

**ENQUETE
DEMOGRAPHIQUE
ET DE SANTE
EN TUNISIE
1983**

**RAPPORT
PRELIMINAIRE**

Office National de la Famille et de la Population

Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Westinghouse



Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys: DHS) fournit l'assistance aux agences gouvernementales et privées pour la réalisation de 35 enquêtes (1984-89) dans les pays en développement. Financé principalement par l'Agence Américaine pou le Développement International (USAID), DHS est un programme qui est exécuté par l'Institute for Resource Development, Westinghouse (IRD) avec l'assistance du Population Council. Les objectifs du programme sont: 1/ fournir aux responsables des pays participant au programme DHS des données de base et des analyses utiles pour une prise de décisions adéquates; 2/ étendre la base des données sur la population et la santé à l'échelle internationale; 3/ aider à développer de nouvelles méthodologies d'enquête; 4/ développer dans les pays participant au programme DHS les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé d'un haut niveau.

**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE
ET DE SANTE
EN TUNISIE 1988**

R A P P O R T P R E L I M I N A I R E

**Office National de la Famille
et de la Population**

et

**Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Westinghouse**

Décembre 1988

TABLE DES MATIERES

	Page
I. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	2
A. INTRODUCTION	2
B. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	2
C. QUESTIONNAIRE	2
D. FORMATION ET TRAVAIL SUR LE TERRAIN	3
E. TRAITEMENT INFORMATIQUE	3
F. ENCHANTILLONNAGE	3
II. RESULTATS	4
A. FECONDITE ET DESIRS EN MATIERE DE FECONDITE	4
B. CONTRACEPTION	6
C. DESIR D'AVOIR DES ENFANTS SUPPLEMENTAIRES	11
D. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	11
E. MORTALITE DES ENFANTS	15

LISTE DES TABLEAUX

		Page
TABLEAU 1	NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS ET SURVIVANTS DANS L'EDS (1988) ET L'ETF (1978) SELON L'AGE ACTUEL DE LA FEMME (FEMMES NON CELIBATAIRES), EDS, TUNISIE, 1988	4
TABLEAU 2	TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES SELON L'EDS (1988) ET L'ETF (1978), EDS, TUNISIE, 1988	5
TABLEAU 3	REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES SELON LES INTENTIONS ENMATERIE DE FECONDITE ET L'AGE, EDS, TUNISIE, 1988	6
TABLEAU 4	POURCENTAGE DES FEMMES NON CELIBATAIRES (NC) ET ACTUELLEMENT MARIEES (AM) QUI CONNAISSENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE ET UNE SOURCE CORRESPONDANTE, QUI ONT UTILISE UNE METHODE SPECIFIQUE ET POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES QUI UTILISENT UNE METHCDE DE CONTRACEPTION, EDS, TUNISIE, 1988	7
TABLEAU 5	REPARTITION (EN %) DES FEMMES MARIEES UTILISANT ACTUELLEMENT LA CONTRACEPTION SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988	10
TABLEAU 6	REPARTITION (EN %) DES FEMMES UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON LA SCURCE ET LA METHODE UTILISEE, EDS, TUNISIE, 1988	11
TABLEAU 7	REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES QUI N'UTILISENT PAS LA CONTRACEPTION SELON LEURS INTENTIONS EN MATIERE DE REPRODUCTION ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988	12
TABLEAU 8	POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE 1 A 59 MOIS QUI ONT EU LA DIARKHEE DANS LES DERNIERES 24 HEURES ET DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988	13
TABLEAU 9	POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE 12 A 59 MOIS QUI ONT DES CARNETS DE SANTE ET QUI ONT RECU DES VACCINS, SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988	14

TABLEAU 10	REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES DURANT LES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE DE VISITE PRENATALE ET LE TYPE D'ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT, ET POURCENTAGE DES NAISSANCES DONT LES MERES ONT RECU LE VACCIN ANTI-TETANIQUE, SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988	16
TABLEAU 11	QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LA PERIODE, EDS, TUNISIE, 1988	17
TABLEAU 12	QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MERE, EDS, TUNISIE, 1988	18
TABLEAU 13	QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MERE ET DE L'ENFANT, EDS, TUNISIE, 1988	19

INTRODUCTION

Ce rapport donne les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé en Tunisie (EDS) qui a été menée de juin à octobre 1988 par l'Office National de la Famille et de la Population.

Les premiers résultats de cette enquête nationale sont fournis moins de deux semaines après la fin des travaux de terrain, grâce aux progrès technologiques dans le traitement des données par micro-ordinateurs. Ces données constituent certaines des principales variables étudiées dans le cadre de l'EDS en Tunisie.

Une présentation plus complète des résultats apparaîtra dans le rapport final qui sera publiée dans les mois à venir. Les données finales pourraient différer de celles présentées ici, du fait que les informations de ce rapport préliminaire sont basées sur des données qui ne sont pas totalement apurées. Mais de telles différences seraient extrêmement minimales. Toutefois, le lecteur est invité à considérer les données de ce rapport avec prudence.

I. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

A. INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé en Tunisie a été menée par l'Office National de la Famille et de la Population avec l'assistance technique de l'Intitute for Resource Development (IRD) de Westinghouse dans le cadre du programme Demographic and Health Surveys (DHS). Les fonds pour l'exécution de cette étude nationale ont été fournis par l'Agence pour le Développement International des Etats Unis (USAID).

B. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Les objectifs à court et long terme de l'EDS en Tunisie sont au nombre de sept:

1. Recueillir des données à l'échelle nationale et régionale qui permettent de calculer les taux démographiques particulièrement les taux de fécondité et de mortalité des enfants;
2. Analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile. Les indicateurs liés à ces deux phénomènes démographiques serviront pour l'élaboration des plans de développement économique et social;
3. Mesurer le taux d'utilisation de la contraception par méthode, région et secteur;
4. Mesurer l'impact du programme de marketing social du projet Planning Familial et Développement de Population sur l'utilisation de la contraception dans le pays, et particulièrement l'évolution de la prévalence contraceptive dans le secteur privé;
5. Mesurer l'efficacité de la contraception en estimant les taux d'échec et les niveaux de la fécondité non désirée;
6. Recueillir des données de qualité sur la santé familiale: vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement, allaitement maternel et mesures anthropométriques des enfants de moins de trois ans pour l'étude de leur statut nutritionnel;
7. Enfin développer à l'ONFP les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation périodiquement d'enquêtes démographiques et de santé. Par ailleurs, l'enquête fera partie des données de base à l'échelle internationale pour les chercheurs s'intéressant à de tels sujets.

C. QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de l'EDS en Tunisie, deux questionnaires sont utilisés à savoir les questionnaires ménage et individuel. Ils sont adaptés à partir du questionnaire modèle "A" pour les pays à prévalence contraceptive élevée du programme DHS. Le questionnaire ménage est utilisé pour lister tous les membres et les visiteurs dans les ménages sélectionnés. Il est également utilisé:

- pour collecter des données sur le lien de parenté, le sexe et l'âge de toutes les personnes recensées;
- pour obtenir des informations sur l'état matrimonial des personnes âgées de 15 ans ou plus et sur le niveau d'instruction des femmes âgées de 15 ans ou plus, et
- pour identifier les femmes éligibles.

Le questionnaire individuel est utilisé pour collecter des données parmi les femmes éligibles qui sont définies comme celles âgées de 15-49 ans ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné quel que soit le statut de résidence. Ce questionnaire comprend huit sections qui traitent des sujets suivants:

1. Caractéristiques socio-démographiques de la femme
2. Nuptialité
3. Fécondité et mortalité des enfants
4. Contraception
5. Santé et allaitement
6. Préférence en matière de fécondité
7. Caractéristiques du mari et activité professionnelle de la femme
8. Mesures anthropométriques

Le rapport préliminaire présente seulement quelques thèmes sélectionnés faisant partie du questionnaire individuel. Le rapport national qui sera publié vers le mois de juin 1988, présentera les données de tous les sujets abordés par l'enquête.

