

PROJET – 14 juillet 2000

Enquête de grappes à indicateurs multiples MICS

Rapport d'analyse



Table des matières

Liste des Figures

Avant-propos et remerciements

Résumé analytique

Indicateurs de synthèse

I. Introduction

Contexte de l'enquête

Contexte du [Pays]

Objectifs de l'enquête

II. Méthodologie de l'enquête

Conception de l'échantillon

Questionnaires

Travail sur le terrain et traitement

III. Caractéristiques de l'échantillon et qualité des données

Taux de réponse

Distribution par âge et données manquantes

Caractéristiques de la population du ménage

IV. Résultats

A. Mortalité infantile et infanto-juvénile

B. Education

Education de la petite enfance

Education de base

Alphabétisation des adultes

C. Eau et assainissement

Utilisation de l'eau de boisson

Utilisation de l'assainissement

D. Malnutrition des enfants

Statut nutritionnel

Allaitement au sein

Iodation du sel

Supplémentation en vitamine A

Faible poids à la naissance

E. Santé de l'enfant

Couverture vaccinale

Diarrhée

Infections respiratoires aiguës

Initiative de la PCIME

Paludisme

F. VIH/Sida

Connaissance du Sida

Test du Sida

G. Santé reproductive

Contraception

Soins prénatals

Assistance pendant l'accouchement

H. Droits de l'enfant

Enregistrement des naissances à l'état civil

Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants

Travail des enfants

Appendice A : Conception de l'échantillon

Appendice B : Liste du personnel participant à la MICS

Appendice C : Questionnaires

Liste des Figures

Figure 1 : Distribution année par année de l'âge de la population du ménage par sexe, Pays, Année

Figure 2 : Estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile fondées sur les estimations indirectes, Pays, Année

Figure 3 : Pourcentage des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui fréquentent un établissement primaire, Pays, Année

Figure 4 : Distribution du pourcentage des enfants en vie selon le statut d'allaitement au sein, Pays, Année

Figure 5 : Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés à l'âge de 12 mois, Pays, Année

Figure 6 : Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont des connaissances suffisantes sur les modes de transmission du VIH/Sida par niveau d'instruction, Pays, Année

Figure 7 : Distribution du pourcentage des femmes qui ont accouché au cours de l'année écoulée par type de personnel assurant la prestation des soins prénatals, Pays, Année

.1.1.1 AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Résumé analytique

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS pour Multiple Indicator Cluster Survey) de São Tomé et Príncipe est une enquête représentative au niveau national sur les ménages, les femmes et les enfants. Les principaux objectifs de l'enquête consistent à recueillir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes à São Tomé et Príncipe à la fin de la décennie et de fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès en vue de la réalisation des objectifs établis au cours du Sommet mondial pour les enfants et comme base des actions futures.

Mortalité infantile et infanto-juvénile

- Les distorsions au niveau des données de la MICS concernant les décès parmi les enfants ne permettent pas d'obtenir des estimations des taux de mortalité récente. Les données montrent que le taux de mortalité infantile était de 71 pour 1000 et celui de la mortalité infanto-juvénile de 111 pour 1000 vers 1997.

Education

- Soixante-huit pour cent des enfants en âge d'aller à l'école primaire à São Tomé et Príncipe fréquentent une école primaire. Au niveau national, il n'existe pratiquement pas de différence significative entre la scolarisation des garçons et celle des filles, ni selon la région.
- La plupart (83 pour cent) des enfants qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive, la quatrième année. A São Tomé et Príncipe, l'enseignement primaire est en pratique généralement réduit quatre classes bien qu'un décret-loi l'ait établi à six classes depuis 1988. Par conséquent, moins de la moitié (47 pour cent) des enfants qui entrent en première année du primaire atteignent la cinquième année.
- L'écrasante majorité (83 pour cent) de la population âgée de plus de 15 ans sait lire et écrire. Le pourcentage de l'alphabétisation baisse, passant de 93 pour cent chez les personnes âgées de 15 à 34 ans à 35 pour cent parmi la population âgée de 65 ans et plus.

Eau et assainissement

- Quatre vingt pour cent de la population a accès à l'eau potable – 88 pour cent dans les zones urbaines et 72 pour cent dans les zones rurales. La situation dans le Sul est pire que celle des autres régions ; environ 62 pour cent de la population dans cette région a accès à l'eau potable.
- Seulement un peu plus d'un quart (26 pour cent) de la population de São Tomé et Príncipe dans des ménages disposant de toilettes.

Malnutrition des enfants

- Treize pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans à São Tomé et Príncipe souffrent d'insuffisance pondérale ou sont trop minces pour leur âge. Vingt-neuf pour cent des enfants souffrent de retard de croissance ou sont trop courts pour leur âge et quatre pour cent sont émaciés ou trop minces pour leur taille.
- Les enfants dont les mères ont reçu une éducation secondaire ou supérieure ont moins de chances de souffrir d'insuffisance pondérale et de retard de croissance par rapport à ceux dont les mères ont un niveau d'instruction inférieur.

Allaitement au sein

Environ 64 pour cent des enfants âgés de moins de 4 mois sont allaités exclusivement, ce qui montre un progrès en direction de la norme recommandée. A l'âge de 69 mois, plus de la moitié (53 pour cent) des enfants reçoivent du lait maternel et des aliments solides ou semi-solides. A l'âge de 20-23 mois, encore 42 pour cent continuent d'être allaités.

Iodation du sel

- Quarante-un pour cent des ménages à São Tomé et Príncipe disposent de sel iodé de façon adéquate (15+PPM). Le pourcentage des ménages disposant de sel iodé de façon adéquate oscille entre 10 pour cent à Príncipe et 44 pour cent dans la région de Centro.

Supplémentation en vitamine A

- Au cours des six mois précédant la MICS, 3 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose élevée de supplémentation en vitamine A. Environ 1 pour cent n'ont pas reçu de supplémentation au cours des 6 derniers mois, mais avaient reçu une avant cette période.
- Contrairement à ce qui est généralement constaté ailleurs dans le monde en développement, à São Tomé et Príncipe le niveau d'instruction de la mère n'apparaît pas comme un facteur déterminant de la probabilité de la supplémentation en vitamine A. Le pourcentage des enfants qui ont reçu une supplémentation au cours des six derniers mois varie peu ou presque pas en fonction du niveau d'instruction de la mère, il baisse légèrement en passant de 4 pour cent chez les enfants dont les mères n'ont reçu aucune instruction à 3 pour cent pour les enfants dont les mères ont reçu une éducation secondaire ou supérieure.
- Seuls environ 27 pour cent des mères qui ont accouché au cours de l'année précédant la MICS ont reçu une supplémentation en vitamine A huit semaines avant l'accouchement.

Faible poids à la naissance

- Environ 15 pour cent des nourrissons auraient un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance. Ce pourcentage est supérieur à la moyenne pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

Couverture vaccinale

- La quasi totalité (presque 100 pour cent) des enfants âgés de 12 à 23 mois, pour lesquels on dispose de la date complète de vaccination sur le carnet, ont reçu une vaccination du BCG à l'âge de 12 mois et la première dose de la DPT a été administrée à 97 pour cent. Le pourcentage baisse peu pour les doses suivantes de la DPT, soit 97 pour cent pour la deuxième, et 94 pour cent pour la troisième.
- De même, 99 pour cent des enfants ont reçu la Polio 1 à l'âge de 12 mois et ce chiffre tombe à 92 pour cent pour la troisième dose.
- La couverture pour le vaccin contre la rougeole est inférieure à celle des autres vaccins, s'élevant toutefois à 89 pour cent.
- Plus de quatre-vingt pour cent des enfants avaient effectué toutes les huit vaccinations recommandées au cours des 12 premiers mois de la vie.
- Le taux de vaccination des garçons et des filles est pratiquement le même.
- Contrairement à ce qui est généralement observé, la corrélation entre la couverture vaccinale et le niveau d'instruction de la mère est ici faible. Les différences de niveau d'instruction sont non seulement minimes mais souvent atypiques quelque soit le type de vaccin (dose unique ou doses multiples). Pour la DPT en particulier, la différence de niveau d'instruction paraît plus importante pour la troisième dose mais à l'avantage des enfants dont les mères sont moins instruites, ce qui revient à dire que le taux d'abandon est curieusement un peu plus élevé chez les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure.

