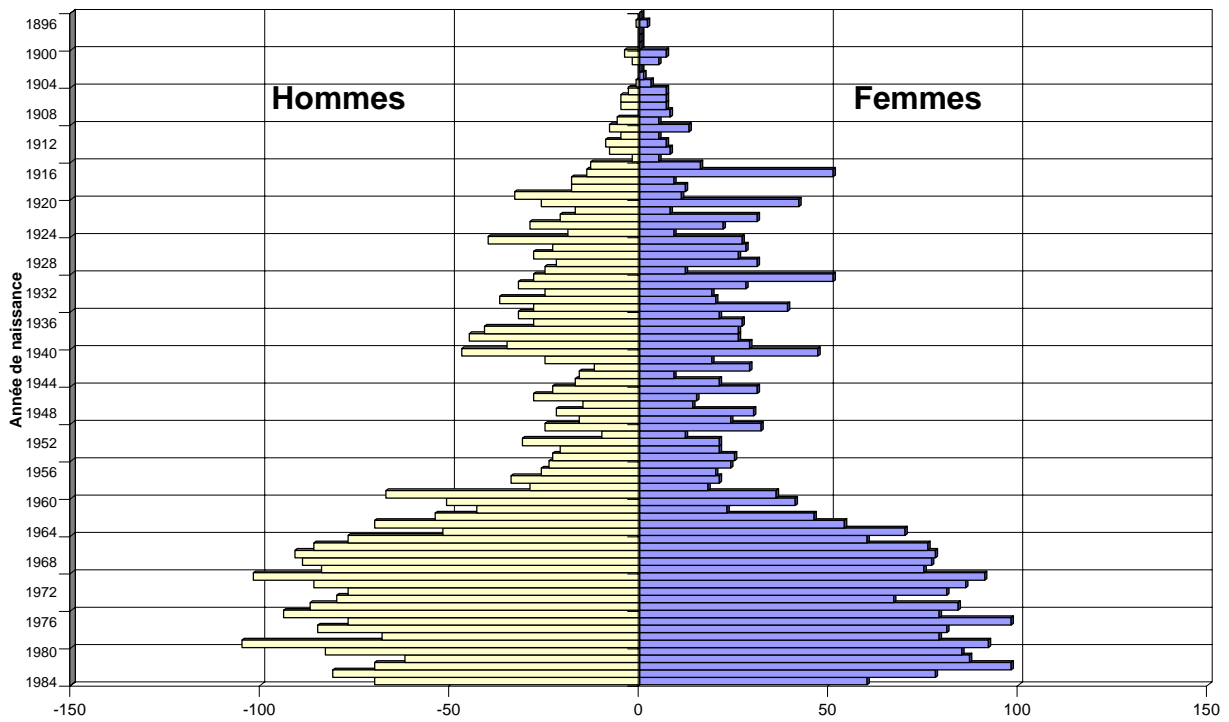


Figure 3.2 Pyramide des âges - Mlomp - 1er janvier 2000
 en distinguant les résidents permanents (en foncé) des migrants saisonniers (en clair)



Figure 3.4 Pyramide des âges - Mlomp - 1er janvier 2000
 en distinguant les célibataires (en clair) des non célibataires (en foncé)

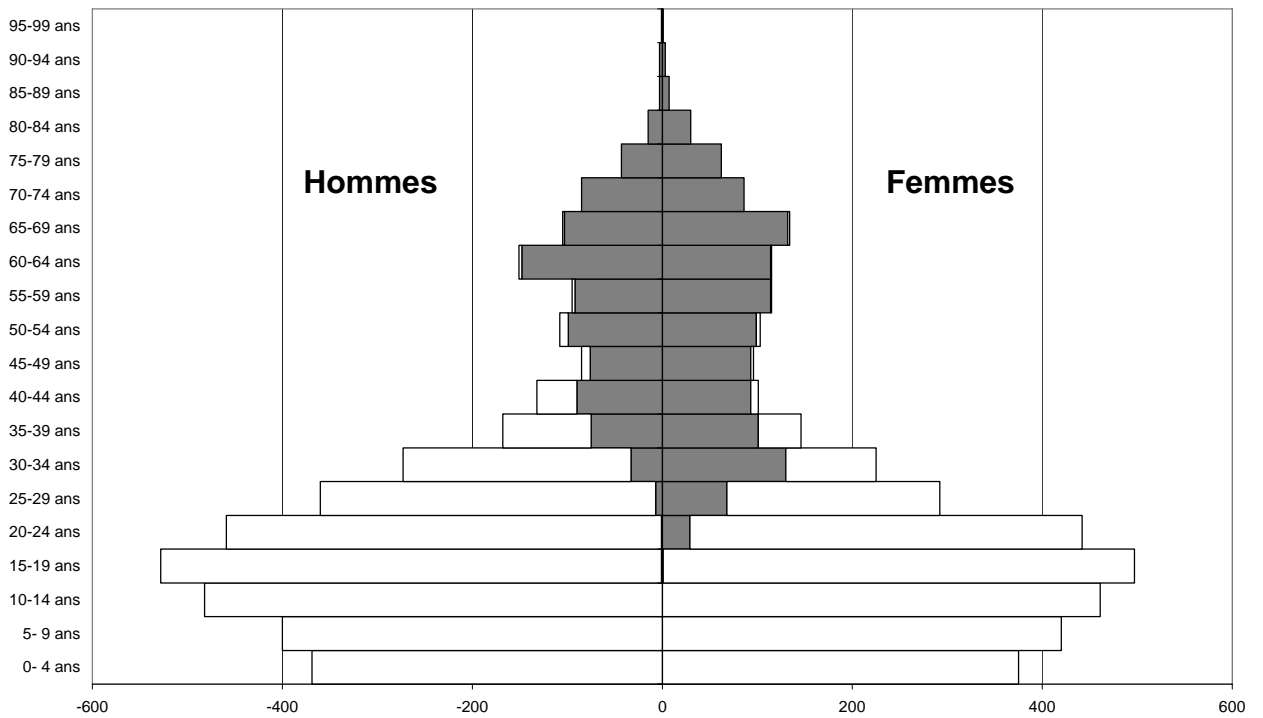


Figure 4.1 - Evolution de la population de Mlomp entre 1985 et 2000 (effectif au 1er janvier de chaque année)

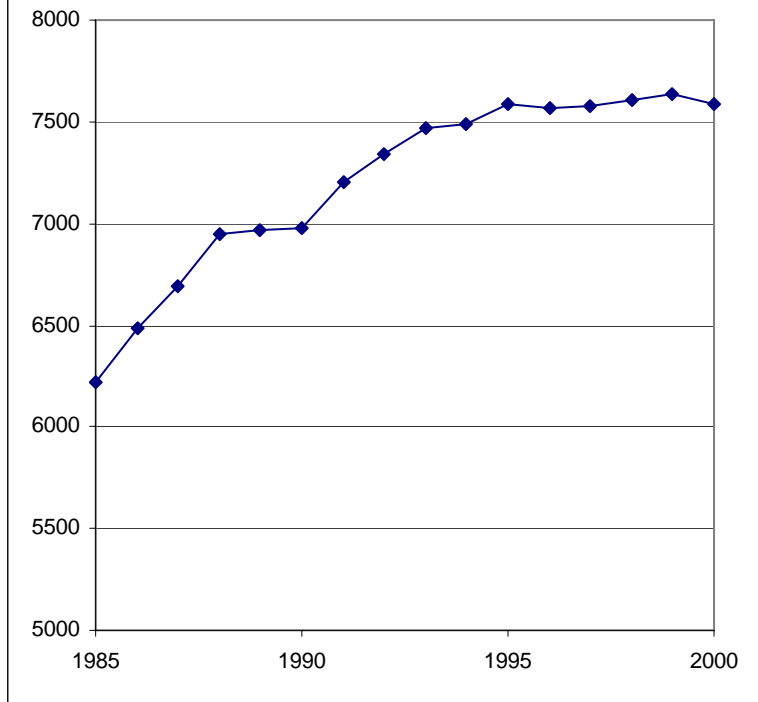


Figure 4.2 Mlomp - Evolution des taux de natalité et de mortalité

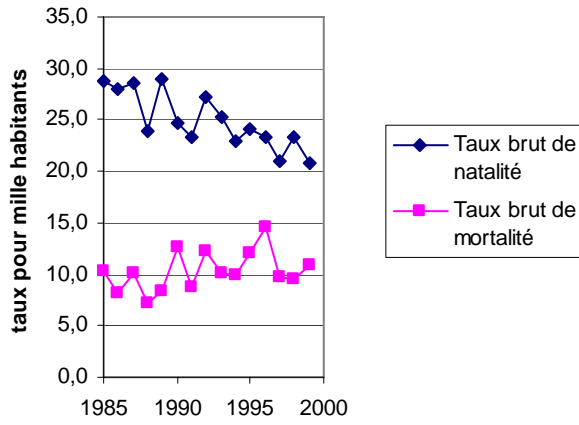


Figure 4.3 Mlomp - Evolution du taux de migration nette

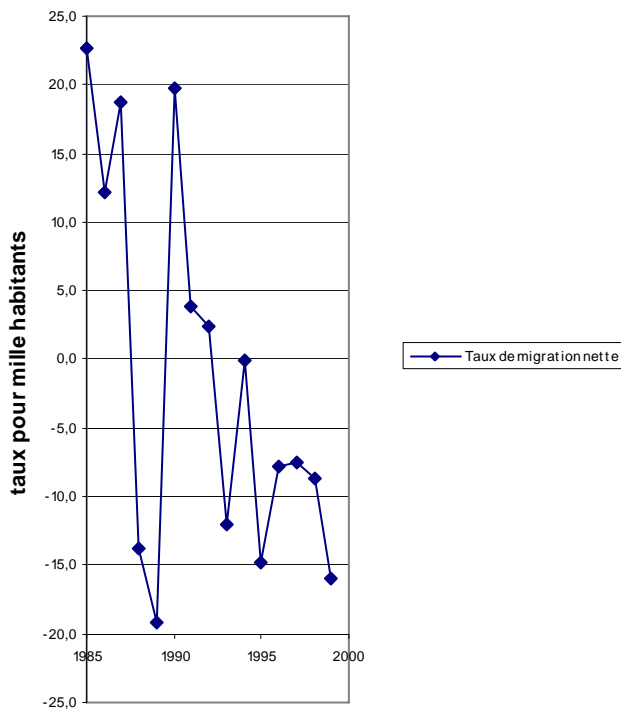


Figure 5.1 - Evolution annuelle du nombre de premiers mariages à Mlomp de 1936 à 1999