D. FORMATION ET TRAVAIL SUR LE TERRAIN

Les deux questionnaires ont été testés dans le cadre de la pré-enquête durant la dernière semaine du mois d'avril 1988. Trois équipes comprenant 13 personnes ont été formées pendant deux semaines et ont pris part à cette opération. Presqu'une centaine de femmes ont été interviewées à Tunis (milieu urbain), au Kef et à Zaghuan (milieu rural) au cours de la pré-enquête.

La formation pour l'enquête proprement dite a duré quatre semaines du 2 au 31 mai 1988 avec la participation de 13 contrôleurs, 5 agents de saisie et 28 candidates pour les postes d'enquêtrices. Au total, 8 équipes ont pris part au travail sur le terrain, comprenant chacune un ou deux contrôleurs, trois à quatre enquêtrices et un chauffeur. La majorité du personnel de terrain a été recruté par le biais de l'Office de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Les opérations sur le terrain ont duré du 10 juin au 18 octobre 1988.

E. TRAITEMENT INFORMATIQUE

Les questionnaires remplis ont été envoyés par les contrôleurs au bureau central de l'ONFP à Tunis régulièrement une fois tous les quinze jours. La codification de la question sur l'emploi du mari, le contrôle de bureau et la saisie ont été effectués à l'ONFP. Le logiciel ISSA (The Integrated System for Survey Analysis) a été utilisé pour la saisie, l'apurement et la tabulation des données. Trois micro-ordinateurs fournis par le programme DHS ont servi pour le traitement informatique de l'EDS en Tunisie. La saisie des données ont commencé le 29 juillet et ont pris fin le 22 octobre 1988. Les tableaux définitifs du rapport préliminaire ont été produits à la fin du mois d'octobre 1988.

F. ECHANTILLONNAGE

L'échantillon de cette enquête est conforme aux recommandations du programme DHS; il est auto-pondéré et représentatif de la Tunisie entière.

L'échantillon de l'EDS en Tunisie s'est servi de l'échantillon maître (EM) développé par l'Institut National de la Statistique (INS) en 1986 pour les besoins de ses enquêtes post-censitaires. Dans le cadre de l'EM, 1300 districts ont été tirés par sondage systématique avec des probabilités proportionnelles à la taille des ménages de chaque district du Recensement de 1984. Une fois l'EM tiré, l'INS a sélectionné chaque deuxième district de l'échantillon-maître pour son Enquête Emploi.

En effet, c'est le sous-échantillon de l'Enquête Emploi 655 districts qui nous intéresse pour les besoins de l'EDS en Tunisie. L'intérêt de ce sous-échantillon repose sur le fait que chacun des districts concernés a été, par la suite, divisé en 2 ou 3 grappes. Cette opération a été effectuée sur le terrain par les agents de l'INS.

En ce qui concerne l'EDS, on a tiré 156 grappes: 107 en milieu urbain et 49 en milieu rural. Tous les ménages dans les grappes sélectionnées ont été interviewés. Au total, 4419

femmes éligibles de 15-49 ans et non célibataires (résidentes et visiteuses) ont été identifiées dont 4224 ont été interviewées avec succès. Pour les besoins de l'analyse, nous nous limiterons à la population des femmes non célibataires (4184) ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

II. RESULTATS

A. FECONDITE ET DESIRS EN MATIERE DE FECONDITE

Dans la présente section, nous examinons les niveaux de la fécondité cumulée et de la fécondité récente d'une part et les attitudes ou desirs en matière de dimension de la famille d'autre part.

La fécondité cumulée ou parité moyenne du moment est une mesure rétrospective qui se base sur le nombre d'enfants nés vivants, mais qui ne tient pas compte du calendrier avec lequel cette fécondité s'est accomplie.

Le tableau 1 donne la parité moyenne des femmes non célibataires selon l'âge actuel d'après l'EDS et l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité (ETF) de 1978.

Age actuel	EDS (1988)				ETF (1978)*			
	Nbre moyen d'enfants nés vivants	Nbre moyen d'enfants survivants	% Survivants	Effectif	Nbre moyen d'enfants nés vivants	Nbre moyen d'enfants survivants	% Survivants	Effectif
15-19	0,51	0,49	97	(65)	0,63	0,59	94	(130)
20-24	1,44	1,37	95	(541)	1,52	1,41	93	(643)
25-29	2,44	2,29	94	(861)	2,58	2,58	90	(772)
30-34	3,82	3,53	92	(950)	4,53	3,98	88	(683)
35-39	4,94	4,43	90	(760)	5,01	5,01	86	(685)
40-44	5,72	4,98	87	(569)	6,60	5,41	82	(696)
45-49	6,67	5,47	82	(438)	7,04	5,63	80	(514)
Total	3,94	3,51	89	(4184)	4,50	3,83	85	(4123)

* Enquête Tunisienne sur la Fécondité, 1978, Vol. 2, pp. 105 et 223, ONPFP, décembre 1982, Tunis.

Pour l'ensemble de l'échantillon des femmes non célibataires, les parités moyennes sont de 3,94 enfants selon l'EDS. Ce qui représente une diminution de 12,5 pour cent de 1978 à 1988.

Il est à noter qu'au dernier Recensement de 1984, la parité moyenne par femme non célibataire et en âge de reproduction (15-49 ans) était de l'ordre de 4,27 enfants.

La répartition du nombre moyen d'enfants nés vivants par femme selon le groupe d'âge (tableau 1) montre, comme on peut le prévoir, l'existence d'une corrélation positive entre la descendance du moment et l'âge de la mère: de 0,51 enfants chez les femmes âgées de 15-19 ans, la parité passe à presque sept enfants (6,66) chez celles âgées de 45 à 49 ans.

Comparé aux résultats de l'ETF, le nombre d'enfants nés vivants est presque toujours inférieur dans l'EDS aux différents groupes d'âges. Les baisses les plus significatives sont enregistrées chez les trois groupes d'âges 30-34 ans, 35-39 ans et 40-44 ans.

D'autre part, la comparaison du nombre d'enfants nés vivants et celui des enfants encore en vie ou survivants peut nous donner une idée sur l'importance de la mortalité infantile et juvénile dans le pays.

Le même tableau 1 montre que le niveau de la mortalité des enfants est relativement faible. En effet, pour l'ensemble des femmes, tous âges confondus, sur 1000 naissances vivantes (soit 3,94 enfants par femme) 892 sont encore en vie au moment de l'interview (soit 3,51 enfants par femme).

La mortalité infantile et juvénile a connu une baisse au cours des dix dernières années. L'ETF de 1978 donne une parité de 4,50 enfants nés vivants dont 3,83 enfants ou 85 pour cent sont survivants.

Le même tableau montre que les proportions des enfants survivants diminuent régulièrement au fur et à mesure que l'âge augmente, et cela reste valable quelle que soit l'année de référence. En effet, d'après les données préliminaires de l'EDS, la plus faible perte de naissances vivantes par mortalité se situe parmi les femmes de 15-19 ans et 20-24 ans, où l'on enregistre respectivement 969 et 950 enfants survivants pour 1000 enfants nés vivants. Par contre, la proportion de survivants chez les femmes âgées de 45 à 49 ans atteint le niveau de 820 pour mille enfants nés vivants. Ceci reflète donc une diminution non négligeable de la mortalité des enfants, notamment chez les jeunes générations de femmes et au cours de la période la plus récente.

Le tableau 2 donne les taux de fécondité du moment par âge, ainsi que la descendance finale ou l'indice synthétique de fécondité (ISF) d'après l'ETF et l'EDS pour une période de référence de 5 ans avant l'enquête.