Diarrhée

- Au moins huit enfants sur 10 (83 pour cent exactement) souffrant de diarrhée ont reçu un ou plusieurs traitements à domicile recommandés (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les fluides faits à domicile recommandés).
- Seuls 25 pour cent des enfants souffrant de diarrhée ont reçu davantage de fluides et ont continué de manger tel que recommandé.

Infections respiratoires aiguës

- Cinq pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Environ 47 pour cent de ces enfants avaient été présentés à un prestataire de soins de santé approprié.

Initiative de la PCIME

- Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient eu la diarrhée ou d'autres formes de maladies au cours des deux semaines précédant la MICS, 22 pour cent avaient reçu davantage de fluides et continuaient de manger selon les recommandations du programme de la PCIME.
- Vingt et un pour cent des mères connaissent au moins deux des signes pour lesquels un enfant doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.

Paludisme

- A São Tomé et Príncipe où le paludisme est hyperendémique dans tout le territoire, seulement 43 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire avant l'enquête. Cependant, un peu plus de la moitié (53 pour cent) des moustiquaires utilisées étaient imprégnées à l'insecticide.
- Environ 76 pour cent des enfants ayant fait une fièvre au cours des deux semaines précédant le sondage de la MICS avaient reçu du Paracétamol pour soigner la fièvre et 61 pour cent de la Chloroquine, tandis que moins de 1 pour cent avait reçu du Fansidar ou d'autres médicaments. Au total, 61 pour cent des enfants ayant souffert de la fièvre durant les deux dernières semaines précédant l'enquête avaient été traités avec un antipaludéen approprié (Chloroquine, Fansidar, Halfan ou Quinine).

VIH/SIDA

- Seulement 11 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent les trois principales méthodes de prévention de la transmission du VIH – avoir un seul partenaire sexuel non infecté, l'utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel et l'abstinence sexuelle.
- Vingt-cinq pour cent des femmes ont identifié correctement trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH – à savoir que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels, par les piqûres de moustiques, et qu'une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée.
- Vingt-quatre pour cent des femmes en âge de procréer à São Tomé et Príncipe connaissent un endroit où l'on peut effectuer le test du Sida, et environ 6 pour cent ont été testées.
- Le pourcentage des femmes qui ont des connaissances suffisantes de la transmission du VIH et le pourcentage qui sait où se faire tester pour le VIH augmente avec le niveau d'instruction.

Contraception

- L'utilisation de moyens de contraception à l'heure actuelle a été notifiée par 29 pour cent des femmes mariées ou vivant dans une union. La méthode la plus répandue est la pilule qui est utilisée par 17 pour cent des femmes mariées ou en union, puis viennent les injections qui sont pratiquées par 9 pour cent des femmes mariées ou vivant en union.

Soins prénatals

- Presque deux femmes sur trois (64 pour cent exactement) ayant accouché récemment à São Tomé et Príncipe sont protégées contre le tétanos néonatal. Toutes ces femmes ont reçu deux doses de toxoïde tétanique au cours des trois dernières années.
- La totalité des femmes à São Tomé et Príncipe reçoivent une forme ou une autre de soins prénatals et 91 pour cent reçoivent des soins prénatals d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme).

Assistance pendant l'accouchement

- Un médecin, un infirmier ou une sage-femme a assisté environ 79 pour cent des naissances intervenues au cours de l'année précédant l'enquête de la MICS. Ce pourcentage est le plus élevé

dans la région du Sul, soit 94 pour cent et est le plus faible dans la région du Centro, soit 63 pour cent.

Enregistrement des naissances

- Les naissances de 70 pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans à São Tomé et Príncipe sont enregistrées à l'état civil. En ce qui concerne l'enregistrement des naissances, il n'existe pas de disparités entre les sexes. En revanche, le pourcentage des naissances enregistrées augmente en fonction de l'âge de l'enfant ou le niveau d'instruction de la mère. La négligence du père est la principale raison de non-enregistrement de la naissance de l'enfant, elle est évoquée par les mères dans 21 pour cent des cas.

Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants

- D'une manière générale, 54 pour cent des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent 10 pour cent et les enfants qui ont perdu un ou les deux parents représentent 4 pour cent de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans.
- La situation des enfants dans le Sul semble relativement plus favorable que celle des autres enfants. Dans cette région, le pourcentage des enfants vivant avec les deux parents est le plus élevé (68 pour cent). Dix-neuf pour cent des enfants y vivent avec leur mère uniquement bien que leur père soit vivant, alors qu'au niveau national ces cas représentent 30 pour cent.

Travail des enfants

- Environ 2 pour cent des enfants âgés de 5 à 14 ans effectuent un travail rémunéré. Environ trois fois plus – 6 pour cent – participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.
- Près de sept enfants sur dix effectuent des tâches domestiques, telles que la cuisine, la collecte de l'eau, et s'occupent d'autres enfants, pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 5 pour cent consacrent plus de quatre heures par jour à ces tâches.
- Dix pour cent des enfants effectuent des travaux pour la famille dans les champs, les plantations ou dans des activités du secteur informel. Ce pourcentage est plus élevé à Príncipe (18 pour cent) et au Norte (15 pour cent).

Indicateurs de synthèse

| Indicateurs du Sommet mondial pour les enfants | | |
|---|---|--|
| Mortalité infanto-juvénile | Probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans | 111 pour 1000 |
| Mortalité infantile | Probabilité de mourir avant l'âge d'un an | 71 pour 1000 |
| Prévalence de l'insuffisance pondérale | Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur âge | 12,9 pour cent |
| Prévalence du retard de croissance | Proportion des moins de cinq ans qui sont trop courts pour leur âge | 28,9 pour cent |
| Prévalence de l'émaciation | Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur taille | 3,6 pour cent |
| Accès à l'eau potable | Proportion de la population qui utilise de l'eau potable | 79,9 pour cent |
| Accès aux toilettes | Proportion de la population utilisant des toilettes | 26,3 pour cent |
| Proportion des enfants atteignant la classe de quatrième (ou cinquième) | Proportion des enfants entrant en première année de l'école primaire et qui atteignent, en définitive, la quatrième (ou la cinquième) | 83,4 (47,2) pour cent |
| Taux net de scolarisation | Proportion des enfants de l'école primaire fréquentant une école primaire | 68,2 pour cent |
| Taux d'alphabétisation des adultes | Proportion de la population âgée de plus de 15 ans sachant lire une lettre ou un journal | 82,9 pour cent |
| Accès aux soins prénatals | Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont vues au moins une fois pendant la grossesse par un agent de santé qualifié | 90,6 pour cent |
| Prévalence de la contraception | Proportion des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive | 29,3 pour cent |
| Assistance à l'accouchement | Proportion des naissances assistées par un agent de santé qualifié | 78,6 pour cent |
| Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg | Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 grammes | 15,1 pour cent |
| Consommation du sel iodé | Proportion des ménages qui consomment du sel iodé de façon adéquate | 41,6 pour cent |
| Supplémentation en vitamine A des enfants | Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois | 3,0 pour cent |
| Supplémentation en vitamine A des mères | Proportion des mères qui ont reçu une supplémentation en vitamine A avant que le nourrisson n'atteigne 8 semaines | 27,3 pour cent |
| Allaitement exclusif | Proportion des nourrissons âgés de moins de 4 mois qui sont allaités exclusivement | 63,9 pour cent |
| Alimentation complémentaire à temps | Proportion des nourrissons âgés de 6 à 9 mois qui reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires. | 53,2 pour cent |
| Poursuite de l'allaitement | Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités | 84,1 pour cent (12-15) 42,3 pour cent (20-23) |
| Couverture vaccinale de la DPT | Proportion des enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos à l'âge de un an | 79,7 pour cent |
| Couverture vaccinale de la rougeole | Proportion des enfants vaccinés contre la rougeole à l'âge de un an | 78,4 pour cent |
| Couverture vaccinale de la polio | Proportion des enfants vaccinés contre la Polio à l'âge de un an | 79,3 pour cent |
| Couverture vaccinale du BCG | Proportion des enfants vaccinés contre la tuberculose à un an | 95,1 pour cent |
| Protection des enfants contre le tétanos néonatal | Proportion des enfants âgés de un an protégés contre le tétanos néonatal grâce à la vaccination de la mère. | 64,3 pour cent |
| Utilisation de la TRO | Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec les sels de réhydratation orale ou avec une solution faite à domicile appropriée | 83,4 pour cent |
| Prise en charge à domicile de la diarrhée | Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation pendant l'épisode. | 25,0 pour cent |
| Recherche des soins de santé pour | Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu une IRA au cours des 2 dernières semaines et | 46,5 pour cent |