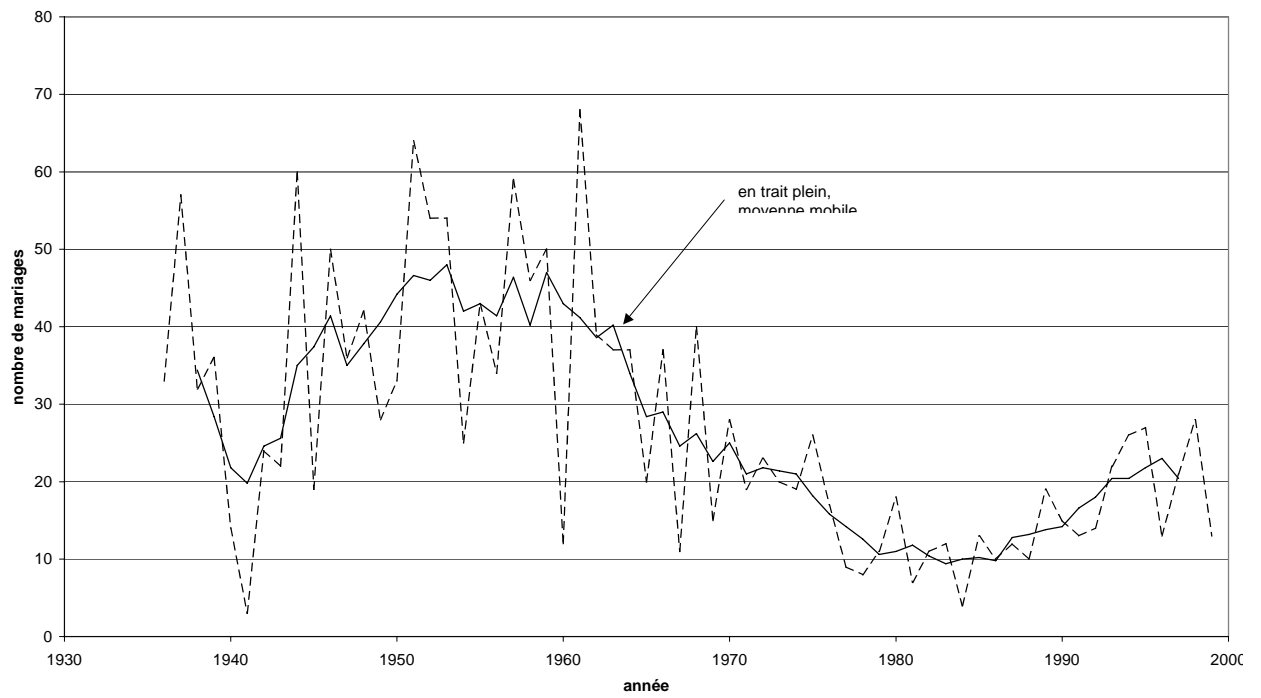


Figure 5.2a - Proportion de célibataires selon l'âge - Hommes - Mlomp

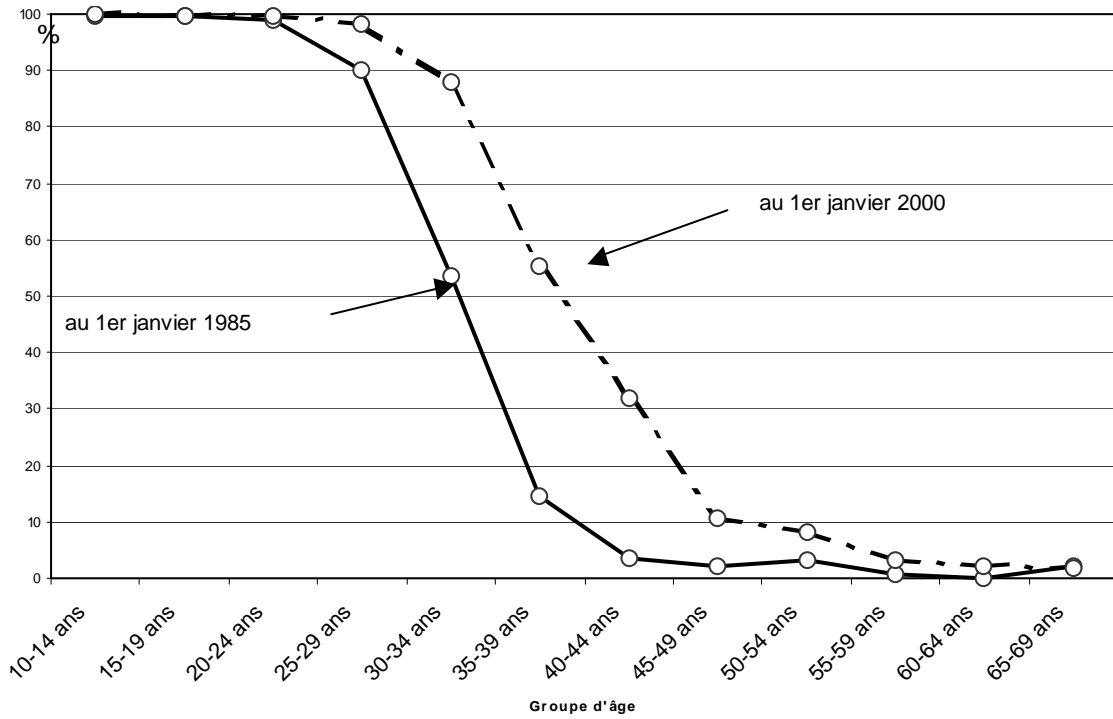


Figure 5.2b - Proportion de célibataires selon l'âge - Femmes - Mlomp

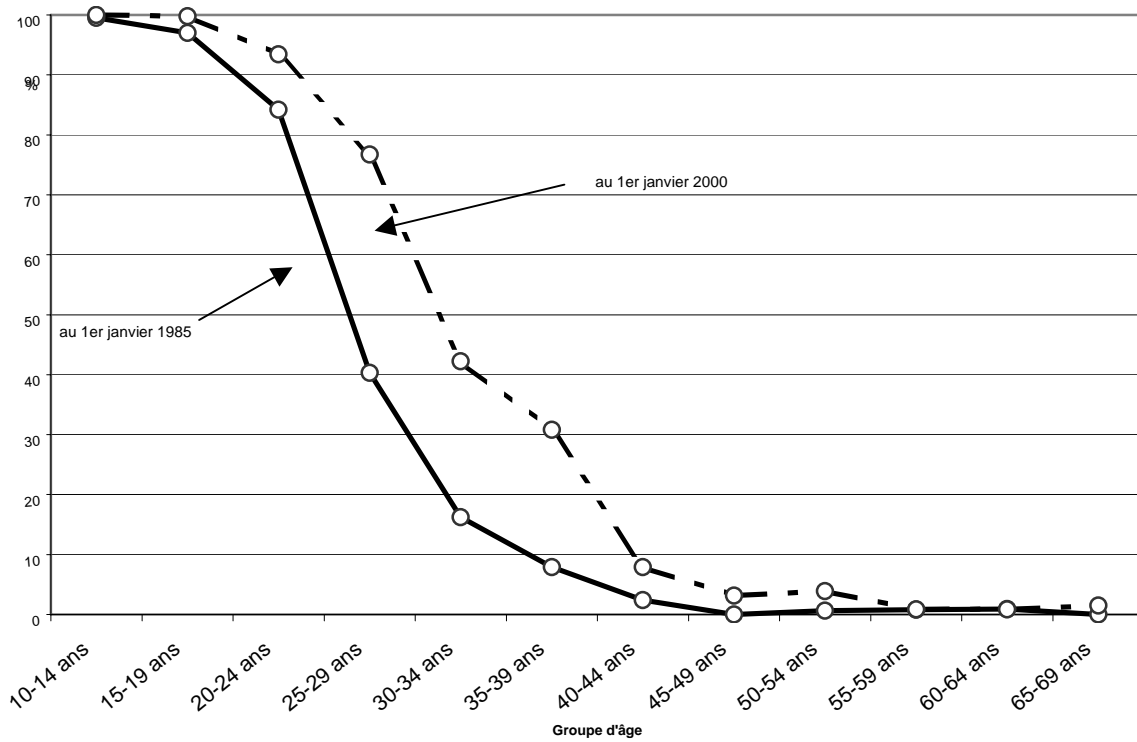


Figure 5.3 - Evolution de l'âge moyen au premier mariage à Mlomp de 1935 à 2000

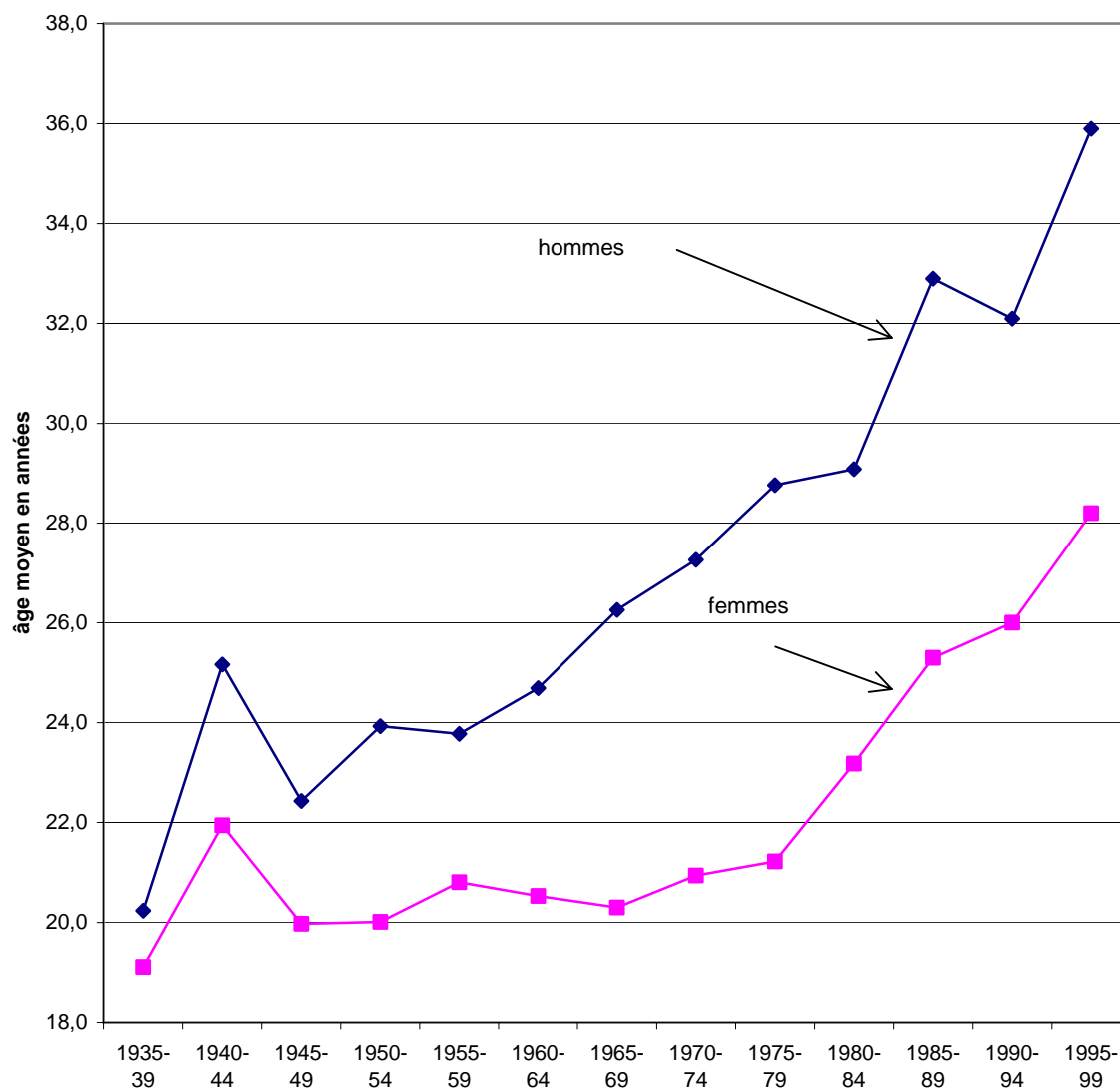


Figure 5.4 - Evolution de l'âge moyen au premier rapport sexuel. Mlomp

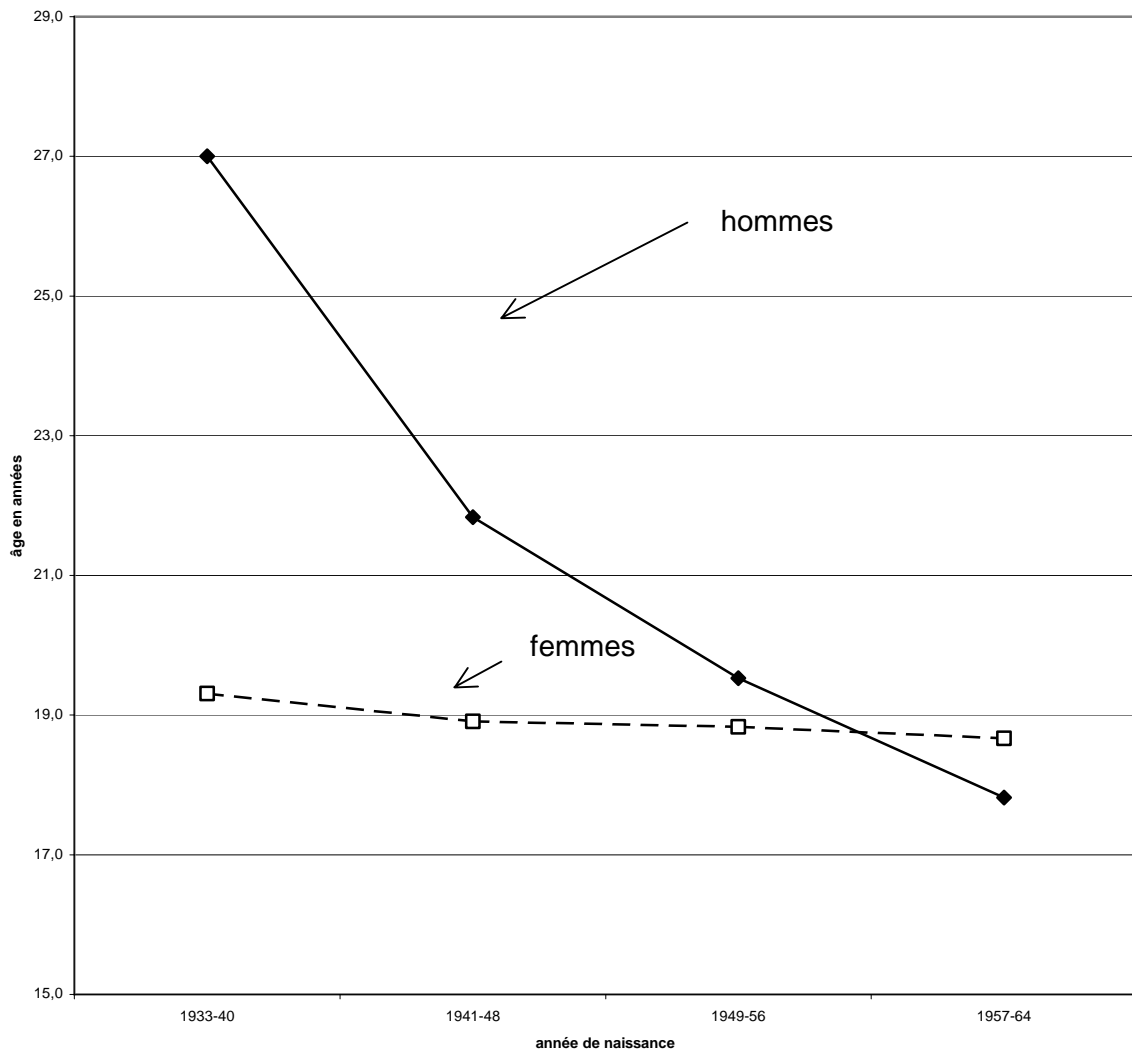


Figure 6.1 - Evolution de la fécondité par âge.
Femmes - Mlomp.