Age actuel	Taux EDS (1988)	Taux ETF (1978)
15-19	30	34
20-24	166	224
25-29	249	303
30-34	225	260
35-39	135	199
40-44	61	112
45-49	11	36
Descendance finale	4,32	5,84

Pour l'ensemble des femmes, l'indice synthétique de fécondité est passé de 5,84 en 1978 (ETF) à 4,32 en 1988 (EDS), soit une baisse de l'ordre de 26 pour cent.

Par ailleurs, l'examen de la fécondité générale par âge montre que la baisse la plus importante entre 1978 et 1988, a été enregistrée chez les femmes âgées de plus de 35 ans (tableau 2 et graphique 1).

Pour ce qui est des attitudes des femmes vis-à-vis de la procréation, le tableau 3 indique que plus de la moitié des femmes mariées au moment de l'interview (58 pour cent) ont répondu qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants et que trois femmes sur dix veulent retarder le prochain enfant. Il y a seulement 6 pour cent qui désirent avoir un enfant dans un délai très proche, c'est-à-dire dans moins de deux ans. Les proportions des femmes ne voulant plus d'enfants augmente généralement avec l'âge passant de 2 pour cent chez les femmes de 15-19 ans à 21 pour cent chez celles de 20-24 ans et à 83 pour cent chez les femmes de 40-44 ans. Il est important de noter que la majorité des jeunes femmes désirent espacer leurs naissances: 81 pour cent chez les femmes de 15-19 ans et 65 pour cent chez celles de 20-24 ans.

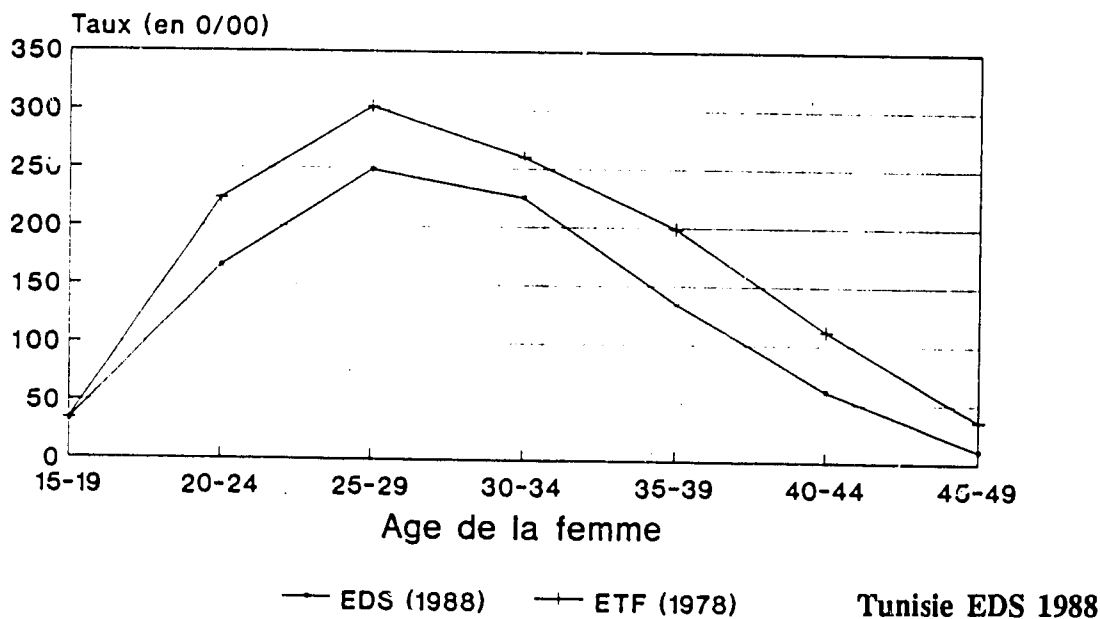
TABLEAU 3 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES SELON LES INTENTIONS EN MATIERE DE FECONDITE ET L'AGE, EDS, TUNISIE, 1988

Age de la femme	Désirs de la fécondité					Total	Effectif
	Ne veut plus d'enfants	Veut retarder ¹	Veut bientôt ²	Veut mais nsp quand	Nsp si veut plus		
15-19	1,6	81,0	17,5	0,0	0,0	100,0	(63)
20-24	20,7	65,1	10,2	0,4	3,6	100,0	(527)
25-29	38,6	45,1	9,8	1,5	5,0	100,0	(839)
30-34	60,0	26,7	6,3	1,4	5,6	100,0	(923)
35-39	76,3	15,7	3,9	1,1	3,0	100,0	(725)
40-44	82,9	8,9	1,1	4,7	2,4	100,0	(537)
45-49	81,6	4,7	0,7	12,7	0,2	100,0	(402)
Total	57,6	29,9	6,0	2,8	3,7	100,0	(4016)

Note: Les Pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

- ¹ 'Veut retarder' est défini comme voulant un enfant dans 24 mois ou plus.
² 'Veut bientôt' est défini comme voulant un enfant dans les 24 mois prochains.

Graphique 1
Taux de fécondité générale par âge selon l'EDS (1988) et l'ETF (1978)



B. CONTRACEPTION

La présente section aborde les axes suivants:

- La connaissance des méthodes contraceptives;
- La connaissance des sources des méthodes contraceptives;
- La pratique passée et récente de la contraception;

- L'utilisation actuelle de la contraception;
- L'identification des sources pour la planification familiale (secteur public et privé), et
- L'intention de l'utilisation future des méthodes contraceptives.

Sur l'ensemble des 4025 femmes actuellement mariées de l'échantillon de l'EDS, la connaissance d'une méthode contraceptive ou plus est quasi générale (99 pour cent) comme le laisse apparaître le tableau 4. Le pourcentage correspondant était de 97 pour cent selon l'Enquête Tunisienne de Prévalence Contraceptive (ETPC) de 1983.

TABLEAU 4 POURCENTAGE DES FEMMES NON CELIBATAIRES (NC) ET ACTUELLEMENT MARIÉES (AM) QUI CONNAISSENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE ET UNE SOURCE CORRESPONDANTE, QUI ONT UTILISE UNE METHODE SPECIFIQUE ET POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIÉES QUI UTILISENT UNE METHODE DE CONTRACEPTION, EDS, TUNISIE, 1988

Méthode	Pourcentage des femmes qui						Utilisent actuellement une méthode
	Connaissent une méthode		Connaissent une source		Ont utilisé une source		
	NC	AM	NC	AM	NC	AM	
Au moins une méthode quelconque	99,0	99,2	96,5	96,7	67,1	68,2	49,7
Au moins une méthode mod.	98,8	98,9	96,0	96,2	60,6	61,7	40,3
Pilule	95,7	95,8	86,4	86,8	34,0	34,6	8,8
DIU	94,5	94,6	86,8	87,1	36,2	37,0	17,0
Injection	59,0	59,4	43,7	43,9	2,5	2,5	0,8
Sous - cutan.	15,8	16,1	10,5	10,7	0,2	0,1	0,0
Méth. vagin.	60,6	61,2	54,8	55,4	11,6	11,7	1,0
Condom	65,6	66,3	57,0	57,7	9,1	9,2	1,3
Stéril. fém.	95,6	95,8	88,8	89,0	11,2	11,5	11,5
Stéril. masc.	16,7	16,9	10,5	10,7	0,0	0,0	0,0
Au moins une méth. trad.	66,5	67,0	0,0	0,0	25,0	25,5	9,4
Conti. périod.	54,1	54,5	0,0	0,0	15,6	15,9	6,3
Retrait	50,5	51,2	0,0	0,0	14,8	15,2	2,4
Autre méthode	9,0	9,1	0,0	0,0	2,2	2,2	0,7
Avortement	86,9	87,2	79,4	79,8	13,0	13,3	0,0

Note: Le signe (-) signifie pas d'information car la question n'a pas été posée.