| | | |
|---|--|---|
| les IRA | qui ont été présentés à un prestataire de soins de santé approprié | |
| Développement préscolaire | Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent une forme ou une autre de programme d'éducation préscolaire | 18,2 pour cent |
| Indicateurs de suivi des droits des enfants | | |
| Enregistrement des naissances à l'état civil | Proportion des enfants de moins de cinq ans dont les naissances seraient enregistrées à l'état civil | 69,7 pour cent |
| Dispositions relatives à la vie des enfants | Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans dans les ménages ne vivant pas avec un parent biologique | 10,0 pour cent |
| Enfants orphelins dans les ménages | Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui sont orphelins et vivant dans les ménages | 0,2 pour cent (les deux parents) 4,1 pour cent (un parent) |
| Travail des enfants | Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent à l'heure actuelle | 19,8 pour cent |
| Indicateurs pour le monitoring de la PCIME et du paludisme | | |
| Prise en charge à domicile de la maladie | Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient été malades au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation | 21,7 pour cent |
| Connaissances sur la recherche des soins de santé | Proportion des personnes à charge des enfants âgés de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux signes nécessitant la recherche immédiate des soins | 21,3 pour cent |
| Moustiquaires | Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide | 52,8 pour cent (zones à haut risque uniquement) |
| Traitement du paludisme | Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été malades et ont fait de la fièvre au cours de 2 semaines et ont reçu des antipaludéens | 61,2 pour cent |
| Indicateurs de suivi du VIH/Sida | | |
| Connaissances pour éviter le VIH/Sida | Proportion des femmes qui ont identifié correctement les 3 principales méthodes de prévention de l'infection à VIH | 10,0 pour cent |
| Connaissances des conceptions erronées sur le VIH/Sida | Proportion des femmes qui ont identifié correctement 3 conceptions erronées concernant le VIH/Sida | 24,5 pour cent |
| Connaissance de la transmission mère-enfant | Proportion des femmes qui identifient correctement les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant | 32,1 pour cent |
| Attitude des gens à l'égard du VIH/Sida | Proportion des femmes exprimant une attitude discriminatoire à l'égard des gens qui ont le VIH/Sida | 65,3 pour cent |
| Femmes sachant où se faire tester pour le VIH | Proportion des femmes qui savent où effectuer le test du VIH | 23,7 pour cent |
| Femmes qui ont été testées pour le VIH | Proportion des femmes qui ont été testées pour le VIH | 5,9 pour cent |

I. Introduction

Contexte de l'enquête

Pendant le Sommet mondial pour les enfants, qui s'est tenu à New York en 1990, le Gouvernement de São Tomé et Príncipe a pris des engagements au titre d'une Déclaration et d'un Plan d'action pour les enfants. Ce sommet était non seulement la première des grandes conférences internationales des années 90, mais aussi les objectifs qui y ont été établis ont trait aux questions les plus fondamentales de la survie et du développement humains. Ces objectifs ont été par la suite adaptés pour refléter la situation concrète de São Tomé et Príncipe et incorporés dans un Programme d'action national adopté par le Gouvernement en 1994.

Le Plan d'action lance également un appel en faveur de la mise en place de mécanismes de suivi des progrès en vue de la réalisation des buts et objectifs fixés pour l'an 2000. Pour ce faire, l'UNICEF a élaboré une série de 75 indicateurs de base concernant des aspects spécifiques de la situation des enfants en collaboration avec les autres organisations internationales. Une enquête MICS a été effectuée en 1995 afin d'évaluer les progrès au milieu de la décennie. Cependant, à cause des problèmes méthodologiques d'échantillonnage rencontrés par l'équipe du moment chargée de l'exécution de l'opération, cette enquête n'a malheureusement pu donner que des résultats très partiels. L'enquête MICS 2000 de São Tomé et Príncipe a été mise en œuvre en vue de recueillir des informations à la fin de la décennie sur de nombreux indicateurs. Les informations concernant les autres indicateurs seront tirées du système d'enregistrement des données démographiques et des différents systèmes de monitoring des maladies.

La MICS de São Tomé et Príncipe a été exécutée par une équipe technique nationale, composée de techniciens des Ministères du Plan, de la Santé et de l'Education et coordonnée par l'Institut National de la Statistique, en la personne de son Président. Elle a aussi bénéficié de l'assistance technique de deux consultants internationaux, l'un dans les domaines de l'échantillonnage, l'élaboration des questionnaires, la formation du personnel de terrain et de supervision, la segmentation des zones de recensement, l'analyse des résultats et la préparation du rapport d'analyse de l'enquête, et l'autre dans le domaine du traitement informatique de l'enquête (formation des opérateurs de saisie ; préparation des programmes de saisie des données, de cohérence, de structure et de complétude ; développement des programmes d'exportation des fichiers IMPS vers SPSS ; développement des programmes de tabulation ; production des 42 tableaux standards de la MICS2). Le financement a été assuré par le Bureau de l'UNICEF à São Tomé et Príncipe.

Le présent rapport présente les résultats des principaux thèmes couverts par l'enquête et des indicateurs du Sommet mondial.

Contexte de São Tomé et Príncipe

São Tomé et Príncipe se situe aujourd'hui aux premiers stades de la transition démographique, un processus par lequel les sociétés modernes évoluent des taux de mortalité et de fécondité élevés à des taux bas. Par conséquent, le pays éprouve des contraintes d'une forte croissance de la population et d'un rapport de dépendance (c'est-à-dire la population des jeunes de moins de 15 ans et celle des personnes âgées de 65 ans et plus divisée par la population en âge de travailler) élevé, en plus des problèmes provenant d'une urbanisation rapide.