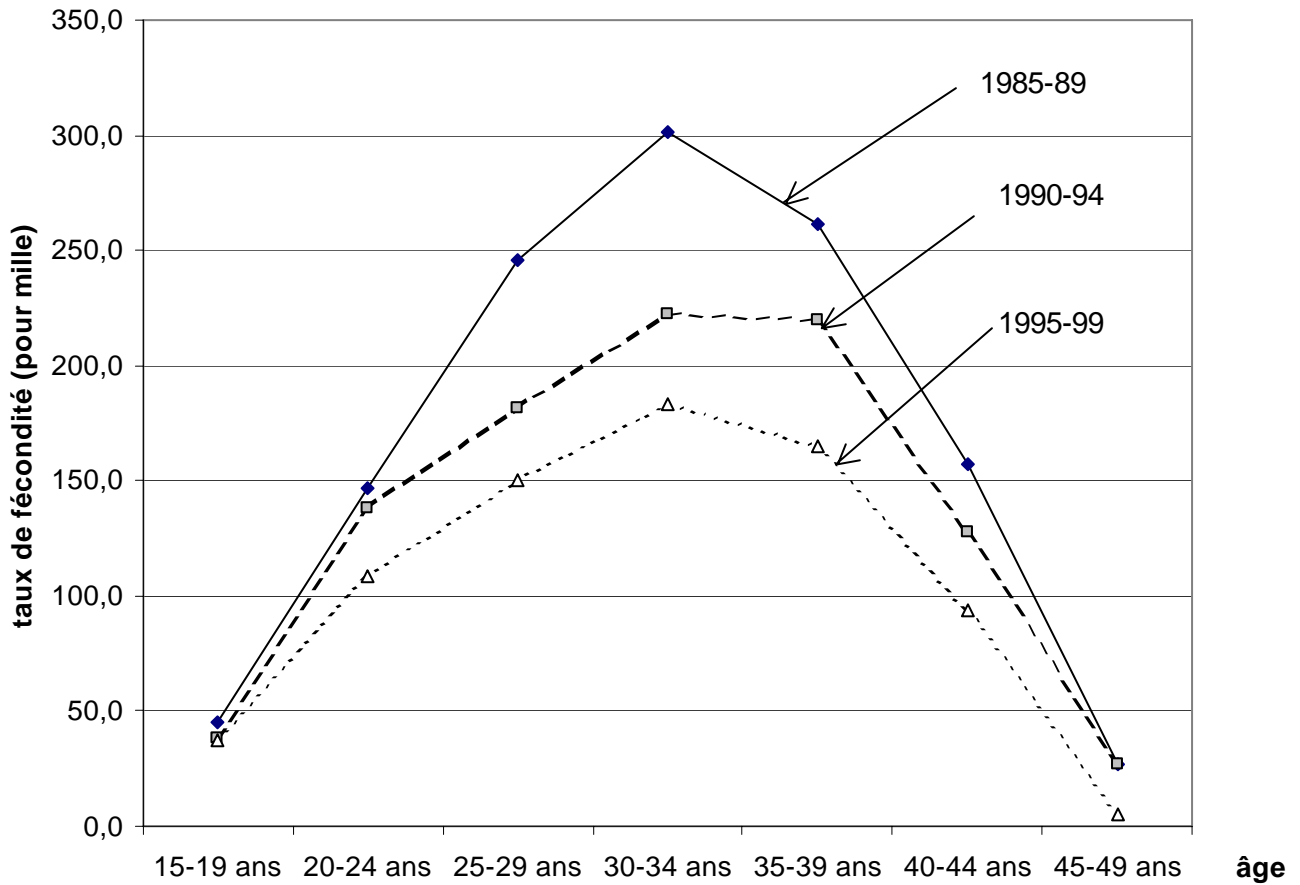


Figure 6.2 - Fécondité par âge. Comparaison entre Mlomp et l'ensemble du Sénégal

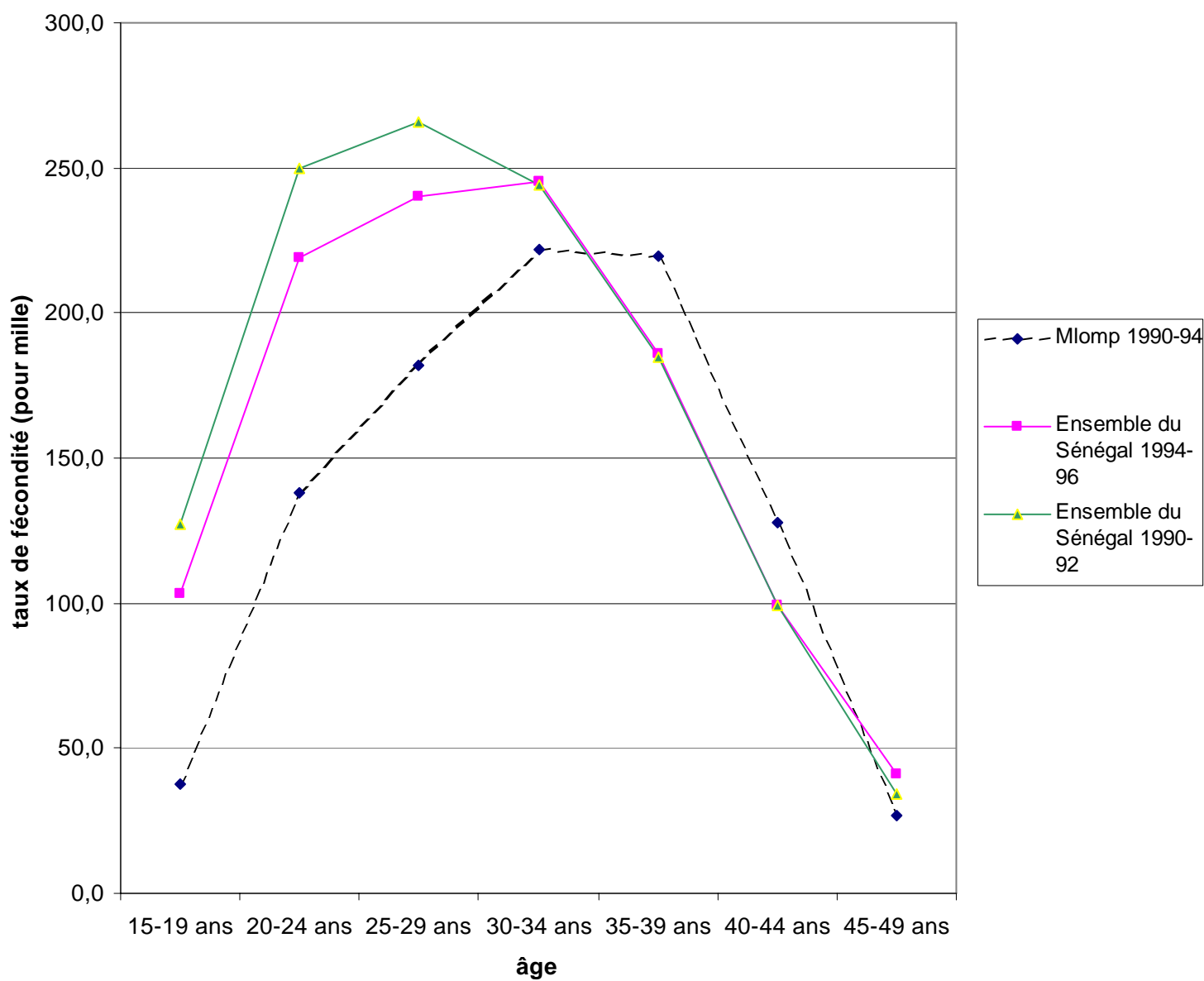


Figure 6.3 - Evolution de l'âge moyen des femmes à la première naissance vivante

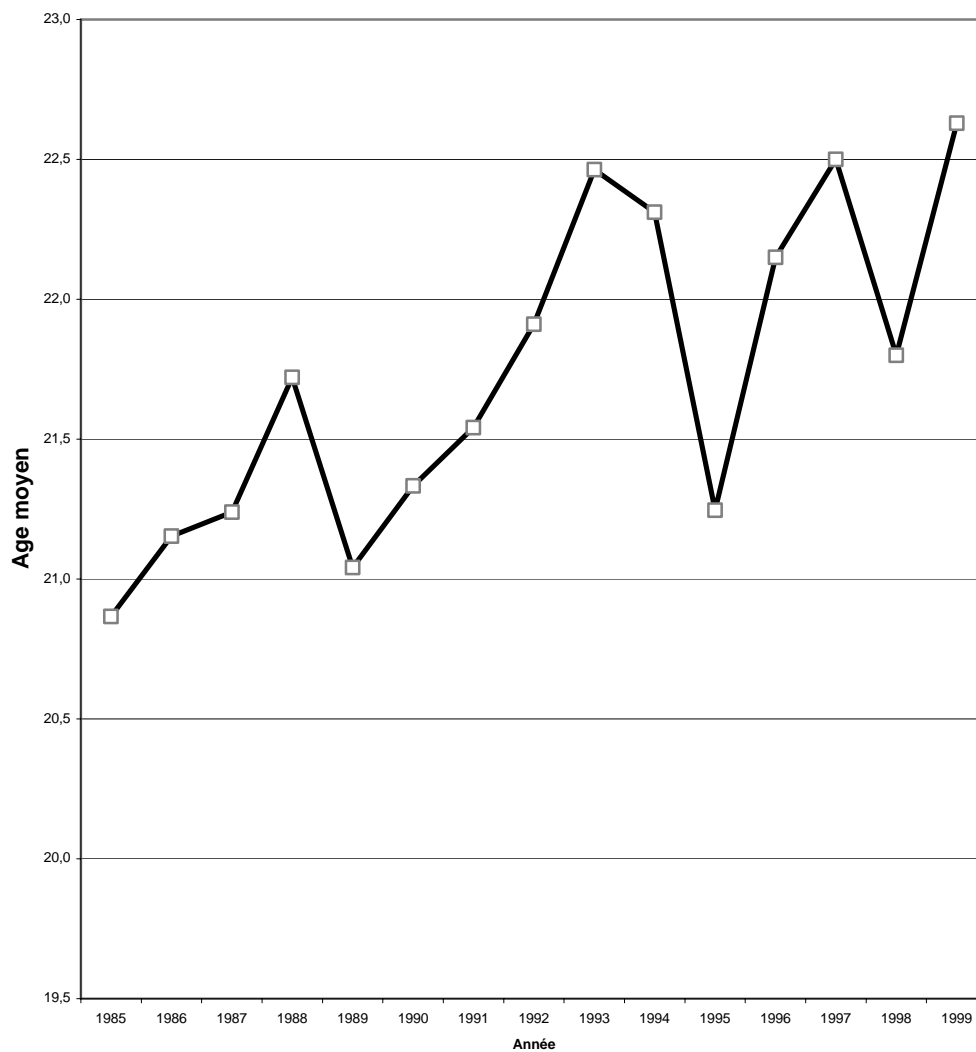


Figure 6.4 - Proportions de femmes n'ayant eu aucun enfant né vivant - Mlomp

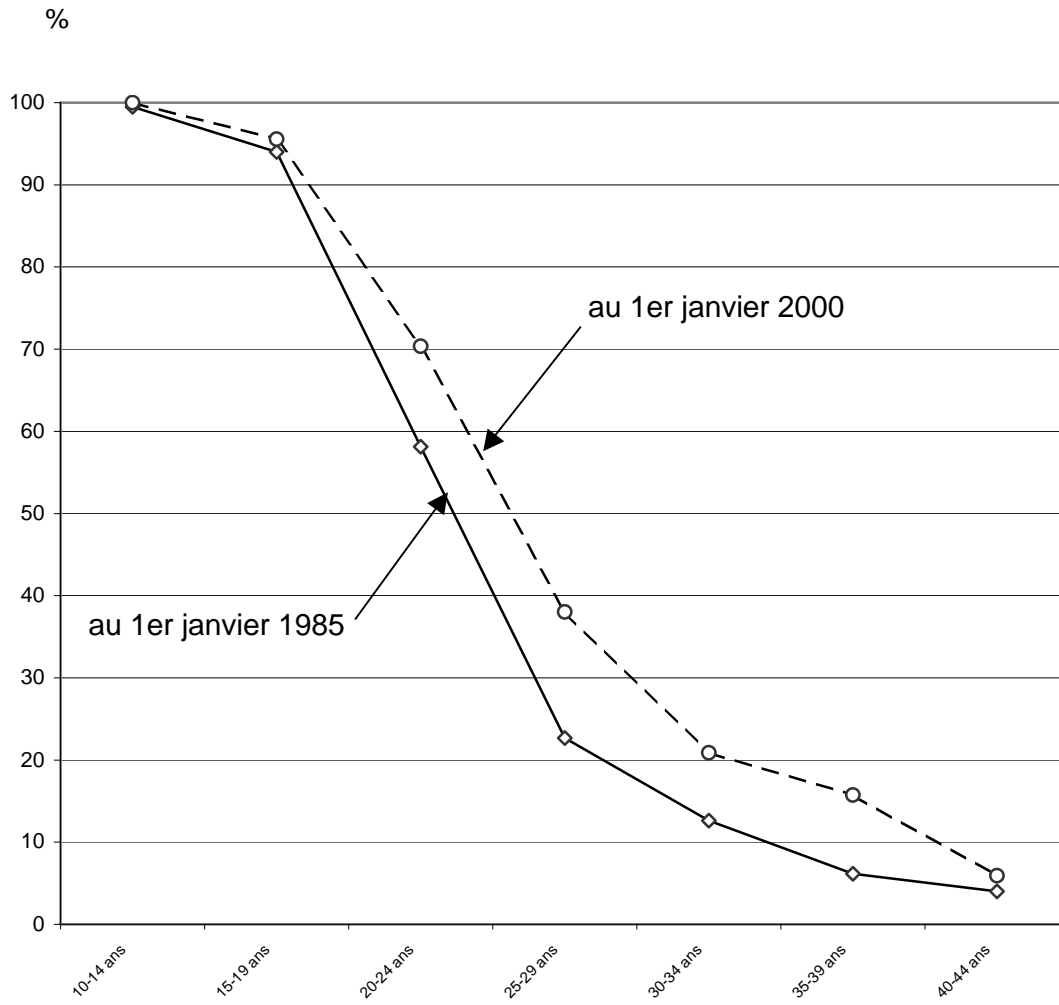