Des méthodes modernes, la pilule, la stérilisation féminine et le DIU sont les plus connus (96 pour cent, 96 pour cent et 95 pour cent respectivement). Viennent ensuite le condom (66 pour cent) et les méthodes vaginales (61 pour cent). Près de 3 femmes sur 5 ont déclaré connaître l'injection. La stérilisation masculine (17 pour cent) et l'implant sous-cutané (16 pour cent) sont les méthodes les moins connues.

Parmi les méthodes traditionnelles, l'abstinence périodique et le retrait ont été les plus citées (55 pour cent et 51 pour cent respectivement). Elles sont suivies des autres méthodes (9 pour cent).

La connaissance des méthodes contraceptives est pratiquement la même aussi bien chez les femmes actuellement mariées que chez les femmes toutes situations matrimoniales confondues. La connaissance d'une source pour une méthode contraceptive connue est également quasi générale (97 pour cent). D'une manière globale, lorsqu'une méthode est connue, sa source l'est également.

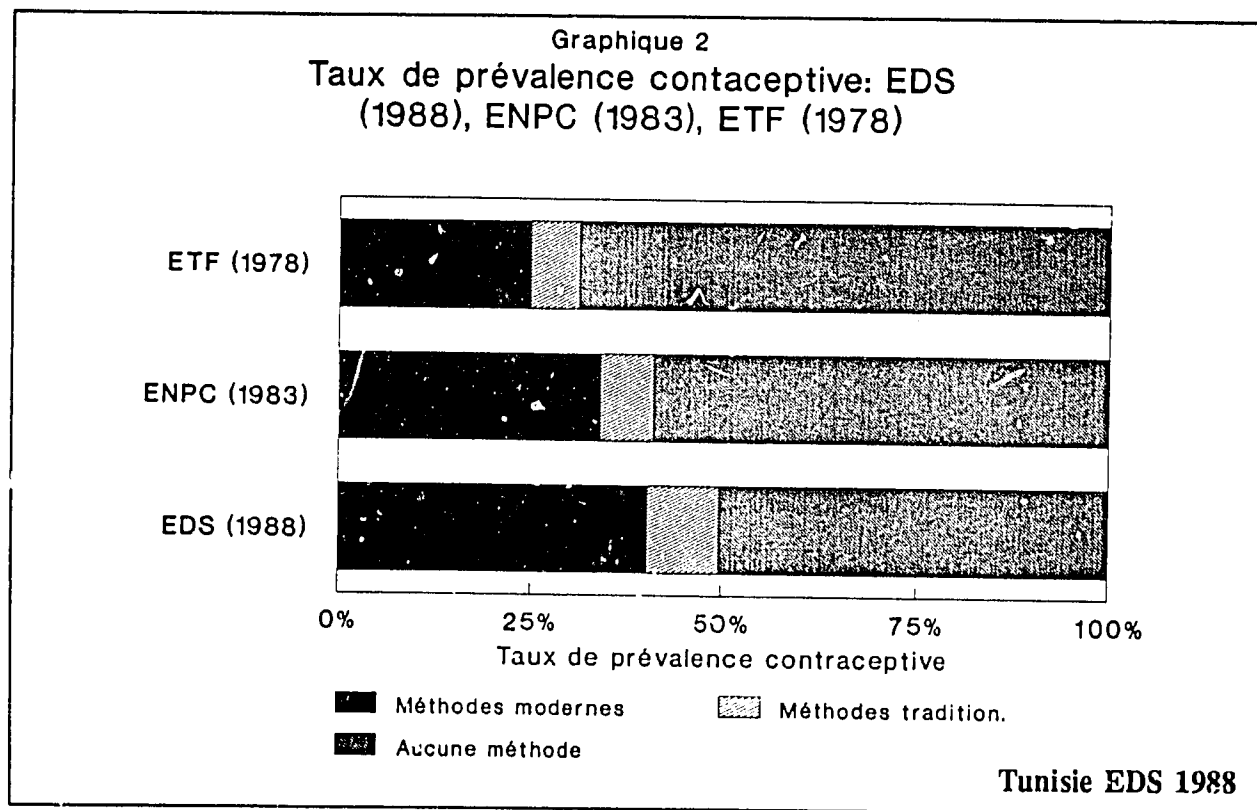
Comme l'indique le même tableau 4, 67 pour cent des femmes non célibataires de l'EDS ont pratiqué à un moment donné de leur vie féconde, un moyen contraceptif dont 61 pour cent ont recouru à une méthode moderne. Les méthodes les plus utilisées sont le DIU (36 pour cent), la pilule (34 pour cent), l'avortement (13 pour cent) et la ligature des trompes (11 pour cent). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique a été la plus utilisée (16 pour cent) suivie du retrait (15 pour cent). Entre femmes actuellement mariées et femmes toutes situations matrimoniales confondues, les écarts sont insignifiants.

Pour ce qui est de l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête, il se dégage du tableau 4 que le taux de prévalence contraceptive est de 49,7 pour cent chez les femmes mariées au moment de l'enquête et âgées de 15-49 ans.

Dans l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité (ETF) de 1978 et l'Enquête Tunisienne sur la Prévalence Contraceptive (ETPC) de 1983, le taux de pratique contraceptive était de 31,4 pour cent et de 41,1 pour cent respectivement (graphique 2).

Ainsi, par rapport à l'ETF, le taux de prévalence en 1988 a progressé de 58 pour cent et par rapport à l'ETPC il a augmenté de 21 pour cent, comme il ressort du tableau ci-dessous:

	Toutes méthodes (%)	Méthodes modernes (%)
ETF (1978) A	31,4	24,8
ETPC (1983) B	41,1	34,1
EDS ou ETPFS (1988) C	49,7	40,4
Rapport C/A	1,58	1,63
Rapport C/B	1,21	1,18



La planification familiale en Tunisie est orientée vers la contraception moderne avec 40,3 pour cent, alors que le recours aux méthodes traditionnelles ne représente que 9,4 pour cent. Le DIU reste la méthode la plus utilisée (17,0 pour cent), suivi de la stérilisation féminine et de la pilule (11,5 pour cent et 8,8 pour cent respectivement). Il y a lieu de signaler la réhabilitation de la contraception orale dont la tendance à la hausse, observée depuis 1984 au niveau des statistiques de service, se confirme en 1988. En effet, la prévalence contraceptive au niveau de cette méthode est passée de 5,3 pour cent (ETPC) en 1983 à 8,8 pour cent (EDS) en 1988.

Quand au recours aux autres méthodes modernes, il reste extrêmement limité: condom (1,3 pour cent), méthodes vaginales ou autres méthodes scientifiques de la femme (1 pour cent), injection (0,8 pour cent). Concernant les moyens traditionnels, la continence périodique vient en première position (6,3 pour cent), suivie du retrait (2,4 pour cent) et les autres méthodes (0,7 pour cent).

Par ailleurs, il ressort du tableau 5 que la pratique contraceptive varie selon certaines caractéristiques socio-démographiques. L'analyse de ce même tableau fait apparaître que, quelle que soit la méthode (à l'exception du DIU et du retrait), le recours aux moyens anti-conceptionnels par les femmes âgées de 30 ans ou plus est constamment plus élevé que le recours par les femmes âgées de moins de 30 ans.