Au total, la population a crû en moyenne de 2,0 pour cent entre les deux recensements de 1981 et 1991, date à laquelle elle a atteint 117 504 habitants. La population a presque doublé

en cette moitié du siècle entre 1940 et 1991, mais avec le taux actuel d'accroissement elle doublera encore dans seulement 37 ans. En ce qui concerne la mortalité, l'amélioration de la santé publique a conduit au déclin rapide du taux brut de mortalité qui est passé de 32,4 pour 1000 en 1940 à 12,5 pour 1000 en 1970 puis à 7,7 pour 1000 en 1981 et 8,3 pour 1000 en 1991. Par contre, le taux brut de natalité a pratiquement doublé entre les recensements de 1940 et 1960 en passant de 24,2 pour 1000 à 46 pour 1000. Cette montée du taux brut de natalité est essentiellement due au déclin et à l'éventuelle élimination du déséquilibre numérique entre les sexes qui a résulté du système de contrat de travail. En effet, un grand nombre d'hommes célibataires avaient été amenés de différents pays pour travailler à São Tomé et Príncipe d'abord comme esclaves et plus tard comme travailleurs contractuels. En 1940 et 1950, les femmes représentaient respectivement 38 pour cent et 40 pour cent de la population. L'équilibre numérique des sexes a commencé à s'établir progressivement à partir des années 60 et 70 ; et ce n'est que jusqu'au recensement de 1981 que, comme dans la plupart des pays, les femmes sont devenues une petite majorité de la population. Au recensement de 1991, on comptait 97,6 hommes pour chaque 100 femmes. Malgré un léger fléchissement, la natalité demeure encore à des niveaux relativement élevés : elle est passée de 44,4 pour 1000 en 1970 à 41,5 pour 1000 en 1981 et 34,9 pour 1000 en 1991. Quant à l'indice synthétique de fécondité, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants nés-vivants par femme, il a également chuté mais moins rapidement. On ne dispose pas de données de long terme sur cet indicateur, toutefois il a baissé de 6,9 à 5,4 entre 1981 et 1991. Par ailleurs, le rapport de dépendance économique a rapidement augmenté entre les années 50 et les années 70 (de 44,5 en 1950 à 104,9 en 1981), avant de se stabiliser à ce niveau élevé au cours des années 80 et 90.

Le déclin rapide des taux de mortalité résulte des progrès substantiels réalisés dans l'extension de la couverture et de la qualité des services de santé. En particulier, dans le domaine de la santé de la reproduction (SR) São Tomé et Príncipe a fait des pas assez importants. Présentement, les services de SR sont disponibles dans au moins 18 centres, avec une répartition géographique raisonnable, couvrant tous les sept districts du pays. Cependant, l'hôpital central reste le seul établissement à fournir des soins obstétriques essentiels et complets. Le nombre de formations sanitaires fournissant des soins obstétriques essentiels de base s'est, quant à lui, réduit au cours de la décennie : de 5 centres en 1990, on est passé à 3 actuellement avec la fermeture des centres des districts de Mé-Zochi et Cantagalo. Depuis la mi-décennie 80 l'état de santé de la population s'est un peu détérioré, reflétant un renversement de tendance se traduisant par une légère hausse de la mortalité. Cette situation serait due au contexte de développement économique défavorable des années 80, à la pauvreté croissante et aux difficultés grandissantes auxquelles le Gouvernement devrait faire face pour soutenir les programmes et les services de santé. Il importe de souligner que les menaces les plus sérieuses à la santé à São Tomé et Príncipe sont étroitement liées aux conditions d'hygiène et d'assainissement très précaires dans lesquelles vivent la plupart des populations ainsi qu'à leurs attitudes et comportements inadéquats vis-à-vis de l'assainissement, l'eau et de la santé. Ce sont là les facteurs clés de l'incidence élevée du paludisme, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques aiguës, les trois principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de l'Enquête de grappes à indicateurs multiples 2000 de São Tomé et Príncipe sont indiqués ci-après :

- fournir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes à São Tomé et Príncipe à la fin de la décennie et pour la prochaine décennie ;
- fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès en vue de la réalisation des buts fixés au cours du Sommet mondial pour les enfants et comme base pour les actions futures ;

- contribuer à l'amélioration des données et des systèmes de monitoring à São Tomé et Príncipe et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en œuvre et d'analyse de ces systèmes.

II. Méthodologie de l'enquête

Conception de l'échantillon

L'échantillon pour l'enquête de grappes à indicateurs multiples (MICS) de São Tomé et Príncipe a été conçu afin de fournir des estimations sur les indicateurs de santé au niveau national pour les zones urbaines et rurales, et pour les quatre régions, ci-après, entre lesquelles se répartissent les sept districts administratifs du pays : Norte (Lobata et Lemba), Centro (Água Grande, Mé Zochi et Cantagalo), Súl (Caué) et Príncipe. L'échantillon a été choisi en deux étapes. Au cours de la première étape, 116 zones de dénombrement (ZR), pour un échantillon national de l'ordre de 3500 ménages, ont été choisies avec une probabilité proportionnelle à la taille en ménages au dernier recensement de 1991. Ensuite, un découpage en segments aréolaires de 30 ménages chacun a été effectué au sein des zones de dénombrement retenues, un segment-échantillon à l'intérieur duquel tous les ménages seront enquêtés a été choisi de manière aléatoire parmi le nombre de segments-échantillons constitué dans chaque ZR. Etant donné que les probabilités de sélection sont les mêmes au niveau national, l'échantillon ainsi constitué est auto-pondéré. En partie dû au fait que finalement ce sont 115 ZR qui ont pu être touchées par l'enquête, des poids ont été calculés et appliqués aux différents fichiers de données. Ainsi pour la communication des résultats au niveau national, ces pondérations de l'échantillon ont été utilisées. Les détails techniques complets de l'échantillon figurent à l'Appendice A.

Questionnaires

Les questionnaires de la MICS de São Tomé et Príncipe reposent sur le questionnaire type de la MICS avec quelques modifications et adjonctions. Un questionnaire pour les ménages a été administré dans chaque ménage, ce qui a permis de recueillir différentes informations sur les membres du ménage, notamment le sexe, l'âge, l'alphabétisation, la situation de famille et le statut d'orphelin. Le questionnaire des ménages comportait également des modules sur l'éducation, le travail des enfants, l'eau et l'assainissement, et l'iodation du sel. Outre le questionnaire des ménages, des questionnaires ont été administrés dans chaque ménage pour les femmes âgées de 15 à 49 ans et pour les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne les enfants, le questionnaire a été administré à la mère ou à la personne en charge de l'enfant.

Le questionnaire pour les femmes contient les modules suivants :

- la mortalité dans l'enfance
- le toxoïde tétanique
- la santé maternelle et du nouveau-né
- l'utilisation des contraceptifs
- le VIH/Sida.

Le questionnaire pour les enfants âgés de moins de cinq ans comprend les modules ci-après :

- l'enregistrement de la naissance à l'état civil et l'apprentissage précoce
- la vitamine A
- l'allaitement au sein
- la prise en charge des maladies
- le paludisme
- la vaccination
- l'anthropométrie.

Les deux modules optionnels ont été ajoutés aux questionnaires, le premier étant administré à la mère ou à la personne en charge de l'enfant et le second à toute personne adulte (âgée de 15 ans ou plus) du ménage. Ces deux modules sont les suivants :

l'incapacité des enfants de 2 à 9 ans
la mortalité maternelle.

A partir de la version anglaise du modèle de la MICS, les questionnaires ont été traduits en portugais. Les questionnaires ont été testés à l'avance en juillet 2000. Compte tenu des résultats du pré-test, des modifications ont été apportées au libellé et à la traduction des questionnaires. Conduite par un consultant international, la révision des questionnaires a été faite avec la participation de la contrepartie nationale et de l'équipe locale MICS et dans le souci constant d'assurer la comparabilité de l'information. Par rapport au modèle standard, de très légers changements ont été apportés et ont trait à l'introduction, dans le cadre d'information sur le ménage, d'une série de questions sur la possession de huit biens ou services supplémentaires conformément aux dernières recommandations de la MICS pour l'élaboration de l'indicateur du statut économique des ménages et, selon la réalité contextuelle, à la quatrième modalité des raisons de non-enregistrement de la naissance de l'enfant dans le module sur l'enregistrement des naissances et l'éducation de base. Pour les questionnaires complets, voir Appendice B.

Travail sur le terrain et traitement

Le personnel sur le terrain a été formé pendant cinq jours en fin juillet 2000. Cinq équipes ont recueilli les données ; chacune comprenait quatre agents enquêteurs, un agent anthropomètre, un chauffeur, et un superviseur. Le Coordonnateur de la MICS a assuré la supervision générale. Le travail sur le terrain a commencé en août 2000 et s'est achevé en septembre 2000. La MICS a également bénéficié de l'appui logistique du FNUAP et de l'OMS.