Figure 6.5 - Proportion de femmes allaitant encore leur enfant selon son âge

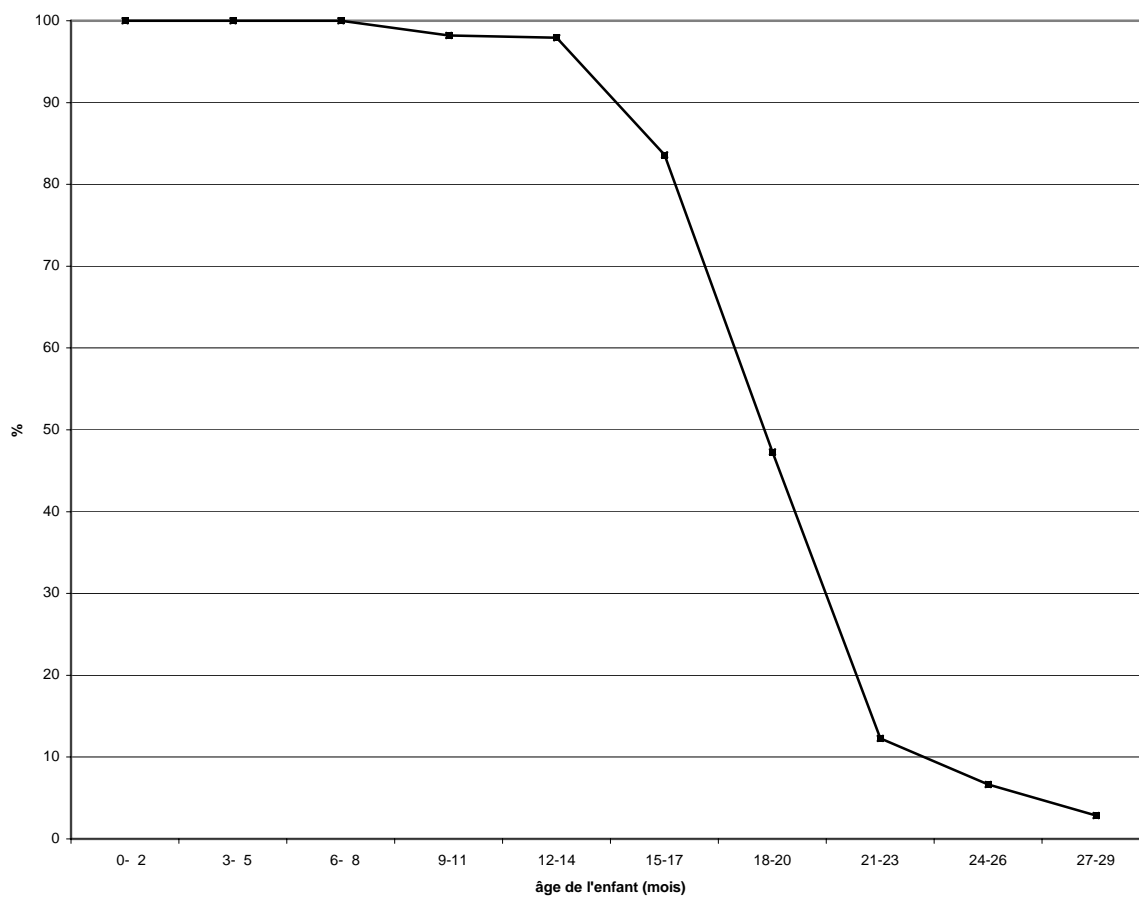


Figure 6.6 - Proportions de femmes encore en aménorrhée selon la durée depuis le dernier accouchement

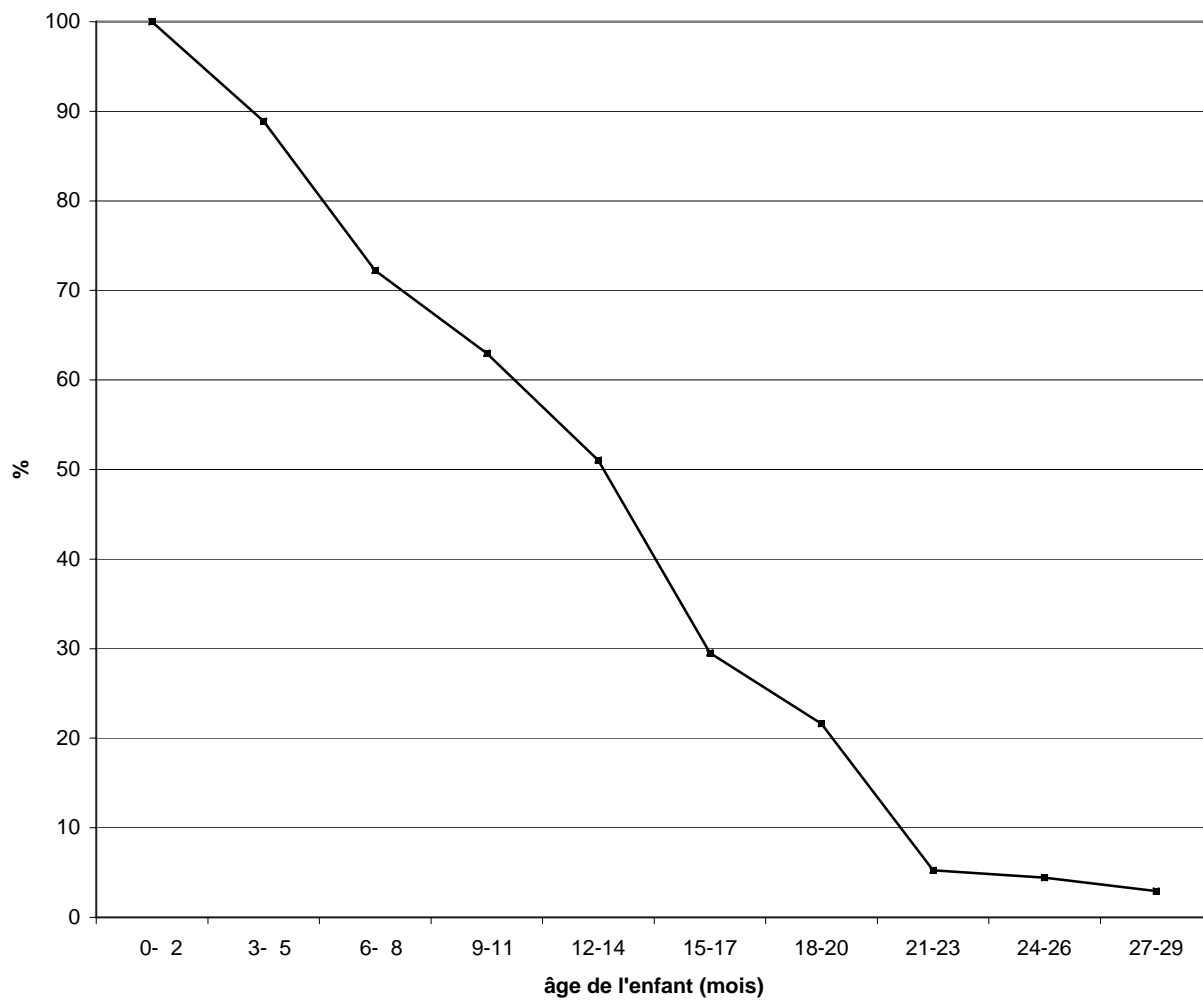


Figure 6.7 - Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis le dernier accouchement selon la durée depuis l'accouchement