La pratique de la contraception augmente également avec le nombre d'enfants vivants. Le taux de prévalence contraceptive passe de 38,4 pour cent chez les femmes ayant entre 0 et 2 enfants à 58,2 chez celles ayant entre 3 et 4 enfants. Selon la méthode, les femmes ayant 3 et 4 enfants sont les plus nombreuses à utiliser le DIU (21,3 pour cent), et la pilule (11,4 pour cent). La stérilisation féminine est utilisée le plus par les femmes ayant au moins 5 enfants (24,2 pour cent). Comme il fallait s'y attendre, on observe une plus importante utilisation en milieu urbain qu'en milieu rural.

Par région, les différences sont très prononcées. On constate que Tunis a le taux de prévalence le plus performant, suivi du Nord-Est et du Nord-Ouest. L'utilisation de la contraception dans la région du Sahel semble piétinée par rapport aux performances enregistrées dans les autres régions.

Si l'on compare les données de l'EDS à celle de l'ETPC, on observe une nette amélioration de l'utilisation de la contraception dans les régions les moins développées du pays en l'occurrence le Sud et le Centre. En effet, l'écart entre le niveau national et les niveaux dans les régions se réduit et notamment entre le Sud et la moyenne nationale. Enfin, l'utilisation de la contraception augmente avec le niveau d'instruction (d'où la corrélation positive entre les 2 variables) passant ainsi de 42,3 pour cent chez les femmes sans instruction à 56,6 pour cent chez les femmes ayant le niveau de primaire et à 66,5 pour cent chez celles ayant le niveau de secondaire ou plus.

L'identification des sources de planification familiale sert à évaluer la part des secteurs public et privé dans l'évolution de la contraception dans le pays.

Pour répondre à cette question, on a demandé aux femmes interviewées d'identifier les lieux d'obtention de la (dernière) méthode clinique (DIU, stérilisation) et d'approvisionnement en produits contraceptifs (pilule, condom, autres méthodes modernes). Il ressort du tableau 6 que la majorité des femmes recourent aux services offerts par le secteur public (76 pour cent) et notamment pour les méthodes cliniques (98 pour cent des acceptrices de la stérilisation et 89 pour cent des utilisatrices du DIU ont obtenu leur méthode dans un établissement public). Pour ce qui est de la contribution du secteur privé, elle reste encore modeste avec seulement moins d'une femme sur quatre pour l'ensemble des méthodes (23 pour cent). La pharmacie est la principale source pour ces femmes (14 pour cent).

TABLEAU 5 REPARTITION (EN %) DES FEMMES MARRIEES UTILISANT ACTUELLEMENT LA CONTRACEPTION SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Méthodes											Total	Effectif
	Toute méthode	Pilule	DIU	Injection	Autres méthodes scient.	Condom	Stéril. fém.	Conti-nence périod.	Retrait	Autres méthodes	Aucune méthode		
Age													
< 30	39,3	8,7	19,2	0,5	0,9	0,9	1,2	5,0	2,6	0,2	60,7	100,0	(1429,0)
30 +	55,5	8,9	15,7	1,0	1,1	1,5	17,1	6,9	2,3	1,0	44,5	100,0	(2587,0)
Nombre d'enf. vivants													
0-2 enfants	38,4	8,0	17,8	0,3	0,9	1,2	1,4	6,1	2,4	0,2	61,6	100,0	(1452,0)
3-4 enfants	58,2	11,4	21,3	0,7	1,2	1,3	10,2	9,2	2,5	0,5	41,8	100,0	(1300,0)
5+ enfants	54,0	7,2	11,5	1,4	1,0	1,3	24,2	3,4	2,3	1,6	46,0	100,0	(1264,0)
Milieu													
Urbain	60,4	11,1	21,9	0,4	1,4	1,6	11,2	9,3	3,2	0,4	39,6	100,0	(2352,0)
Rural	34,6	5,7	10,0	1,4	0,4	0,8	11,8	2,0	1,3	1,3	65,4	100,0	(1664,0)
Région													
Tunis	63,9	13,5	22,2	0,1	1,7	0,9	13,1	10,2	1,9	0,3	36,1	100,0	(743,0)
Nord-Est	57,1	10,9	15,2	0,3	1,0	1,4	12,6	11,0	3,6	1,1	42,9	100,0	(699,0)
Nord-Ouest	51,2	9,1	21,0	2,1	1,3	0,5	14,9	1,1	1,3	0,0	48,8	100,0	(625,0)
Centre	31,4	5,6	8,8	0,5	0,2	0,5	11,5	1,2	2,0	1,0	68,6	100,0	(589,0)
Sahel	48,9	3,6	20,6	1,5	0,3	1,2	10,9	7,6	2,7	0,5	51,1	100,0	(749,0)
Sud	41,2	10,1	11,9	0,3	1,6	3,1	5,2	4,4	2,8	1,6	58,8	100,0	(611,0)
Niveau d'instruction													
Aucune	42,3	6,8	12,8	1,1	0,7	0,8	15,4	2,1	1,7	1,1	57,7	100,0	(2272,0)
Primaire	56,6	11,9	21,1	0,5	1,8	1,9	6,9	8,7	3,6	0,3	43,4	100,0	(1254,0)
Second. ou +	66,5	10,6	25,7	0,4	0,8	1,8	5,1	19,2	2,7	0,2	33,5	100,0	(490,0)
Total	49,7	8,8	17,0	0,8	1,0	1,3	11,5	6,3	2,4	0,7	50,3	100,0	(4016,0)

TABLEAU 6 REPARTITION (EN %) DES FEMMES UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON LA SOURCE ET LA METHODE UTILISEE, EDS, TUNISIE, 1988

Source de la méthode	Pilule	DIU	Autres méthodes scientifiques.	Stérilisation fém.	Toutes les Méthodes
Secteur public	40,5	88,8	37,4	97,6	76,4
Hôp./mater./centre	13,9	26,0	12,2	55,8	30,5
CREPF*	9,6	31,0	13,7	39,1	27,1
PMI/dispensaire	16,7	31,3	10,1	2,4	18,3
Salle de soins	0,3	0,6	1,4	0,2	0,5
Secteur privé	57,2	11,0	60,4	2,4	22,9
Médecin/sage femme	8,2	11,0	25,9	2,4	9,3
Pharmacie	49,0	0,0	34,5	0,0	13,6
Amies, kabla,	1,4	0,0	2,2	0,0	0,5
Autre	0,8	0,1	0,0	3,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	(353)	(681)	(139)	(453)	(1626)

*Centre Régional de l'Education et du Planning Familial de l'ONFP

Le rôle du privé devient important si on raisonne en terme de méthodes où il y a approvisionnement: pilule (57 pour cent), autres méthodes modernes (61 pour cent).

C. DESIR D'AVOIR DES ENFANTS SUPPLEMENTAIRES

Le tableau 7 donne la répartition des femmes mariées n'utilisant pas actuellement la contraception selon le désir d'avoir des enfants supplémentaires. Les données du tableau permettent d'identifier les besoins potentiels pour la planification familiale parmi les femmes tunisiennes.

Au total, 42 pour cent des femmes mariées non-utilisatrices ne veulent plus avoir d'enfants et une autre proportion de 24 pour cent désire espacer, c'est-à-dire attendre au moins deux ans avant d'avoir un enfant. Parmi les femmes âgées de moins de 30 ans, 24 pour cent seulement désirent limiter tandis que 40 pour cent veulent espacer. Par contre, parmi les femmes âgées (30 ans ou plus), 56 pour cent veulent limiter et seulement 12 pour cent désirent espacer.

Selon le nombre d'enfants vivants, il y a une corrélation positive entre cette variable et le désir de ne plus avoir d'enfants. Par contre, il y a une corrélation négative entre le nombre d'enfants vivants et le désir d'espacer.

Par région, les femmes de Tunis, du Nord-Ouest et du Nord-Est sont les plus nombreuses à vouloir limiter les naissances, tandis que les femmes du Centre et du Sud sont les plus nombreuses à vouloir espacer. Les femmes du Sahel, par contre, sont les moins disposées à limiter ou espacer les naissances.

D. SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Problème de diarrhée

La diarrhée auprès de l'enfant reste le premier motif de consultation dans le centre de santé. Pour l'enquête, la diarrhée a été définie lors de la formation des enquêtrices comme suit: "tout changement subit de la consistance ou/et de la fréquence des selles."

TABEAU 7 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES QUI N'UTILISENT PAS LA CONTRACEPTION SELON LEURS INTENTIONS EN MATIERE DE REPRODUCTION ET LES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Intentions en matière de reproduction					Total	Effectif
	Ne veut plus d'enfants	Veut retarder ¹	Veut bientôt ²	Veut, mais nsp quand	Nsp si veut plus		
Age							
< 30	24,1	39,5	23,7	7,6	5,1	100,0	(868)
30 +	55,9	12,3	14,9	12,5	4,4	100,0	(1151)
Nbre d'enf. vivants							
0-2 enfants	17,0	35,2	32,6	11,7	3,5	100,0	(894)
3-4 enfants	52,5	20,8	11,6	8,3	6,8	100,0	(543)
5+ enfants	71,3	9,8	4,0	10,3	4,6	100,0	(582)
Milieu							
Urbain	46,8	21,2	18,7	9,5	3,9	100,0	(931)
Rural	38,2	26,5	18,7	11,2	5,4	100,0	(1088)
Région							
Tunis	48,1	18,3	13,1	15,7	4,9	100,0	(268)
Nord-Est	46,3	15,7	21,0	8,3	8,7	100,0	(300)
Nord-Ouest	47,5	25,2	9,5	13,1	4,6	100,0	(305)
Centre	34,4	26,7	22,5	13,4	3,0	100,0	(404)
Sahel	39,7	24,3	24,3	8,6	3,1	100,0	(383)
Sud	41,2	30,9	18,4	4,5	5,0	100,0	(359)
Niveau d'instruction							
Aucune	44,3	20,2	18,7	11,6	5,2	100,0	(1311)
Primaire	37,9	30,1	19,3	8,6	4,0	100,0	(544)
Second. ou +	39,6	34,1	16,5	6,7	3,0	100,0	(164)
Total	42,2	24,0	18,7	10,4	4,7	100,0	(2019)

¹ 'Veut retarder' est défini comme voulant un enfant dans 24 mois ou plus.
² 'Veut bientôt' est défini comme voulant un enfant dans les 24 mois prochains.

Le tableau 8 montre qu'environ un enfant sur cinq (19,8 pour cent) a eu la diarrhée dans les 2 semaines avant l'enquête ce qui donne approximativement 5,6 épisodes/enfant/an et qu'un enfant sur dix (10 pour cent) a eu la diarrhée dans les 24 heures avant l'enquête.

Comme il fallait s'y attendre, l'enfant des zones rurales fait beaucoup plus de diarrhée que celui des zones urbaines. D'autre part, la fréquence des diarrhées décroît quand le niveau d'instruction de la mère s'élève. Les enfants du Nord-Ouest, du Centre et du Sud font plus de diarrhée que les enfants des autres régions. Quant à l'utilisation des SRO (Solution de Réhydratation Orale), 20 pour cent seulement des enfants diarrhéques ont été réhydratés, c'est un taux relativement faible par rapport aux efforts déployés depuis des années dans le cadre du programme national de lutte contre les maladies diarrhéques.

Les taux d'utilisation les plus élevés ont été enregistrés dans le milieu urbain et les régions des grandes villes (Tunis, Nord-Est et le Sahel).

TABLEAU 8 POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE 1 A 59 MOIS QUI ONT EU LA DIARRHÉE DANS LES DERNIÈRES 24 HEURES ET DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage des enfants avec la diarrhée		Parmi les enfants avec la diarrhée pourcentage de ceux qui ont reçu SRO	Effectif des enfants de <5 ans
	Dernières 24 heures	Deux dernières semaines		
Age				
<30	10,7	20,9	20,5	(2053)
30 +	9,3	18,8	19,8	(2364)
Milieu				
Urbain	8,0	16,9	26,7	(2235)
Rural	12,0	23,7	15,6	(2182)
Région				
Tunis	8,8	15,7	29,0	(682)
Nord-Est	7,7	15,5	29,0	(691)
Nord-Ouest	14,7	29,2	14,7	(699)
Centre	13,2	26,1	15,8	(802)
Sahel	7,0	12,7	25,7	(825)
Sud	8,4	19,8	16,9	(718)
Niveau d'instruction				
Aucune	11,1	22,4	16,5	(2444)
Primaire	9,8	17,8	27,5	(1532)
Secondaire ou +	4,3	12,2	20,4	(441)
Total	10,0	19,8	20,1	(4417)

Vaccination

Le carnet de santé étant un document précieux pour la mère et l'enfant, il est utilisé au début par la mère pour les soins prénatals puis en maternité et enfin il devient un document propre de l'enfant.

Il ressort du tableau 9 que dans 67 pour cent des cas (enfants de moins de cinq ans) les enquêtrices ont pu vérifier les vaccinations sur le carnet de santé; pour les autres, les enquêtrices se sont contentées des dires des mères (25 pour cent). Les résultats de l'enquête en ce qui concerne la couverture vaccinale sont satisfaisants, puisque la majorité des enfants de moins de cinq ans ont été immunisés contre les maladies cibles du programme national de vaccination. En effet, 98 pour cent ont reçu le BCG, 83 pour cent ont reçu les 3 injections de DTCP, et 77 pour cent ont reçu le vaccin antirougeole.

Les facteurs socio-économiques influent peu sur la couverture vaccinale, étant donné que les enfants âgés de 12 à 59 mois sont dans leur quasi-totalité (86 pour cent) immunisés contre les différentes maladies du programme national de vaccination (BCG, DTC3, Polio3 et rougeole).

Visites prénatales et assistance à l'accouchement

La consultation prénatale présente un pilier important dans la prévention maternelle et infantile, et la vaccination antitétanique des femmes enceintes est faite dans toutes les centres de santé.

TABLEAU 9 POURCENTAGE DES ENFANTS VIVANTS AGES DE 12 A 59 MOIS QUI ONT DES CARNETS DE SANTE ET QUI ONT RECU DES VACCINS, SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988