Les données ont été saisies sur quatre micro-ordinateurs utilisant le logiciel IMPS. Pour la qualité des données, tout le personnel de l'équipe informatique locale chargée du traitement des données de la MICS a également suivi la même formation que le personnel de terrain et de supervision, en plus de la formation spécifique à leur intention sur l'exploitation informatique des données de l'enquête assurée par un consultant international. Afin d'assurer le contrôle de la qualité, tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double entrée, et des contrôles de cohérence interne ont été effectués. Les procédures et les programmes standard élaborés au titre de la MICS et adaptés au questionnaire de São Tomé et Príncipe ont été utilisés pendant tout le processus. Le traitement des données a commencé en septembre 2000 et s'est achevé en novembre 2000. Cependant, il n'a pas été fait de recrutement, parmi les meilleurs enquêteurs, d'éditeurs de bureau pour procéder à des vérifications de questionnaires pour toutes les ZR avant leur saisie et dans le but de réduire au maximum les risques d'erreur pouvant exiger en amont un surplus de travail spécialisé. Aussi la phase de traitement informatique de l'enquête a bénéficié de l'assistance technique d'un consultant international.

III. Caractéristiques de l'échantillon et qualité des données

Taux de réponse

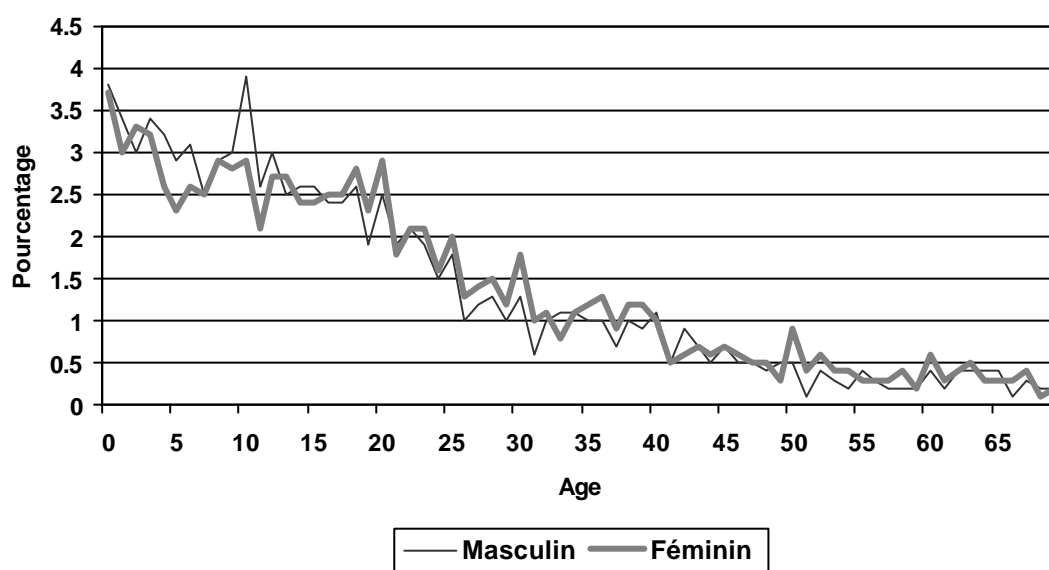
Sur les 3254 ménages retenus pour l'échantillon de la MICS de São Tomé et Príncipe, 3252 étaient occupés (Tableau 1). Parmi ceux-ci, 3173 ont été sondés avec succès pour un taux de réponse de ménages de 98 pour cent. Le taux de réponse était pratiquement invariable selon le milieu de résidence urbain ou rural. Au sein des ménages sondés, 3501 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées. Sur celles-ci, 2956 ont été sondées avec succès, soit un taux de réponse de 84 pour cent. Par ailleurs, 2289 enfants âgés de moins de cinq ans ont

été enregistrés au titre du questionnaire sur les ménages. Parmi ceux-ci, les questionnaires ont été remplis pour 2234 enfants pour un taux de réponse de 98 pour cent.

Distribution par âge et données manquantes

Tel qu'indiqué au Tableau 2 et à la Figure 1, la distribution année par année de l'âge des membres du ménage par sexe présente quelques distorsions vers les âges de 11 ans et 20 ans pour les filles et vers l'âge de 10 ans pour les garçons. Pour les deux sexes, il semble qu'il existe une préférence de chiffres évidente pour les âges se terminant par 0 et 5, ce qui est typique des populations pour lesquelles les âges ne sont pas toujours connus.

Figure 1 : Distribution année par année de l'âge de la population des ménages par sexe, São Tomé et Príncipe, 2000



Afin d'assurer le contrôle de base de la qualité des données de l'enquête, le pourcentage des informations manquantes concernant les cas pour les questions retenues est indiqué au Tableau 3. Il n'est que pour les mesures anthropométriques, en l'occurrence le poids, que l'information manque pour moins d'un pour cent des enfants de moins de cinq ans, soit 0,4 pour cent seulement.

Il est important de souligner que dans le cadre de la MICS de São Tomé et Príncipe, deux modules ont été fortement altérés par une mauvaise traduction de l'ajout, juste avant la phase de collecte des données, d'une question-filtre subsidiaire (11A) qui, en définitive, au lieu de sélectionner toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'interview, c'est-à-dire depuis le mois d'août 1999, n'a pris en compte que les mères ayant accouché au cours du mois d'août 1999 uniquement. Des informations concernant ces modules ont pu être récupérées sur quelques questionnaires, lors d'une mission, par le consultant international chargé du traitement informatique de l'enquête. Il faut également noter que l'équipe locale de la MICS à São Tomé et Príncipe n'a pu obtenir d'appui technique externe durant la phase cruciale de collecte des données comme il fut recommandé par la mission du consultant spécialiste de la MICS2. Par conséquent, les résultats relatifs à ces modules doivent être interprétés avec prudence à cause des nombres de cas peu significatifs.

Hormis le problème ci-dessus relaté et celui d'ordre organisationnel ayant entraîné l'oubli d'une ZR pendant l'enquête (cf. II, ci-haut, point sur la conception de l'échantillon), le faible niveau des données manquantes indique qu'il n'existait pas d'autres problèmes importants au sujet des questions ou du travail sur le terrain.

Caractéristiques de la population des ménages

Les informations concernant les caractéristiques de la population des ménages et les répondants de l'enquête sont fournies afin de favoriser l'interprétation des résultats de l'enquête et de servir de mécanisme de contrôle de base de la mise en œuvre de l'échantillon.

Le Tableau 4 présente la distribution par pourcentage des ménages de l'échantillon selon les caractéristiques du contexte. Environ 46 pour cent des ménages (1500 ménages) sont urbains et 54 pour cent (1754 ménages) sont ruraux. La région du Centro est de loin la plus vaste des quatre régions, avec 71 pour cent des ménages, tandis que la région du Norte vient en deuxième position avec 19 pour cent. Les deux autres régions (Súl et Príncipe) représentent presque le même pourcentage des ménages, autour de 5 pour cent. La plupart des ménages comptent deux à cinq membres. Quarante-quatre pour cent des ménages comptent au moins un enfant âgé de moins de cinq ans et 73 pour cent comptent au moins une femme âgée de 15 à 49 ans.

Le Tableau 5 présente les caractéristiques des répondantes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans représentent les pourcentages les plus importants de l'échantillon, soit 24 pour cent et 22 pour cent respectivement. Ce pourcentage baisse constamment pour les groupes d'âge jusqu'à l'âge de 45-49 ans pour lequel il est de 5 pour cent. Cette situation est typique des pays de la région. Environ 81 pour cent des femmes de l'échantillon vivent en union, dont 19 pour cent ont formellement contracté un mariage (religieux ou civil), et 75 pour cent ont déjà accouché. Environ 39 pour cent des femmes ont le niveau d'instruction primaire et 43 pour cent ont au moins le niveau du secondaire. Encore près de 18 pour cent des femmes de 15 à 49 ans n'ont reçu aucune instruction.