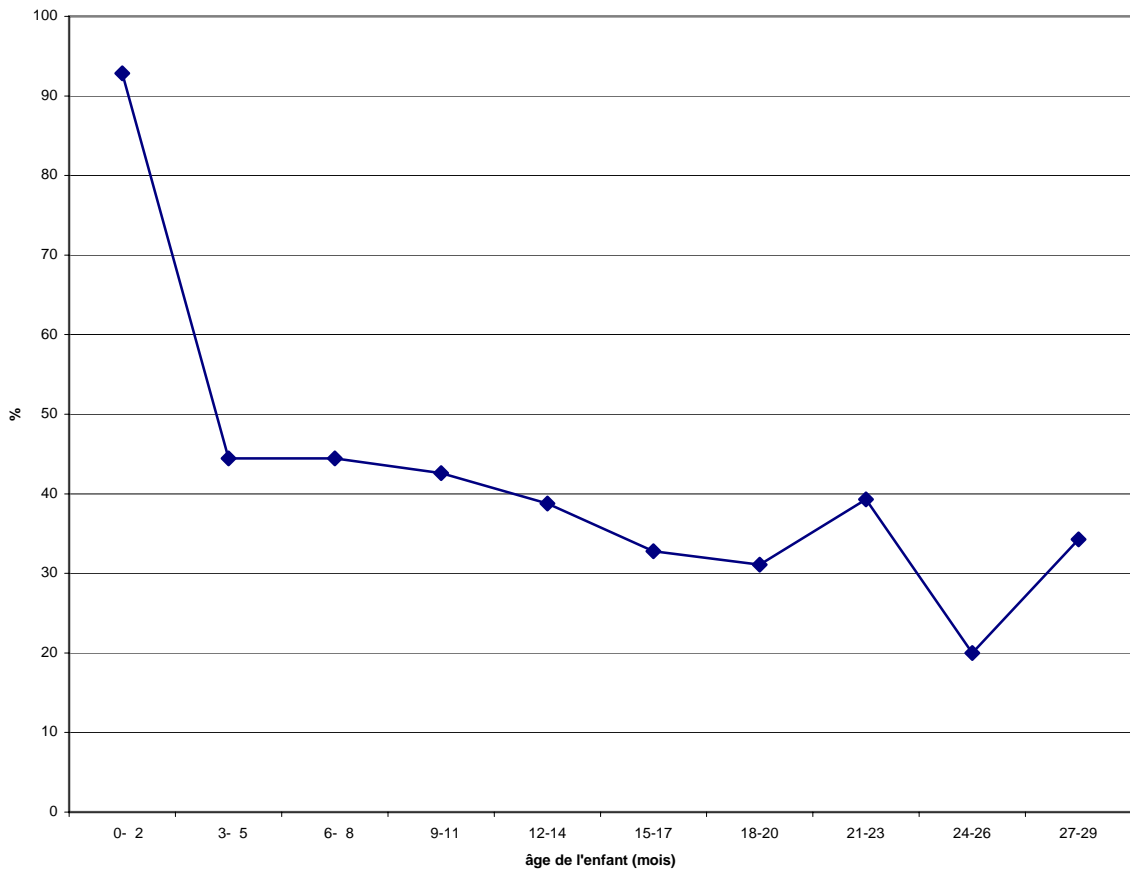


Figure 6.8 - Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis le dernier accouchement selon l'âge et la durée depuis l'accouchement - Mlomp, enquêtes de février et septembre 2000

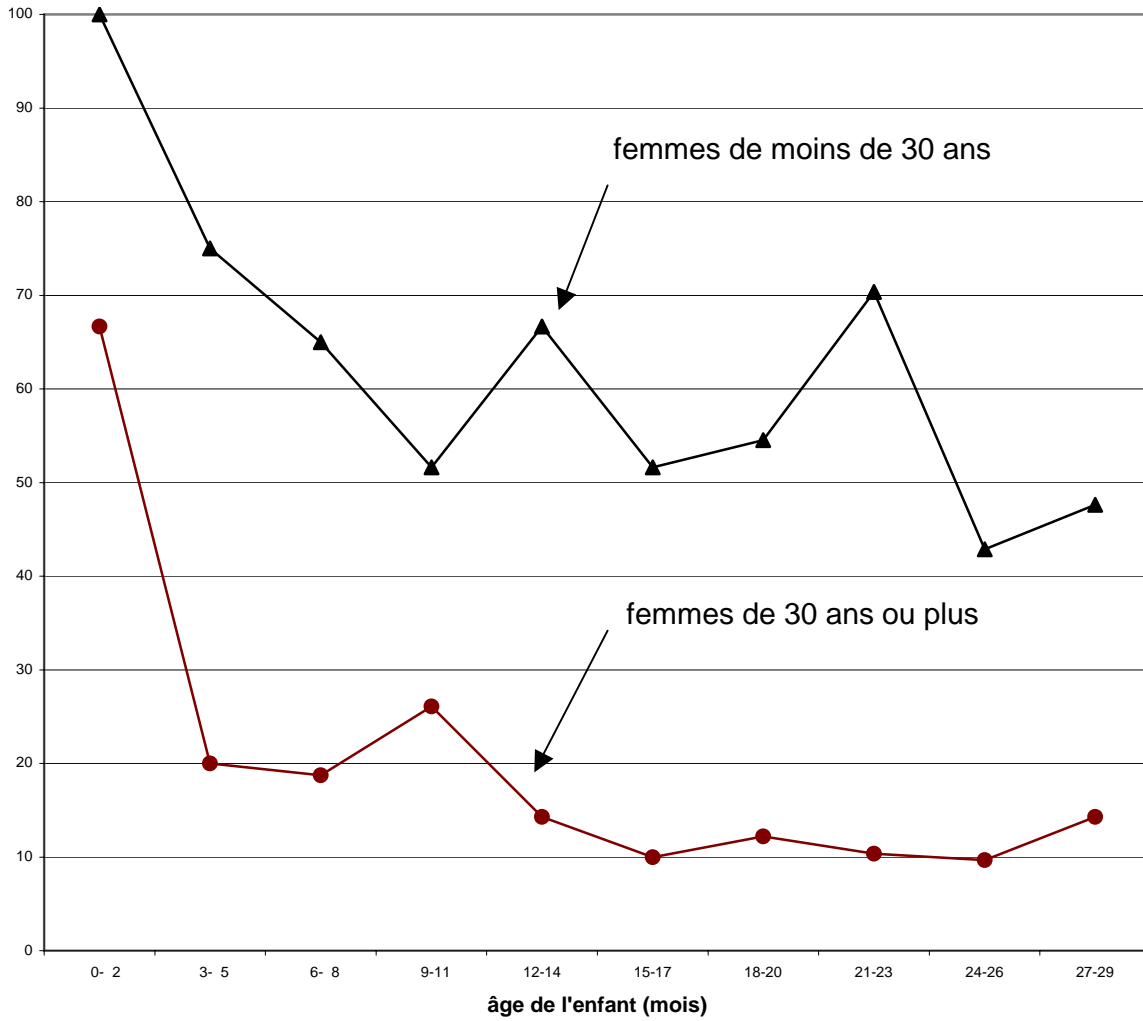


Figure 6.9 - Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis le dernier accouchement selon la situation matrimoniale et la durée depuis l'accouchement - Mlomp, enquêtes de février et septembre 2000

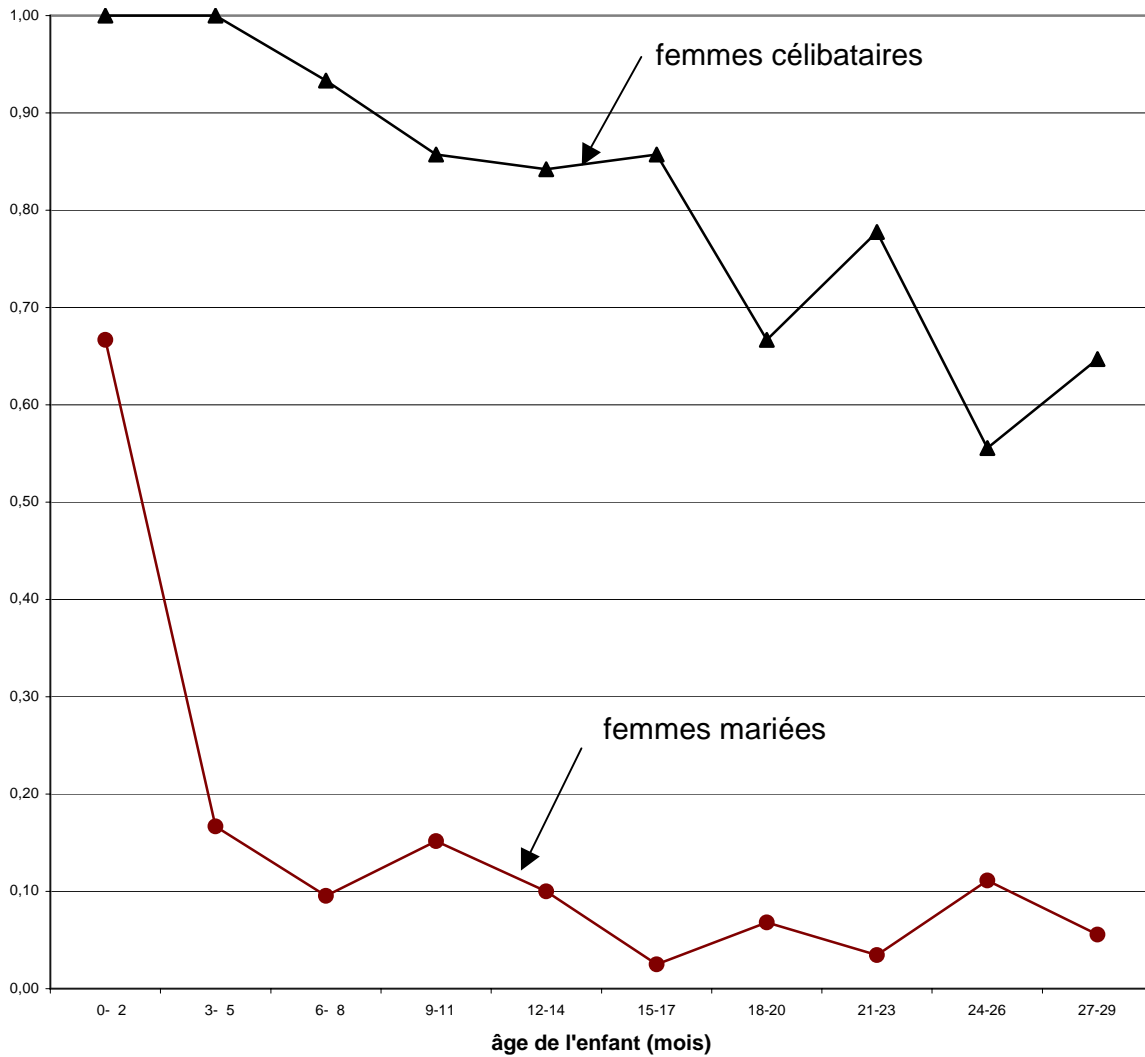
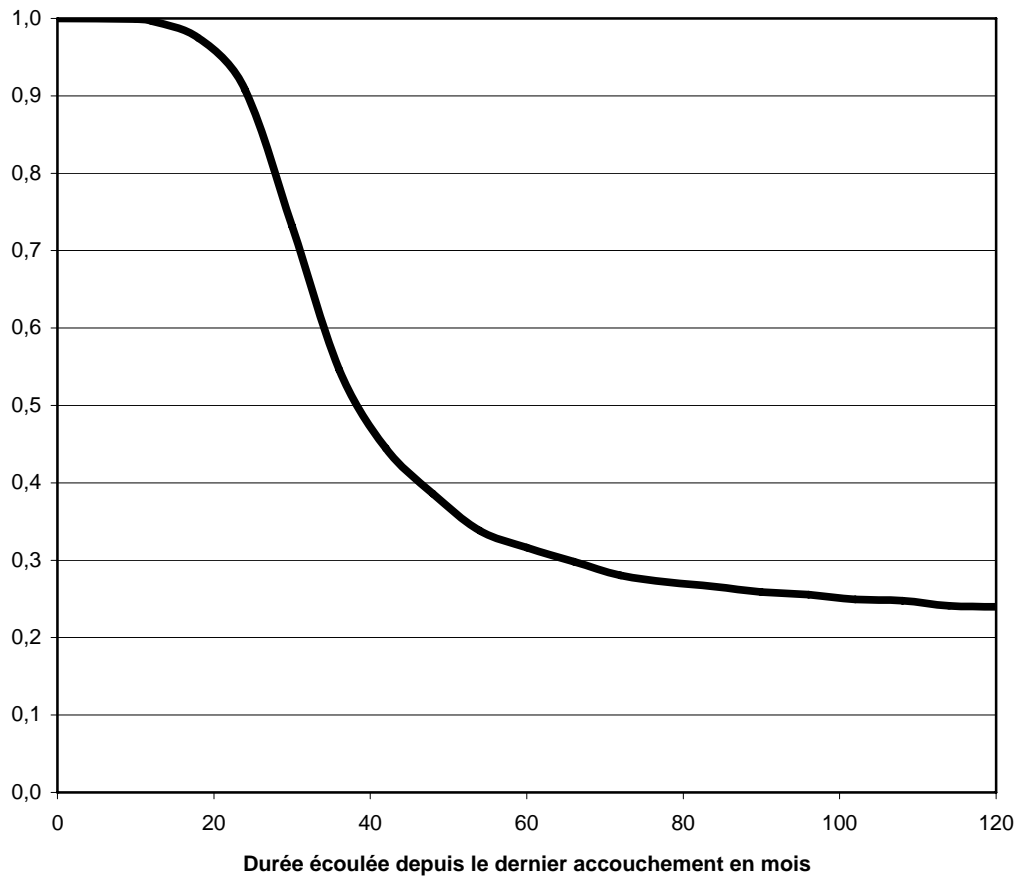


Figure 6.9 - Proportions de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement. Mlomp, période 1985-1999.