Carctéris- tiques socio- démogra- phiques	% vacci- nés selon carnet	Immuni- sation selon la mère	Parmi les enfants vivants d'un an ou plus qui ont des carnets de santé, pourcentage qui sont										Effectif des en- fants de <5 ans
			BCG	DTC			Polio			Rougeole	Rappel DTC/P	Toutes immun.	
				1	2	3	1	2	3				
Age de l'en- fant													
<6 mois	67,6	18,7	99,6	50,2	24,7	4,1	50,2	24,3	4,1	0,7	0,0	0,4	(395)
6-11 mois	77,3	15,1	97,4	98,0	91,3	75,8	97,4	90,7	74,1	30,9	3,5	28,6	(444)
12-23 mois	72,9	19,2	97,2	99,2	95,9	91,9	98,9	95,9	91,6	90,4	36,2	84,0	(868)
24-35 mois	67,8	23,7	99,0	99,2	97,4	93,8	99,0	97,2	93,3	93,5	73,5	88,7	(903)
36-47 mois	64,0	27,3	97,7	99,5	97,4	93,2	99,5	97,2	91,7	93,8	72,3	86,3	(901)
48-59 mois	57,5	34,8	96,4	99,4	97,7	94,0	99,2	97,3	93,7	91,7	75,4	85,6	(900)
Total	66,9	24,5	97,8	94,7	89,8	83,1	94,5	89,6	82,4	76,9	50,8	71,7	(4417)
Age de la mère													
< 30	67,5	24,6	97,9	99,5	97,5	94,2	99,4	97,4	93,6	93,1	63,7	88,0	(1589)
30 +	63,9	27,7	97,4	99,1	96,7	92,4	98,9	96,5	91,7	91,7	63,4	84,7	(1989)
Milieu													
Urbain	71,4	23,8	98,3	99,7	98,8	95,7	99,5	98,8	96,3	94,3	69,9	91,1	(1835)
Rural	59,2	29,0	96,7	98,8	94,8	88,7	98,6	94,5	87,6	89,8	55,4	79,9	(1737)
Région													
Tunis	77,5	20,0	97,8	99,6	99,1	97,6	99,3	99,1	96,9	92,4	76,8	89,8	(579)
Nord-Est	67,0	26,8	98,1	99,5	97,8	93,2	99,5	97,6	93,5	91,9	74,9	86,8	(552)
Nord-Ouest	73,2	15,7	97,1	98,8	95,2	88,8	98,8	95,0	87,4	89,5	54,4	80,3	(575)
Centre	60,1	26,2	95,6	99,2	94,5	90,1	98,4	94,0	89,9	89,9	56,9	81,0	(641)
Sahel	57,7	37,5	98,7	99,5	97,9	94,7	99,5	97,9	94,2	96,3	58,4	90,7	(653)
Sud	59,0	30,3	98,5	99,4	97,7	94,7	99,4	97,7	93,3	94,4	58,4	88,9	(578)
Niveau d'in- struction													
Aucune	62,7	26,4	97,0	99,0	95,3	89,8	98,6	95,0	88,8	90,1	59,5	81,1	(1991)
Primaire	70,6	24,5	98,4	99,7	98,8	96,9	99,7	98,8	96,5	94,3	67,9	91,6	(1220)
Second. ou +	63,5	31,9	98,3	100,0	100,0	98,3	100,0	100,0	97,9	97,0	69,1	93,1	(367)
Total	65,5	26,3	97,6	99,3	97,1	93,2	99,1	96,9	92,5	92,3	63,6	85,2	(3578)

L'enquête donne des proportions satisfaisantes aussi bien pour les visites prénatales (57 pour cent) que pour la vaccination antitétanique (VAT: 33 pour cent). Ces données s'appliquent aux naissances des cinq dernières années.

Les pourcentages les plus élevés sont enregistrés au Nord-Est du pays avec 55 pour cent de VAT et 71 pour cent de soins prénatals. Les consultations prénatales à Tunis ont été faites dans 81 pour cent des cas. Quand aux pourcentages les plus faibles, ils sont ceux du Centre et du Sud du pays (tableau 10).

A l'échelle nationale, le taux des accouchements assistés atteint 68 pour cent, c'est un taux relativement satisfaisant; néanmoins, les 31 pour cent qui restent, méritent réflexion, d'autant plus qu'il s'agit des accouchements qui sont assistés principalement par les accoucheuses traditionnelles. Par ailleurs, dans les zones urbaines, les accouchements sont assistés par un médecin ou une sage-femme dans 86 pour cent contre 59 pour cent dans les zones rurales. La scolarisation de la mère semble intervenir puisque les femmes ayant le niveau du secondaire accouchent dans des milieux assistés avec 96 pour cent contre 53 pour cent des femmes sans aucune instruction. Dans les régions du Centre et du Sud, les proportions des accouchements assistés sont les plus faibles et sont respectivement de 46 pour cent et 51 pour cent (tableau 10).

E. MORTALITE DES ENFANTS

Un des objectifs de l'EDS en Tunisie est l'estimation de la mortalité infantile et juvénile. En effet, l'enquête a collecté dans la section 3 du questionnaire individuel des données sur l'historique des naissances qui permettent d'estimer les niveaux et les tendances de la mortalité des enfants par les méthodes directes.

Dans cette section, on présentera les trois quotients suivants:

- La mortalité infantile (1q0): c'est la probabilité pour un enfant né-vivant de décéder avant d'atteindre son premier anniversaire;
- La mortalité de l'enfance (4q1): c'est la probabilité pour un enfant qui a survécu jusqu'à son premier anniversaire de mourir avant d'atteindre le cinquième;
- La mortalité des enfants de moins de cinq ans (5q0): c'est la probabilité de décéder entre la naissance et l'âge exact de 5 ans.

Niveaux et tendances de la mortalité des enfants

Les quotients de mortalité des enfants selon la période sont présentés dans le tableau 11 et le graphique 3. Durant la période la plus récente: 1983-87, le quotient de mortalité infantile (1q0) en Tunisie est estimé à 50 pour mille. Chez les enfants ayant atteint leur premier anniversaire, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième (4q1) est de 15 pour mille. Enfin pour l'ensemble des enfants de moins de cinq ans, le quotient (5q0) est de 65 pour mille.

Durant les trois périodes quinquennales les plus récentes, les quotients de mortalité des enfants ont enregistré une baisse continue. Ainsi, entre 1973-77 et 1983-87, le quotient de mortalité infantile (1q0) est passé de 72 pour mille à 50 pour mille, soit une diminution de 31 pour cent. Pour ce qui est de mortalité après le premier anniversaire, elle a baissé plus que la mortalité infantile durant la même période. De 36 pour mille en 1973-77, le quotient 4q1 est passé à 15 pour mille, soit une baisse de 58 pour cent.

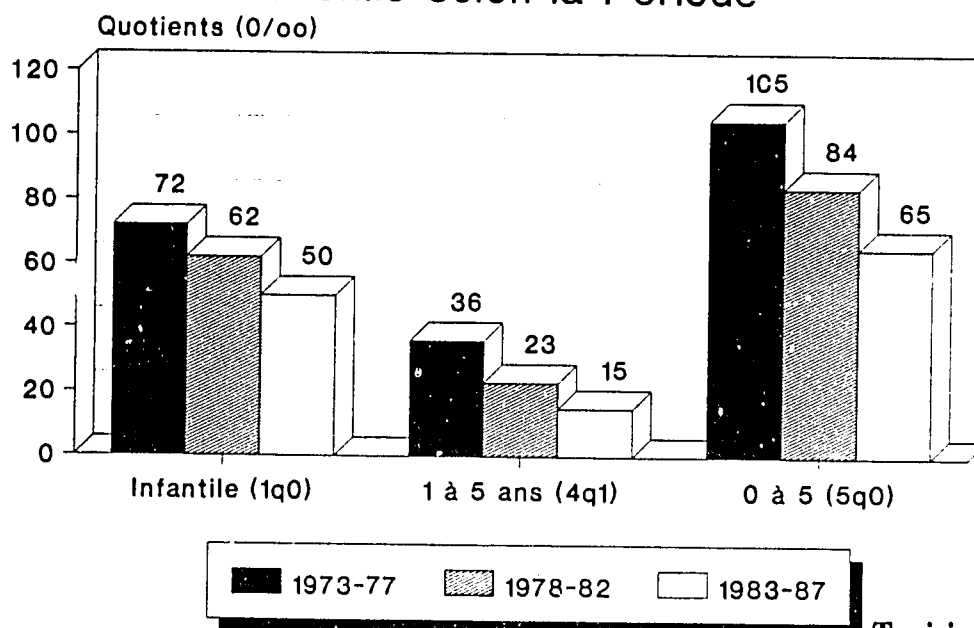
Facteurs différentiels de la mortalité des enfants

Les tableaux 12 et 13 donnent les quotients de mortalité des enfants pour la période des dix dernières années ayant précédé l'enquête (1978-87). Au niveau du milieu de résidence, les quotients 1q0, 4q1 et 5q0 sont nettement moins élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. La différence la plus importante se situe au niveau de 4q1; la probabilité de mourir après le premier anniversaire pour un enfant urbain est presque la moitié de celle observée pour un enfant rural.