Le Tableau 6 présente les caractéristiques des enfants âgés de moins de cinq ans. Quarante-huit pour cent des enfants sont des garçons et 52 pour cent des filles. Environ 19 pour cent des mères des enfants âgés de moins de cinq ans n'ont reçu aucune instruction, un pourcentage qui est pour ainsi dire quasiment égal au pourcentage global des femmes qui n'ont pas reçu d'instruction au sein de l'échantillon. Il convient de souligner que pour les enfants dont les mères ne vivent pas au sein du ménage, le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant a été pris en compte. Il existe un peu plus d'enfants âgés de moins de six mois que d'enfants âgés de 6 à 11 mois, ce qui est inattendu.

IV. Résultats

A. Mortalité infantile et infanto-juvénile

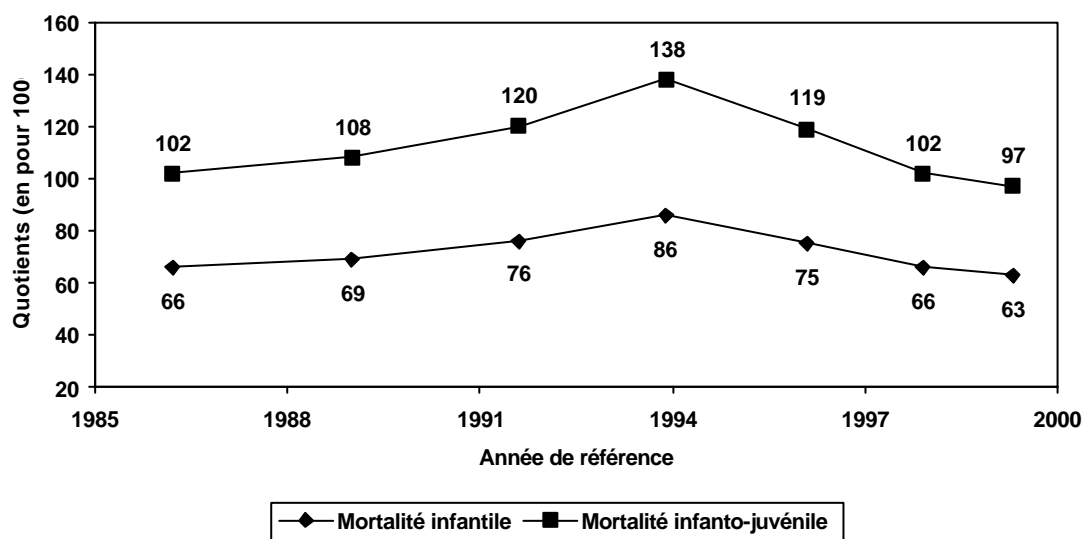
Le *taux de mortalité infantile* est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire. Le *taux de mortalité infanto-juvénile* est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Au niveau de la MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte (Méthode de Brass). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés pour les groupes d'âge de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés. La technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte tant des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir.

Les données utilisées pour les estimations de la mortalité sont indiquées au Tableau 7. Le nombre moyen d'enfants nés passe de 0,33 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans à 6,63 chez les femmes âgées de 45 à 49 ans, comme prévu.

Par ailleurs, une étude des rapports de masculinité à la naissance (non présentée) montre que les naissances de garçons pourraient avoir été sous-estimées notamment chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et 30 à 34 ans pour lesquelles le ratio des sexes à la naissance est respectivement de 0,97 et 0,96, tandis que les naissances de filles le seraient chez les femmes de 20 à 24 ans et 45 à 49 ans pour lesquelles le ratio des sexes à la naissance est de 1,11. Il n'est que pour le groupe d'âges 25-29 ans que le rapport de masculinité à la naissance de 1,07 se situe dans la fourchette plausible de 1,03 à 1,08.

Les estimations de la mortalité ont été obtenues à l'aide du programme QFIVE des Nations Unies. Sur la base des estimations précédentes de la mortalité infantile et infanto-juvénile pour São Tomé et Príncipe, le tableau type de mortalité de la famille Nord a été considéré comme le plus approprié. Les estimations de la mortalité infantile et des moins de cinq ans pour plusieurs années de référence sont présentées à la Figure 2. A titre indicatif, on peut y remarquer que le niveau de mortalité infanto-juvénile relative à l'année de référence 1994 (plus exactement 1993,9), fondé sur les rapports concernant les femmes de 30-34 ans (soit 138 pour 1000), est égal à celui calculé par A. Lima et L. Sousa (1996)¹ pour la même année 1994 en exploitant les données d'état civil dont la couverture est complète et la qualité des données bonne. En définitive, c'est la moyenne des estimations concernant les deux groupes d'âges 20 à 24 ans et 25 à 29 ans qui a été retenue pour les estimations de la mortalité en 1997. Ces estimations semblent constituer les chiffres les plus récents que l'on puisse utiliser avec une certaine confiance.

Figure 2 : Estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile fondées sur les estimations indirectes, São Tomé et Príncipe, 2000



Les données du Tableau 8 montrent que les niveaux de mortalité dans l'enfance à São Tomé et Príncipe demeurent encore élevés. En 1997, à l'échelle nationale sur 1000 naissances vivantes 71 décèdent avant leur premier anniversaire, et ils sont au total 111 enfants à mourir avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Au niveau des différentiels de la mortalité dans l'enfance, il meurt relativement

¹ Lima A. & Sousa L. (1996), Indicadores de Saúde Materna e Infantil em São Tomé e Príncipe, 1990-1994. Egalement cité dans United Nations System (1998), São Tomé and Príncipe: Common Country Assessment, United Nations System in São Tomé and Príncipe, vi+127 p.

plus de filles que de garçons dans l'enfance, contrairement à ce qui est habituellement observé ailleurs. Cette surmortalité féminine reflète-t-elle la réalité socio-sanitaire du moment ? En considérant l'avantage biologique qu'auraient les petites filles par rapport aux petits garçons, la surmortalité féminine observée dans l'enfance serait d'au moins de 5% : la probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans est de 123 pour 1000 chez les filles contre 113 pour 1000 chez les garçons. Contre toute attente, cette surmortalité féminine serait même observée dès la première année de vie bien qu'elle y soit plus faible (76 pour 1000 contre 74 pour 1000). Aucune autre source de données ne permet cependant de confirmer ou d'infirmer ce constat puisque les indicateurs jusqu'ici disponibles sur la mortalité dans l'enfance à São Tomé et Príncipe n'ont jamais été calculés ou ventilés par sexe. Toutefois, si l'hypothèse d'une surmortalité féminine se vérifiait, quid de l'avantage biologique que la nature semble avoir donné aux petites filles les rendant plus résistantes que les petits garçons qui sont donc plus vulnérables aux maladies infectieuses en général ? Par quel(s) mécanisme(s) cette surmortalité féminine pourrait-elle s'expliquer ? Dans tous les cas, la question mérite d'être approfondie d'abord sur les estimations de la mortalité, ensuite sur l'appréciation des inégalités sexuelles qui en découleraient et enfin, le cas échéant, sur la recherche d'éléments explicatifs du phénomène.

En revanche, les différences de mortalité des enfants de moins de cinq ans observées selon le milieu de résidence surprennent. La surmortalité des enfants en milieu rural par rapport à ceux en milieu urbain est en effet relativement faible, elle est de 5% (soit 113 pour 1000 contre 107 pour 1000). A São Tomé et Príncipe, la distinction entre les milieux urbain et rural n'est pas du tout aisée. La faiblesse des différences sexuelles de mortalité dans l'enfance selon le milieu de résidence serait essentiellement due à la situation d'hygiène et d'assainissement très précaire aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, notamment dans les zones périphériques ou suburbaines, généralement plus peuplées, créant des conditions favorables à la reproduction des moustiques vecteurs de paludisme et à une incidence élevée des maladies diarrhéiques aiguës.