Note : les mesures ont été effectuées en prenant en compte l'ensemble des accouchement d'enfants nés-vivants au cours de la période 1985-1999, et en analysant la survenue de la naissance vivante suivante.

Figure 6.10 - Proportions de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et l'état de l'enfant, vivant ou mort. Mlomp, période 1985-1999.

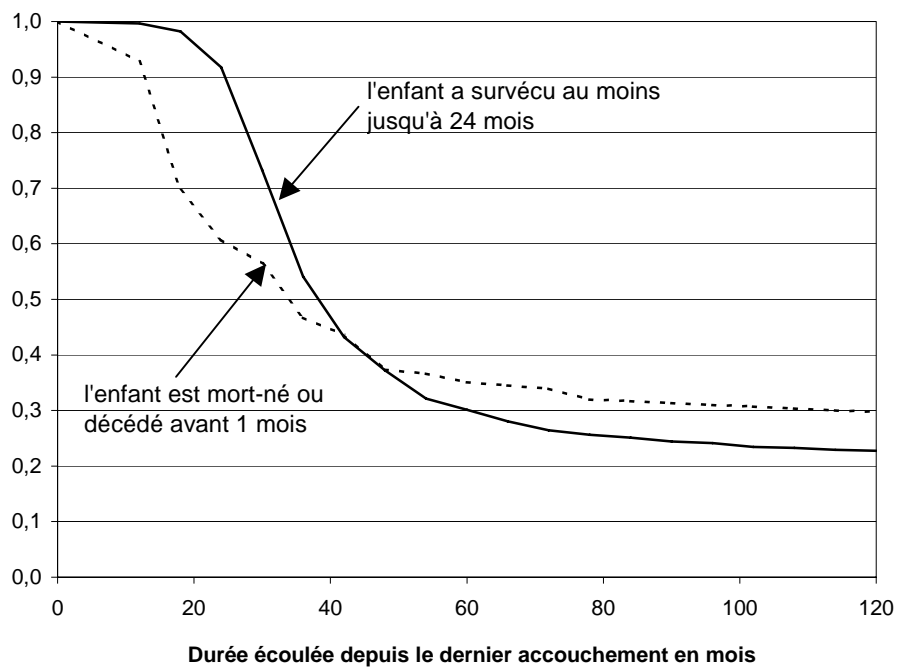


Figure 6.11 - Proportions de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et l'état de l'enfant, vivant ou mort. Mlomp, période 1985-1999.

Note : uniquement femmes ayant accouché à nouveau dans les 5 ans qui ont suivi un accouchement.

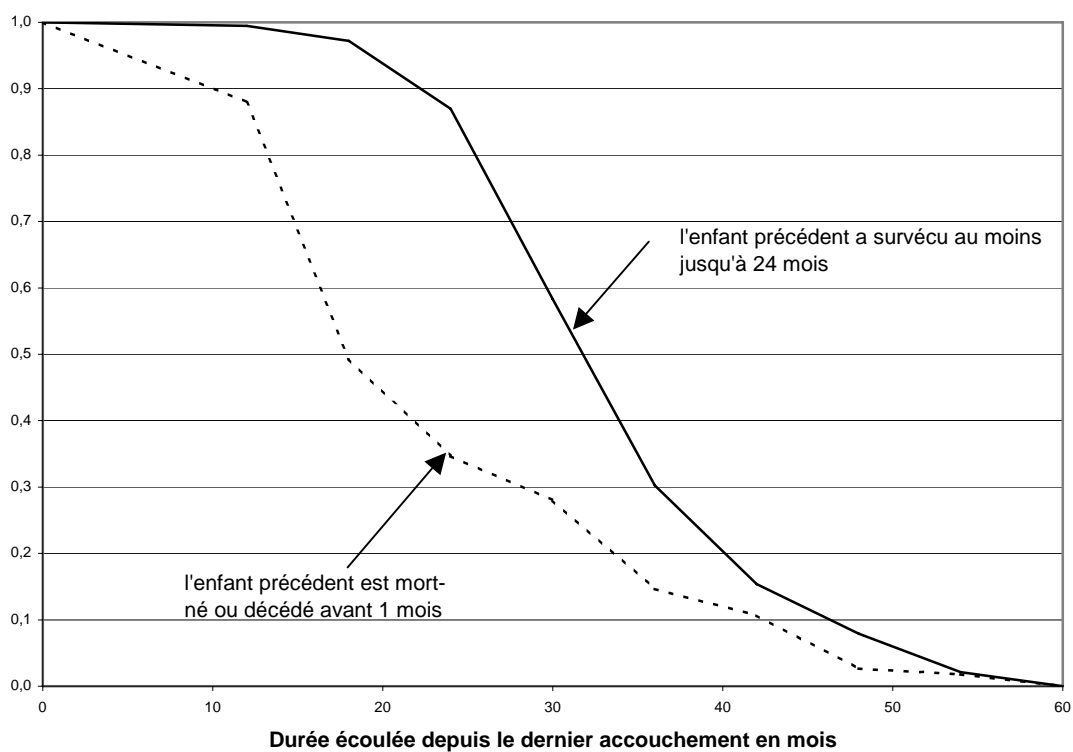
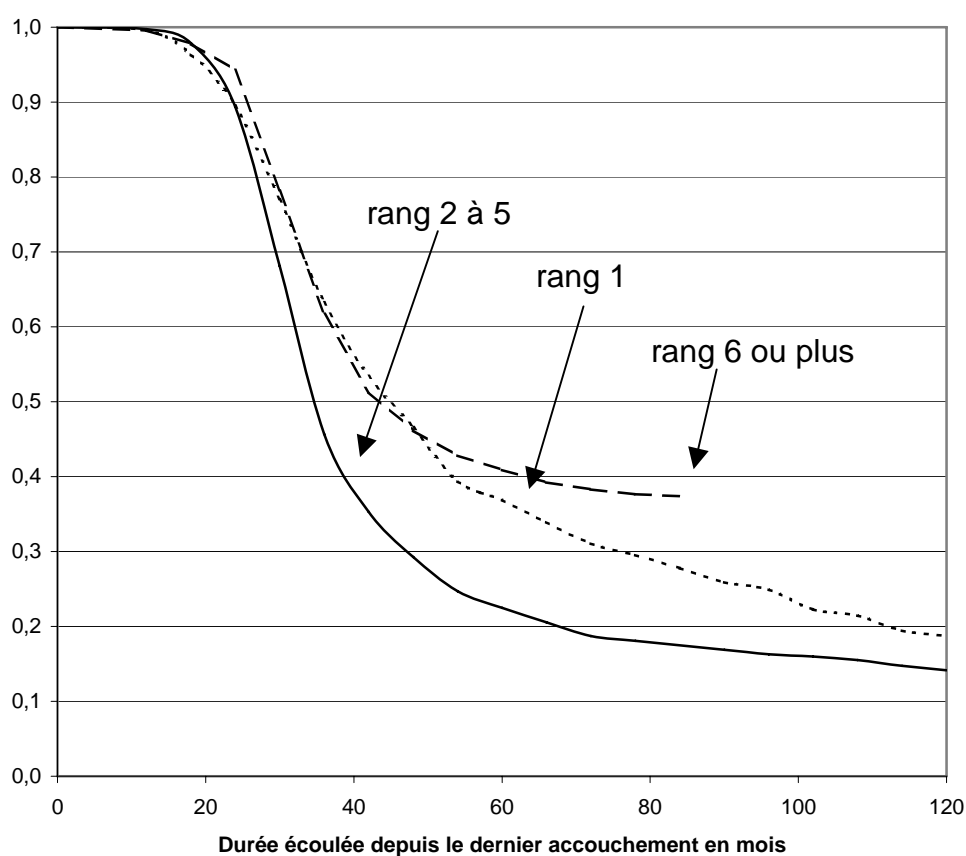


Figure 6.12 - Proportions de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et son rang. Mlomp, période 1985-1999.



Note : rang 1 : le dernier enfant est le premier né de la mère ; rang 2 à 5 : le dernier enfant est son deuxième, troisième quatrième ou cinquième enfant ; rang 6 ou plus : le dernier enfant est son sixième enfant, ou un enfant de rang plus élevé.

Figure 6.13 - Proportions de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et la période. Mlomp.

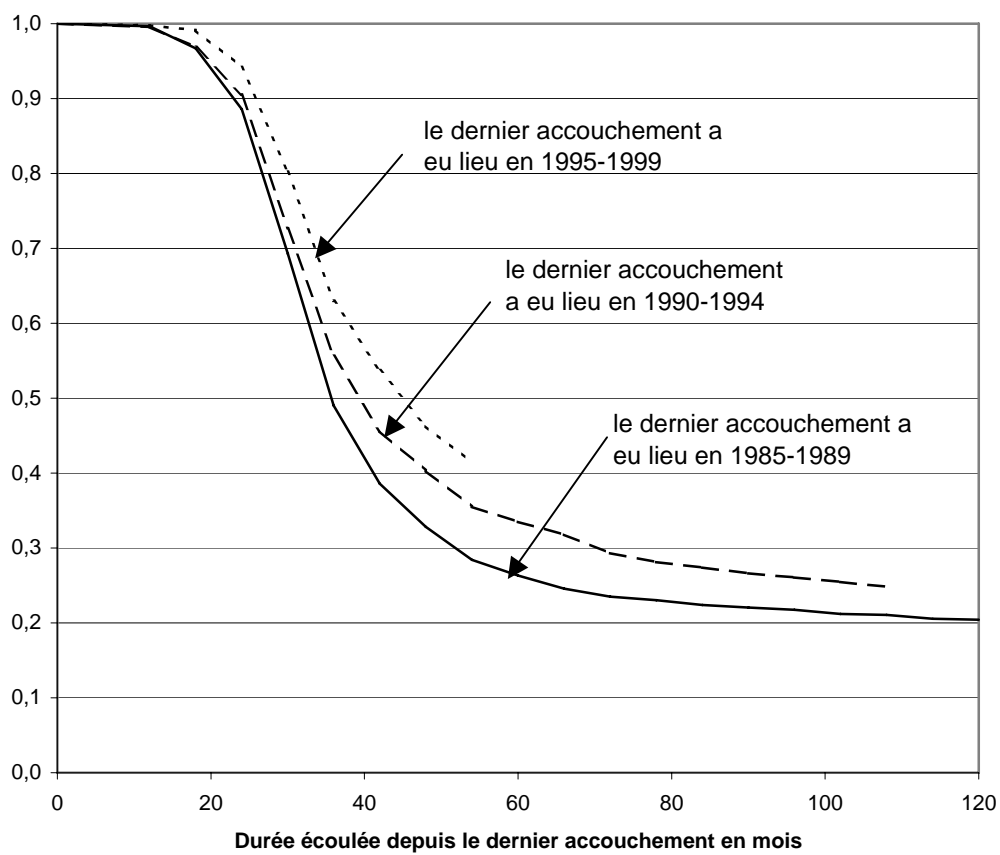


Figure 7.1 Evolution de la mortalité infantile (1q0) depuis 1930, sexes confondus - Mlomp