TABLEAU 10 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES DURANT LES CINQ DERNIERES ANNEES SELON LE TYPE DE VISITE PRENATALE ET LE TYPE D'ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT, ET POURCENTAGE DES NAISSANCES DONT LES MERES ONT RECU LE VACCIN ANTI-TETANIQUE, SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Visite prénatale				Assistance à l'accouchement									Effectif
	Reçu tétanos	Médecin	Sage femme	Infirmière	Accouchement tradit. (kabla)	ND	Médecin	Sage femme	Infirmière	Accouchement tradit. (kabla)	Autres	ND		
Age														
< 30	36,9	27,3	34,9	0,1	0,1	0,0	18,9	56,8	0,1	13,9	9,1	1,1	(2053)	
30 +	29,3	20,7	30,9	0,4	0,1	0,0	13,8	47,4	0,0	21,3	16,2	1,3	(2364)	
Milieu														
Urbain	35,0	36,1	34,9	0,1	0,0	0,0	25,3	61,2	0,0	8,1	4,3	1,0	(2235)	
Rural	30,6	11,1	30,6	0,4	0,2	0,0	6,9	42,2	0,1	27,8	21,6	1,4	(2182)	
Région														
Tunis	24,3	52,3	28,9	0,0	0,1	0,1	45,0	47,4	0,3	3,8	2,1	1,5	(682)	
Nord-Ouest	55,4	19,1	51,8	0,3	0,1	0,0	17,8	60,3	0,0	11,0	9,1	1,7	(691)	
Nord-Ouest	34,8	11,2	40,2	0,4	0,1	0,1	6,0	52,8	0,1	18,6	21,3	1,1	(699)	
Centre	21,2	15,2	23,3	0,1	0,1	0,0	5,1	40,8	0,0	39,7	13,6	0,9	(802)	
Sahel	33,5	28,5	30,4	0,4	0,1	0,0	18,1	65,5	0,1	9,1	6,2	1,1	(825)	
Sud	29,4	17,4	24,1	0,3	0,0	0,0	7,4	43,5	0,0	22,7	25,5	1,0	(718)	
Niveau d'instruction														
Aucune	27,8	12,3	30,6	0,3	0,0	0,1	8,2	45,0	0,1	25,2	20,1	1,4	(2444)	
Primaire	40,2	29,4	39,0	0,2	0,3	0,0	20,5	63,0	0,1	10,4	5,0	1,1	(1532)	
Second. ou +	34,9	67,6	23,4	0,0	0,0	0,0	45,6	50,8	0,0	2,7	0,2	0,7	(441)	
Total	32,8	23,7	32,8	0,2	0,1	0,0	16,2	51,8	0,1	17,8	12,9	1,2	(4417)	

Graphique 3
Quotients de Mortalité Infantile et
Juvenile selon la Période



Tunisie EDS 1988

TABEAU 11 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LA PERIODE, EDS, TUNISIE, 1988

Période	Mortalité infantile 1q0	Mortalité juvénile 4q1	Les deux 5q0
1983-1987*	50,0	15,3	64,5
1978-1982	62,0	23,4	83,9
1973-1977	72,2	36,2	105,8

* On a inclus 1988, l'année de l'enquête.

Par niveau d'instruction, il y a une corrélation négative entre cette variable et les quotients de mortalité étudiés. Ainsi, pour le quotient 5q0, on observe une différence du simple (39 pour mille pour les scolarisées du secondaire) à plus du double (84 pour mille pour les non scolarisées).

Selon la région, Tunis a les quotients de mortalité les plus bas, suivie du Nord-Est et du Sahel. Les trois régions les moins développées du pays ont les niveaux de mortalité les plus élevés, notamment le Sud.

L'examen des niveaux de mortalité selon le sexe de l'enfant montre qu'à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire est légèrement plus élevée chez les garçons (57 pour mille) que chez les filles (54 pour mille). Par contre, à partir du premier anniversaire, les risques de décéder sont les mêmes chez les deux sexes.

Selon l'âge de la mère, la mortalité infantile (1q0) la plus élevée est enregistrée chez les enfants des mères les plus âgées (103 pour mille) et chez les enfants des mères les plus jeunes (64 pour mille).

En ce qui concerne le rang de naissance, la mortalité des enfants augmente avec l'augmentation du rang de naissance à partir de 2-3 enfants. Enfin, la longueur de l'intervalle précédant la naissance a un effet négatif sur la mortalité des enfants. Ainsi, la mortalité infantile (1q0) est presque deux fois et demi supérieure chez les enfants nés dans un intervalle de moins de 24 mois à celle chez les enfants nés dans un intervalle de 48 mois ou plus. Pour le quotient 4q1, on observe une différence du simple (10 pour mille dans l'intervalle de 48 mois ou plus) au triple (30 pour mille dans l'intervalle de moins de 24 mois).

TABLEAU 12 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MERE, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques de la mère	Mortalité infantile 1q0	Mortalité juvénile 4q1	Les deux 5q0
Milieu			
Urbain	48,6	13,1	61,0
Rural	62,5	25,3	86,2
Niveau d'instruction			
Aucune	61,4	23,8	83,8
Primaire	49,8	12,3	61,4
Secondaire +	35,1	4,5	39,4
Région			
Tunis	37,2	7,7	44,6
Nord-Est	43,4	15,9	58,7
Nord-Ouest	64,2	12,6	75,9
Centre	66,9	26,7	91,8
Sahel	45,5	18,3	63,0
Sud	74,5	30,7	102,9
Total	55,4	18,8	73,2

TABLEAU 13 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE SELON LES
CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MERE ET DE
L'ENFANT, EDS, TUNISIE, 1988

Caractéristiques de la mère et de l'enfant	Mortalité infantile 1q0	Mortalité juvénile 4q1	Les deux 5q0
Sexe de l'enfant			
Masculin	57,3	18,8	75,0
Féminin	53,5	18,9	71,5
Age de la mère à la naissance			
<20	63,7	6,4	69,7
20-29	54,0	17,9	71,0
30-39	52,2	23,3	74,3
40-49	103,2	15,5	117,1
Rang de naissance			
1	55,9	6,3	61,9
2-3	44,3	17,8	61,2
4-6	58,9	24,4	81,8
7+	76,0	29,1	102,8
Intervalle précédent			
<24 mois	83,9	29,7	111,1
24-47 mois	31,3	19,4	50,1
48 mois ou +	29,8	9,7	39,2
Total	55,4	18,8	73,2

Rapports préliminaires du programme des
Enquêtes Démographiques et de Santé
(Demographic and Health Surveys - DHS)

El Salvador	Décembre	1985	(espagnol)
Brésil	Décembre	1986	(anglais)
Sénégal	Janvier	1987	(français)
République Dominicaine	Février	1987	(espagnol)
Libéria	Mars	1987	(anglais)
Colombie	Mars	1987	(espagnol)
Pérou	Mars	1987	(espagnol)
Equateur	Juillet	1987	(espagnol)
Sri Lanka	Juillet	1987	(anglais)
Etat d'Ondo, Nigéria	Août	1987	(anglais)
Maroc	Octobre	1987	(français)
Burundi	Décembre	1987	(français)
Trinité et Tobago	Janvier	1988	(anglais)
Thaïlande	Février	1988	(anglais)
Mali	Février	1988	(français)
Guatemala	Mars	1988	(espagnol)
Mexique	Mars	1988	(espagnol)
Indonésie	Avril	1988	(anglais)
Ghana	Août	1988	(anglais)
Tunisie	Décembre	1988	(français)

Distribution des rapports préliminaires de DHS

Les rapports préliminaires de DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécutif de l'enquête est responsable de la distribution au niveau du pays et DHS est responsable de la distribution au niveau international. La publication des rapports finaux des enquêtes DHS, qui sont destinés à la diffusion à grande échelle, est prévue 9 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.