Par ailleurs, il existe une corrélation négative entre le niveau d'instruction de la mère (ou de la personne en charge de l'enfant) et la mortalité dans l'enfance. En effet, il meurt relativement 1,7 fois plus d'enfants de mères non instruites que d'enfants de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

B. Education

L'accès universel à l'éducation de base et l'achèvement de l'éducation primaire par les enfants du monde constituent l'un des buts les plus importants du Sommet mondial pour les enfants. L'éducation constitue une condition sine qua non de la lutte contre la pauvreté, de l'habilitation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux, l'exploitation par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que de la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Education de la petite enfance

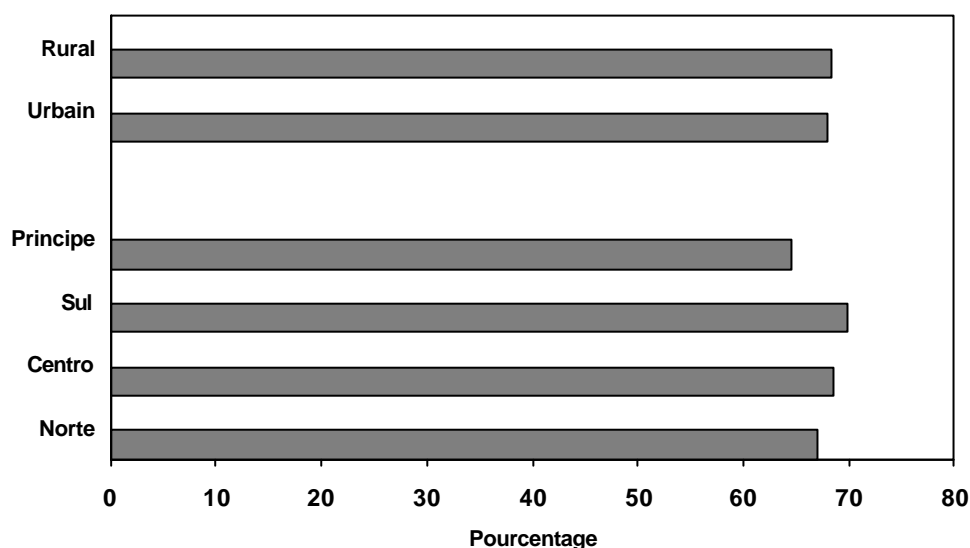
Seulement 18 pour cent des enfants âgés de 36 à 59 mois suivent un programme d'éducation de la petite enfance organisé, notamment un jardin d'enfants ou les soins communautaires prodigués aux enfants avec des activités d'apprentissage organisées (Tableau 9). Ces programmes sont suivis par presque autant de filles que de garçons. Il existe des disparités assez importantes selon la région, depuis 15 pour cent des enfants dans la région du Centro jusqu'à 41 pour cent dans le Sul. En revanche, les enfants dans les zones rurales ont autant de chances de suivre des activités préscolaires que les enfants dans les zones urbaines. Un enfant sur sept suit un programme préscolaire à l'âge de trois ans (36-47 mois), tandis que pratiquement un enfant sur cinq en suit un à l'âge de quatre ans (48-59 mois). Enfin, il existe une corrélation étroite entre l'éducation de la mère et la probabilité pour l'enfant de suivre un programme d'éducation préscolaire. Le pourcentage des enfants qui suivent un programme d'éducation de la petite enfance croît, passant de 14 pour cent à 26 pour cent, à mesure que le niveau d'instruction de la mère passe d'aucun niveau au niveau secondaire ou supérieur.

A São Tomé et Príncipe, les tentatives d'introduction d'une année d'enseignement préscolaire, comme l'envisage le décret-loi 53/88, ont été suspendues depuis 1988/89 pour des raisons essentiellement liées au manque d'espace dans les établissements d'enseignement primaire du pays. Par conséquent, les possibilités d'enseignement préscolaire restent limitées à une petite minorité ayant accès aux jardins d'enfants que l'on rencontre principalement dans la capitale. Quant aux crèches, essentiellement liées aux "roças", elles n'avaient pas véritablement une fonction éducative. Qui plus est, la réforme agraire de 1993 n'avait pas créé pour de telles infrastructures des conditions adéquates de transfert de responsabilité.

Education de base

D'une manière générale, 68 pour cent des enfants en âge d'aller à l'école primaire à São Tomé et Príncipe fréquentent un établissement primaire (Tableau 10). Le pourcentage des enfants scolarisés est le même dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Au niveau national, il n'existe pratiquement pas de différences significatives de scolarisation entre les régions, tout comme entre les garçons et les filles.

Figure 3 : Pourcentage des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui fréquentent un établissement primaire, São Tomé et Príncipe, 2000



Moins de la moitié (47 pour cent exactement) des enfants qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive, la cinquième année (Tableau 11). Cependant, il faut souligner que bien que la loi de base réglementant le système de l'éducation nationale (Decret-Loi 53/88) ait établi l'enseignement de base à six classes, ce dernier reste en pratique généralement réduit à quatre classes. Des contraintes conjoncturelles de capacité furent à un moment donné évoquées, en termes d'infrastructures, de conditions matérielles et de ressources humaines. Ces contraintes sont toujours de mise puisque les conditions ne sont jusqu'ici pas créées pour garantir, de manière effective, un enseignement primaire de 6 ans. Aussi sont-ils un peu plus de 83 pour cent des enfants qui entrent en première année de l'école primaire à atteindre la quatrième année. Il existe de petites disparités entre régions et qui semblent encore plus réduites entre zones urbaines et zones rurales, avec un très léger avantage du milieu rural, ou disparaissent pratiquement entre filles et garçons en ce qui concerne l'achèvement de la cinquième année. Environ 46 pour cent des enfants dans les zones urbaines qui entrent en première année atteignent la cinquième année, contre 49 pour cent des enfants dans les zones rurales. Dans la région du Centro, la moitié de ceux qui entrent en première année atteignent la cinquième année, tandis que dans le Norte, le pourcentage comparable est de 34. La principale différence entre le Norte et les autres régions réside dans le pourcentage, relativement faible au Norte,

des enfants qui arrivent en quatrième et cinquième années. Pour les classes antérieures, les écarts ne sont pas importants et le pourcentage des enfants qui poursuivent les études en deuxième année semble même légèrement supérieur dans le Norte par rapport aux autres régions, à l'exception du Sul où l'enseignement primaire s'arrête pratiquement à la quatrième année.

Alphabétisation des adultes

L'écrasante majorité de la population âgée de plus de 15 ans à São Tomé et Príncipe sait lire et écrire (Tableau 12). Par population qui *sait lire et écrire*, on entend ceux qui lisent "facilement ou difficilement". D'une manière générale, les filles ont moins de chances que les garçons de savoir lire et écrire (76 contre 92 pour cent). Le pourcentage de la population qui sait lire et écrire est inférieur dans les régions du Sul et du Norte par rapport aux régions du Centro et de Príncipe. Cet état de fait peut s'expliquer en partie par le pourcentage relativement élevé, dans les régions Sul et Norte, de membres des ménages dont le statut d'alphabétisation n'est pas connu. Le niveau d'alphabétisation baisse à mesure que l'âge augmente. Le pourcentage de l'alphabétisation baisse, passant de 94 pour cent chez les personnes âgées de 15 à 34 ans à 35 pour cent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Il diminue plus précocement chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, le niveau d'alphabétisation commence à chuter drastiquement dès 35 ans, alors que chez les hommes il ne commence à décliner que beaucoup plus tardivement, à partir de 55 ans.

C. Eau et assainissement

Utilisation de l'eau de boisson

L'eau potable est un préalable à la bonne santé. L'eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut être contaminée également par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. Outre les aspects de santé, l'accès à l'eau de boisson peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, en particulier dans les zones rurales, auxquels incombe la principale responsabilité du transport de l'eau, souvent sur de longues distances.