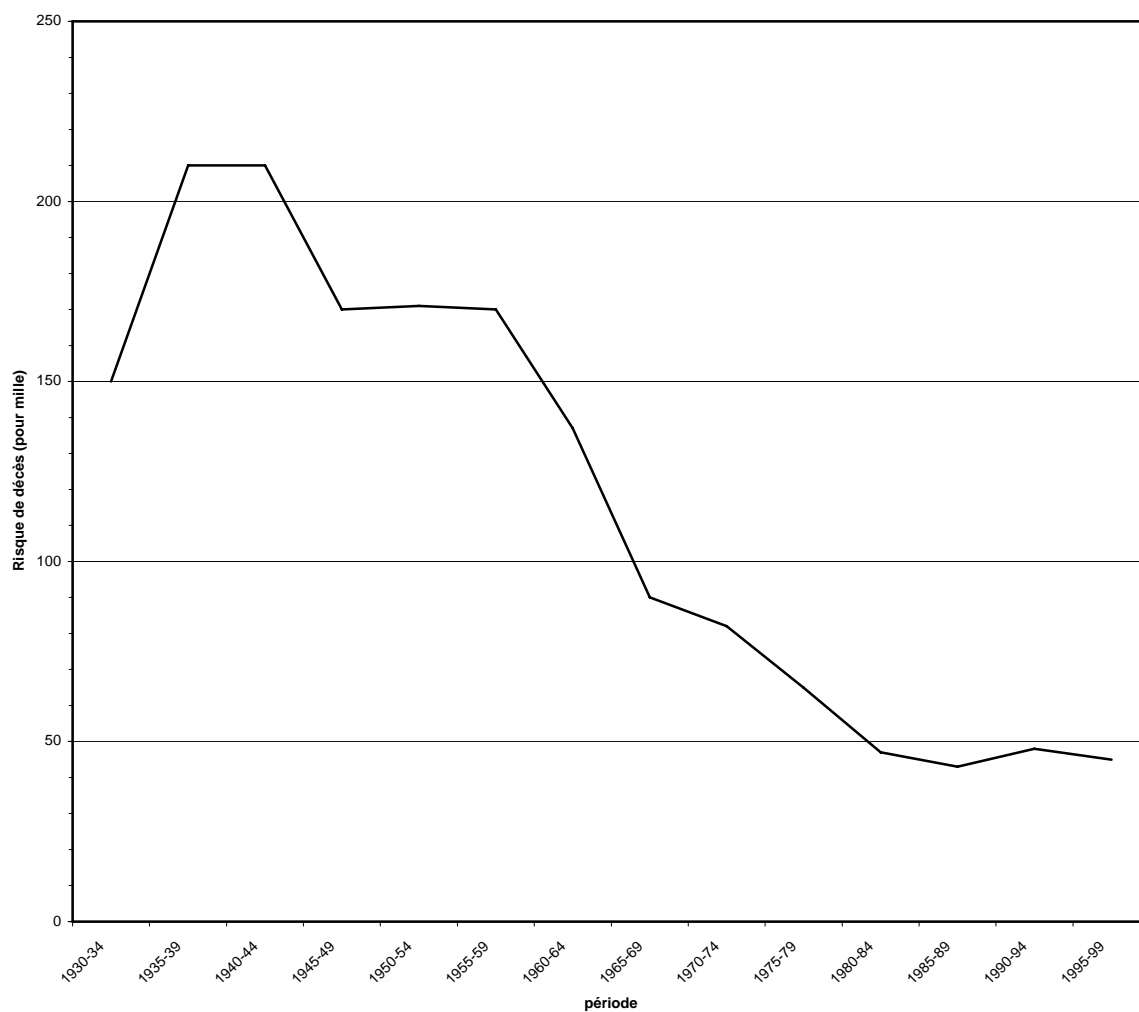


Figure 7.2 - Mlomp - Evolution annuelle du taux de mortalité infantile entre 1985 et 1999, sexes confondus

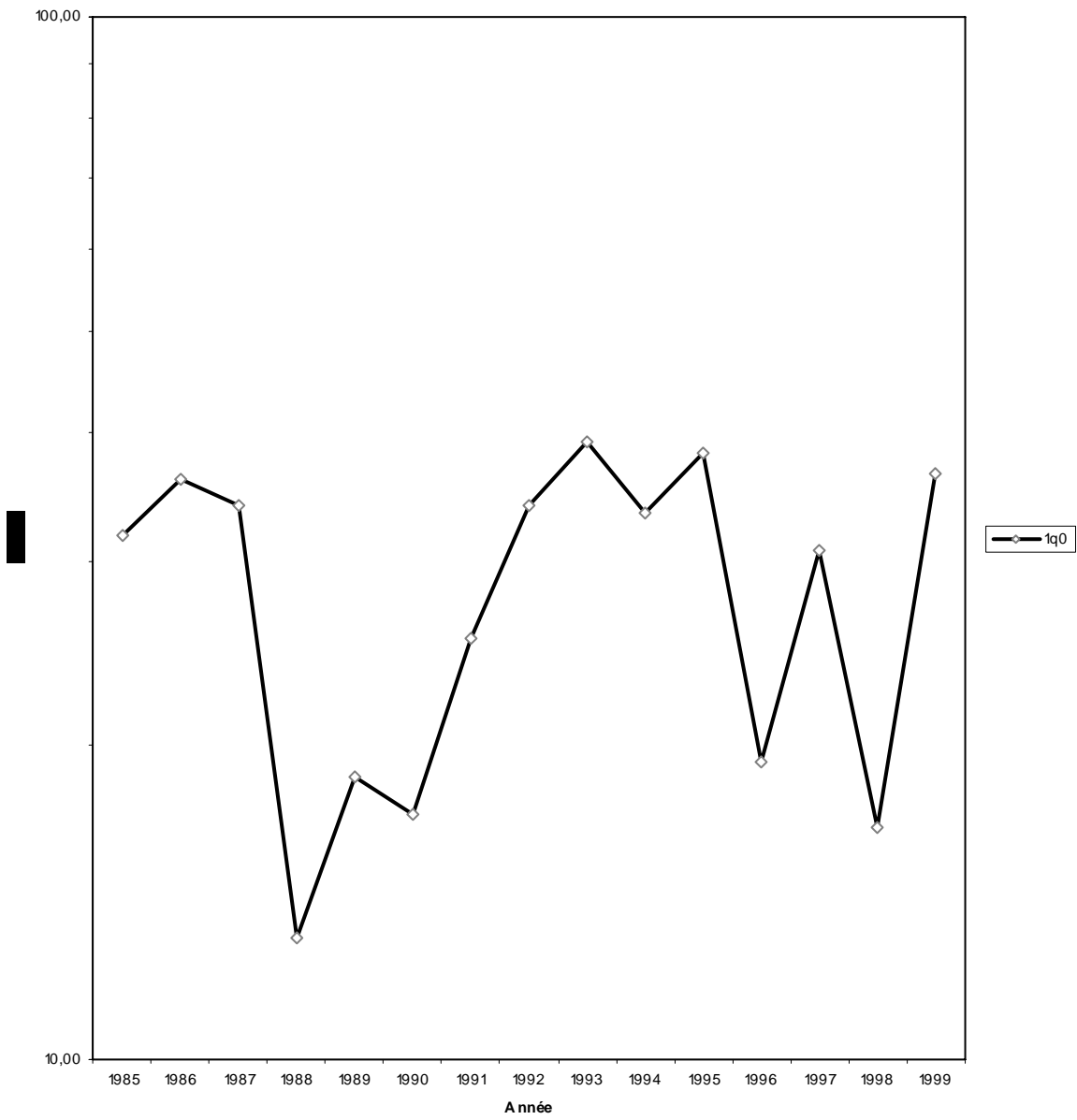


Figure 7.3 - Mlomp - Evolution annuelle des risques de décès entre 1 et 5 ans (4q1) entre 1985 et 1999, sexes confondus

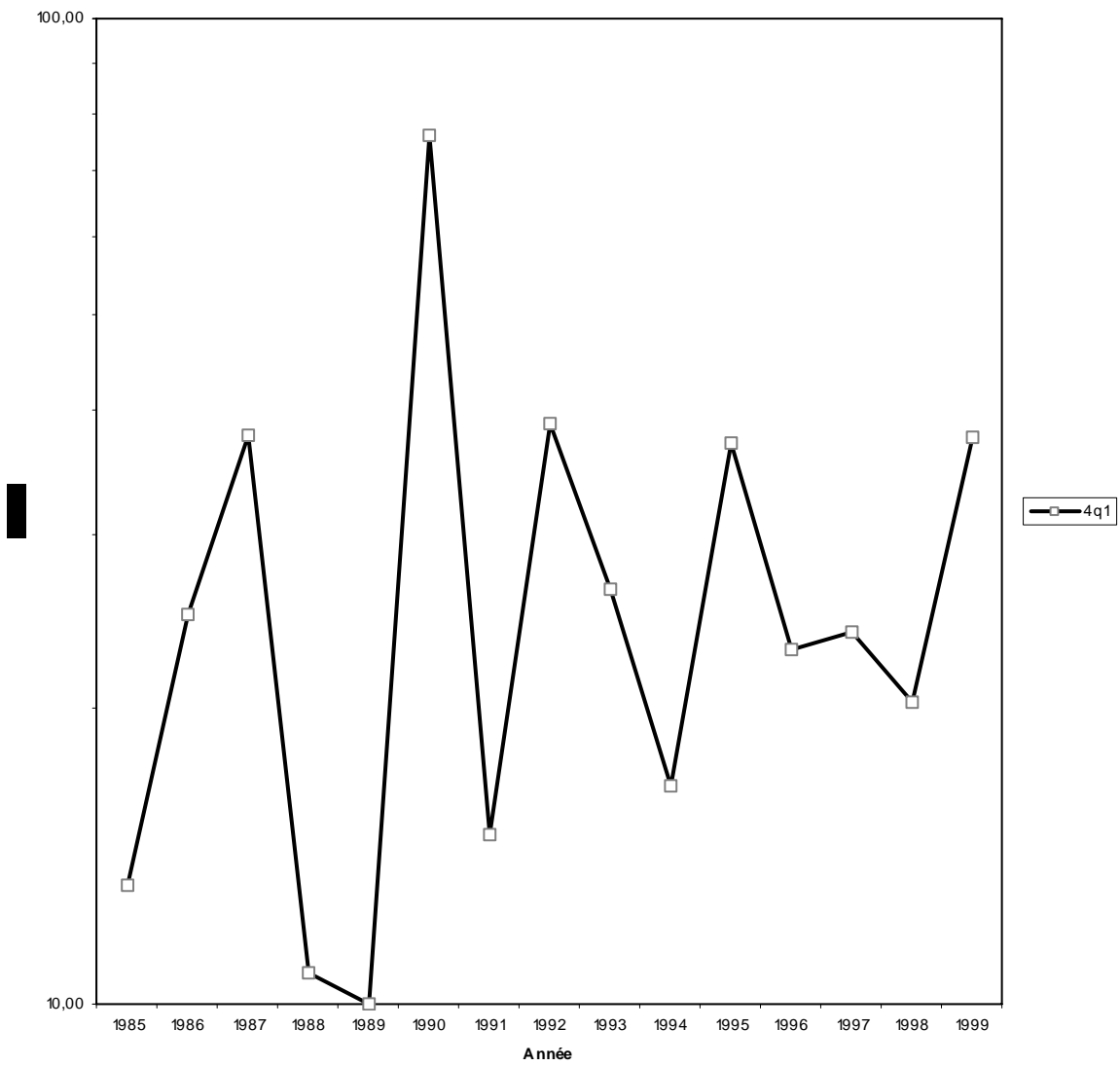


Figure 7.4 - Evolution annuelle des risques de décès entre 5 et de 15 ans (10q5) et entre 15 et 60 ans (45q15), sexes confondus. Mlomp, période 1985 à 1999

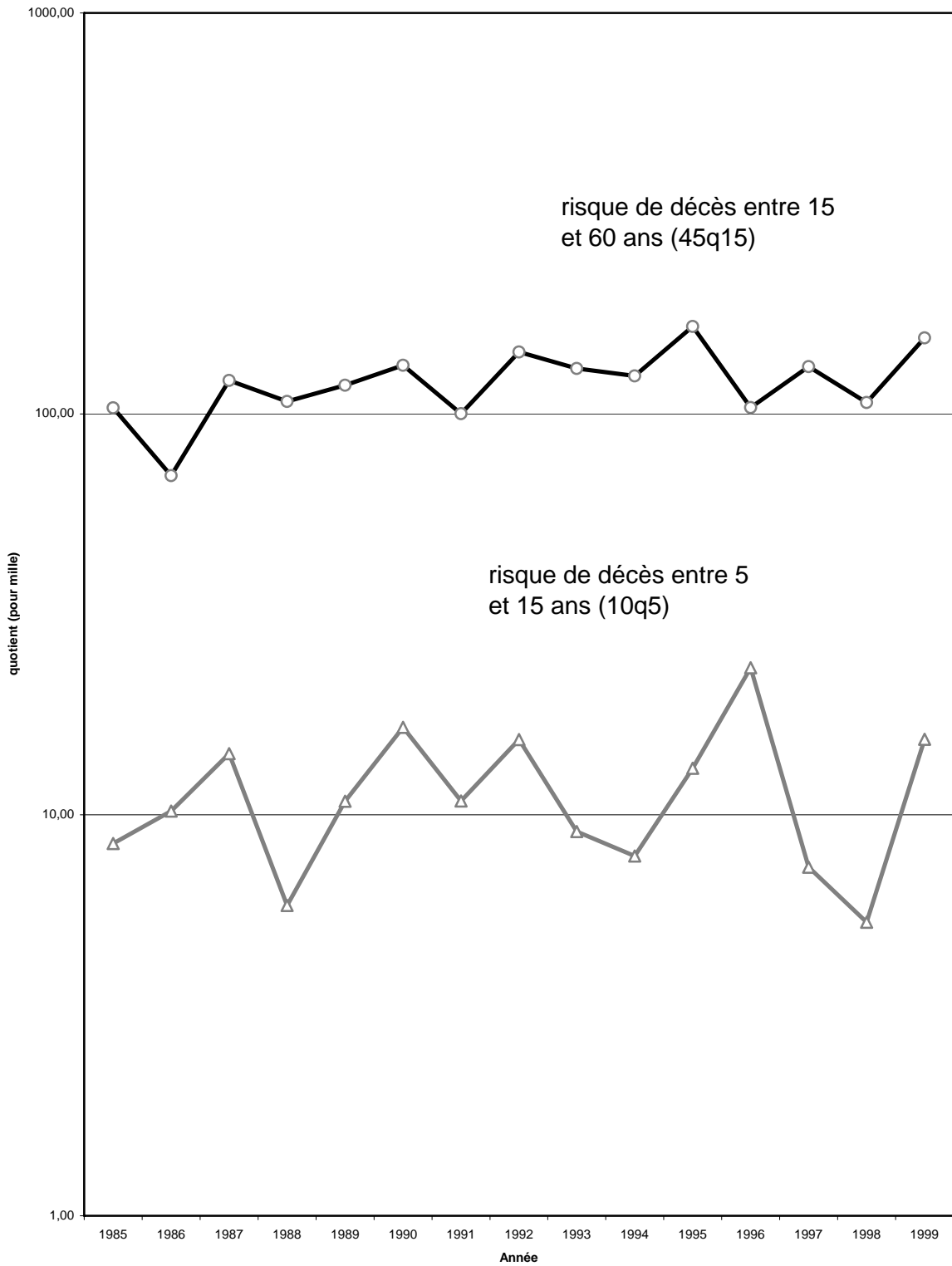
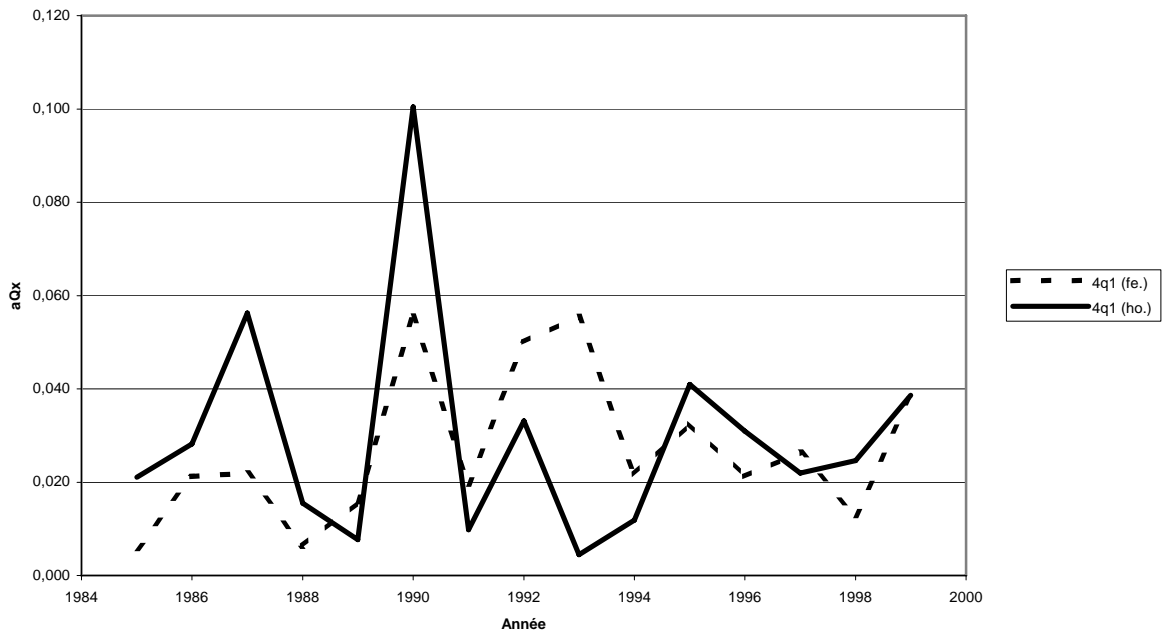


Figure 7.5 Mlomp - Evolution annuelle du risque de décès entre 1 et 5 ans (4q1) entre 1985 et 1999 sexes séparés



Liste des tableaux

- Tableau 1.1 - Principaux indicateurs démographiques. Mlomp, Sénégal, période 1985-1999.
- Tableau 3.1 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 1985 et 1^{er} janvier 2000.
- Tableau 3.2– Répartition de la population par sexe, âge et situation résidentielle (résident permanent, migrant saisonnier) au 1^{er} janvier 2000.
- Tableau 3.3 – Motifs de migration saisonnière de saison sèche selon le sexe et l'âge, saison sèche 1998-1999.
- Tableau 3.4– Répartition de la population par sexe, âge et situation matrimoniale - célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve) - au 1^{er} janvier 2000.
- Tableau 4.1 -- Mouvement démographique annuel de 1985 à 2000.
- Tableau 5.1 - Evolution du nombre annuel de premier mariages de 1936 à 1999.
- Tableau 5.3 - Evolution de l'âge moyen au premier mariage par période et sexe .
- Tableau 6.1 – Taux de fécondité par âge et par période – Femmes – Mlomp (1985-89, 1990-94, 1995-99)
- Tableau 6.2 - Evolution de l'âge moyen à la première naissance vivante (femmes)
- Tableau 6.3 – Proportion de femmes infécondes (aucune naissance vivante) selon l'âge, au 1^{er} janvier 1985 et au 1^{er} janvier 2000.
- Tableau 6.4 – Proportion de femmes allaitant encore leur enfant selon son âge. Mlomp, 2000.
- Tableau 6.5 – Proportion de femmes encore en aménorrhée selon la durée écoulée depuis leur dernier accouchement. Mlomp, 2000.
- Tableau 6.6 – Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon l'âge de la femme et la durée écoulée depuis l'accouchement. Mlomp, 2000.
- Tableau 6.7 – Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon que la femme est célibataire ou mariées et selon la durée écoulée depuis l'accouchement. Mlomp, 2000.
- Tableau 6.8 – Table de survenue d'une naissance vivante, selon quelques caractéristiques de l'enfant issu du dernier accouchement, Mlomp.

- Tableau 6.9 – Méthodes de contraception utilisées par les femmes de 15 à 49 ans. Mlomp, 2000.
- Tableau 7.1 - Table de mortalité de Mlomp pour la période 1985-1999, sexes confondus.
- Tableau 7.2a – Table de mortalité de Mlomp par période, hommes.
- Tableau 7.2b – Table de mortalité de Mlomp par période, femmes.
- Tableau 7.3 – Evolution de la mortalité des enfants à Mlomp depuis 1930, sexes confondus.

Liste des figures

- Figure 1.1 - Calendrier agricole et calendrier des migrations saisonnières à Mlomp.
- Figure 3.1 a - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 1985.
- Figure 3.1 b - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2000.
- Figure 3.1 c - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 1985 par groupe d'âge annuel.
- Figure 3.2 - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2000 en distinguant la situation résidentielle (résident permanent, migrant saisonnier).
- Figure 3.4 - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2000 en distinguant les célibataires des personnes ayant déjà été mariées.
- Figure 4.1 - Evolution de l'effectif de la population de 1985 à 2000 (effectif au 1^{er} janvier de chaque année).
- Figure 4.2 - Evolution des taux de natalité et de mortalité.
- Figure 4.2 - Evolution du taux de migration nette.
- Figure 5.1 - Evolution du nombre annuel de premier mariages de 1936 à 1999.
- Figure 5.2a - Proportion de célibataires selon l'âge et l'année – Hommes – Mlomp.
- Figure 5.2b - Proportion de célibataires selon l'âge et l'année – Femmes – Mlomp.
- Figure 5.3 - Evolution de l'âge moyen au premier mariage à Mlomp de 1935 à 2000.
- Figure 5.4 - Evolution de l'âge moyen au premier rapport sexuel à Mlomp.
- Figure 6.1 - Evolution des taux de fécondité par âge - Mlomp (1985-89, 1990-94, 1995-99)
- Figure 6.2 - Taux de fécondité par âge. Comparaison entre Mlomp et l'ensemble du Sénégal.
- Figure 6.2 bis - Situation matrimoniale de la mère au moment de la naissance selon le rang de l'enfant – Mlomp, période 1985-1999.
- Figure 6.3 - Evolution de l'âge moyen à la première naissance vivante (femmes)
- Figure 6.4 - Proportion de femmes infécondes (aucune naissance vivante) selon l'âge, au 1^{er} janvier 1985 et au 1^{er} janvier 2000.
- Figure 6.5 - Proportion de femmes allaitant encore leur enfant selon son âge.

- Figure 6.6 - Proportion de femmes encore en aménorrhée selon la durée écoulée depuis leur dernier accouchement.
- Figure 6.7 - Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon la durée écoulée depuis l'accouchement.
- Figure 6.8 - Proportion de femmes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels depuis leur dernier accouchement selon l'âge et la durée écoulée depuis l'accouchement.
- Figure 6.9 - Proportion de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement.
- Figure 6.10 - Proportion de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et l'état de l'enfant, vivant ou mort.
- Figure 6.11 - Proportion de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et l'état de l'enfant, vivant ou mort (uniquement femmes ayant accouché à nouveau dans les 5 années qui ont suivi un accouchement).
- Figure 6.12 - Proportion de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et son rang.
- Figure 6.12 - Proportion de femmes n'ayant pas encore accouché à nouveau, selon la durée depuis le dernier accouchement et la période.
- Figure 7.1 - Evolution du taux mortalité infantile (1q0) depuis 1930, sexes confondus. Mlomp.
- Figure 7.2 - Evolution du taux mortalité infantile entre 1985 et 1999, sexes confondus.
- Figure 7.3 - Evolution du risque de décès entre 1 et 5 ans (4q1) entre 1985 et 1999, sexes confondus.
- Figure 7.4 - Evolution du risque de décès entre 5 et 15 ans (10q5) et entre 15 et 60 ans (45q15) entre 1985 et 1999, sexes confondus.
- Figure 7.5 - Evolution du risque de décès entre 1 et 5 ans (4q1) entre 1985 et 1999, sexes séparés.

Remerciements

Le projet « population et santé à Mlomp » a bénéficié du soutien et de la collaboration des responsables de la communauté rurale de Mlomp ainsi que des responsables du poste de santé de Mlomp et de la circonscription médicale d'Oussouye. Il n'aurait pu être mené à bien sans la participation des habitants de Mlomp et les compétences de ceux d'entre eux, enquêteurs et enquêtrices, opérateurs de saisie, intendant, etc.. qui ont effectué les différentes tâches de collecte, de saisie et d'intendance.

Le projet est mené par l'Institut national d'études démographiques (INED) avec la collaboration de plusieurs autres organismes de recherche (Centre national de la recherche scientifique, Muséum national d'histoire naturelle, Institut de recherche pour le développement). Il a bénéficié de plusieurs contrats de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de l'Agence nationale de recherche contre le sida (ANRS), du Ministère de la recherche (programme VIHPAL) et de la Communauté européenne (programme INCO-DC).