Bien que São Tomé et Príncipe disposent d'abondantes sources d'eau de surface, encore une partie non négligeable de la population n'a pas accès à l'eau potable salubre. Le potentiel d'approvisionnement en eau est estimé à 18000 mètres cubes par personne par an, sans compter les sources d'eau souterraines. Construit pendant la période coloniale, le système d'approvisionnement en eau a été peu entretenu et a reçu relativement peu d'investissement au cours de la décennie (environ 1,6 millions de dollars américains en 1991-96). Le pays compte onze systèmes indépendants, desservant la plupart des zones urbaines, mais seulement sept d'entre eux disposent de systèmes de traitement dont certains ne sont pas opérationnels. Une partie de l'eau consommée est alors contaminée à la source ou polluée au contact des déchets à cause du mauvais état des canalisations. Le réseau public de distribution d'eau, auquel une grande partie de la population est traditionnellement reliée, ne fonctionne plus très bien. En milieu rural, les systèmes d'approvisionnement en eau, qui étaient dès fois installés par les "roças", ont été sérieusement affectés par le déclin du secteur des plantations.

Ainsi seulement 6 pour cent de la population utilise l'eau courante dans les maisons, tandis que 20 pour cent utilisent l'eau puisée dans leurs cours ou leurs parcelles et 45 pour cent les fontaines publiques. Les fleuves et les cours d'eau et les puits protégés constituent également des sources non négligeables pour l'approvisionnement en eau de boisson.

Les sources d'approvisionnement en eau de boisson des populations varient considérablement selon les régions (Tableau 13). L'eau courante et l'eau recueillie dans les cours ou les parcelles

sont plus utilisées dans les régions du Centro (respectivement 7 et 21 pour cent) et Príncipe (respectivement 7 et 34 pour cent). En revanche, seuls environ 3 pour cent de la population de Norte et moins de 2 pour cent de celle du Súl disposent d'eau courante. Dans les régions de Norte et Súl, les fleuves ou les cours d'eau (une source non potable) constituent la deuxième source d'eau de boisson la plus importante, desservant 17 pour cent de la population dans le Norte et 24 pour cent dans le Súl. Dans ces régions, la majorité de la population utilise les fontaines publiques (62 pour cent au Norte et 44 pour cent au Súl).

Les populations qui utilisent les sources d'eau potable sont celles qui utilisent l'un des types d'approvisionnement en eau suivants : l'eau courante, les fontaines publiques, les forages/puits, les puits protégés ou l'eau de source protégée. A noter qu'à São Tomé et Príncipe l'eau de pluie, telle qu'elle est recueillie, n'est pas considérée comme une source potable. D'une manière générale, 80 pour cent de la population a accès à l'eau potable – 88 pour cent dans les zones urbaines et 72 pour cent dans les zones rurales. La situation dans le Sud est pire que dans les autres régions ; seuls 62 pour cent de la population dans cette région a accès à l'eau potable.

Assainissement

L'élimination inadéquate des excréments humains et l'insuffisance d'hygiène personnelle sont la cause d'une gamme de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la polio. L'élimination sûre des excréments humains comprend : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à des fosses septiques, les autres toilettes à chasse d'eau, les fosses d'aisance améliorées et les fosses d'aisance traditionnelles. Seulement un peu plus du quart (26 pour cent) de la population de São Tomé et Príncipe vit dans des ménages disposant de toilettes (Tableau 14). Ce pourcentage est de 33 pour cent dans les zones urbaines et de 20 pour cent dans les zones rurales. Les habitants de la région Súl ont beaucoup moins de chances que les autres d'utiliser des toilettes. Les installations les plus répandues sont les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à une fosse septique (17 pour cent) et les latrines améliorées (7 pour cent). L'écrasante majorité de la population (73 pour cent au niveau national), qui n'a pas accès à un quelconque moyen amélioré d'assainissement du traitement des excréments, utilise les plages, la brousse ou les champs. Ce faisant, elle contribue à la détérioration des conditions d'assainissement qui, dans un contexte de forte pluviométrie, affecte la qualité de l'eau consommée et favorise le développement des eaux stagnantes propices à la prolifération de moustiques vecteurs de la malaria et à une forte incidence des maladies diarrhéiques aiguës. Ainsi, à São Tomé et Príncipe, la situation de l'assainissement constitue l'une des plus grandes préoccupations de la santé publique.

D. Malnutrition des enfants

Statut nutritionnel

Le statut nutritionnel des enfants reflète leur santé générale. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, ils ne sont pas exposés aux maladies répétées, et lorsqu'on s'occupe bien d'eux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants âgés de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée grâce à la comparaison des enfants avec cette distribution standard. La population standard ou de référence utilisée ici est la norme NCHS, qui est recommandée pour l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé. Chacun des trois indicateurs du statut nutritionnel est exprimé en unités d'écart types (scores-z) par rapport à la médiane de cette population de référence. Selon cette norme, dans une population bien nourrie seuls 2,3 pour cent seraient en dessous de deux écarts types de la médiane par rapport à la médiane de référence et présenteraient un état nutritionnel déficient pour le type d'indicateur utilisé.

Le poids pour âge est une mesure tant de la malnutrition aiguë que chronique. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale modérée ou sévère*, tandis que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme *souffrant d'insuffisance pondérale sévère*.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et sont considérés comme *souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère*. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme *souffrant de retard de croissance sévère*. Le retard de croissance reflète la malnutrition chronique due à l'insuffisance de nutrition sur une longue période et aux maladies récurrentes ou chroniques.

Enfin, les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme *émaciés de façon modérée ou sévère*, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la médiane sont *considérés comme émaciés de façon sévère*. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes inhérentes à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou à la prévalence des maladies.

Au Tableau 15, les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (moins d'un pour cent des enfants) et ceux dont les mesures se situent en dehors de la fourchette plausible sont exclus. En outre, un nombre limité d'enfants dont les dates de naissance ne sont pas connues ne sont pas pris en compte.

Presque 13 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans à São Tomé et Príncipe souffrent d'insuffisance pondérale et 2 pour cent sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère (Tableau 15). Environ 29 pour cent des enfants souffrent de retard de croissance ou sont trop courts pour leur âge et 4 pour cent sont émaciés ou trop minces pour leur taille. A São Tomé et Príncipe, les niveaux actuels de sous-nutrition chronique (retard de croissance) et de sous-nutrition globale (insuffisance pondérale) chez les enfants de moins de cinq sont respectivement treize et six fois plus élevés que la norme.

D'une manière générale, les enfants dans le Norte et le Centro ont plus de chances de souffrir de malnutrition quel qu'en soit le type – insuffisance pondérale, de retard de croissance ou émaciation – que les autres enfants. Ceux dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure ont le moins de chances de souffrir d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance par rapport à ceux dont les mères ont un niveau d'instruction inférieur. Les garçons semblent exposés un peu plus au risque de souffrir d'insuffisance pondérale, de retard de croissance et d'émaciation que les filles. La structure de l'âge indique qu'un pourcentage plus élevé d'enfants âgés de 12 à 23 mois sont malnutris selon tous les trois indices par rapport aux enfants qui sont plus jeunes et plus âgés. Cette situation est normale et s'explique par l'âge auquel de nombreux enfants cessent d'être allaités et sont exposés à la contamination à travers l'eau, les aliments et l'environnement (Figure 3).

Allaitement au sein

L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre l'infection, constitue une source idéale d'éléments nutritifs, est économique et sûr. Cependant, nombre de mères cessent d'allaiter trop tôt, et il existe souvent des pressions pour le passage aux préparations pour bébés, ce qui peut perturber la croissance et contribuer à la malnutrition en termes d'oligo-éléments, et ne constitue pas une méthode sûre si l'accès à l'eau potable n'est pas facile. Le but du Sommet mondial pour les enfants stipule que les enfants doivent

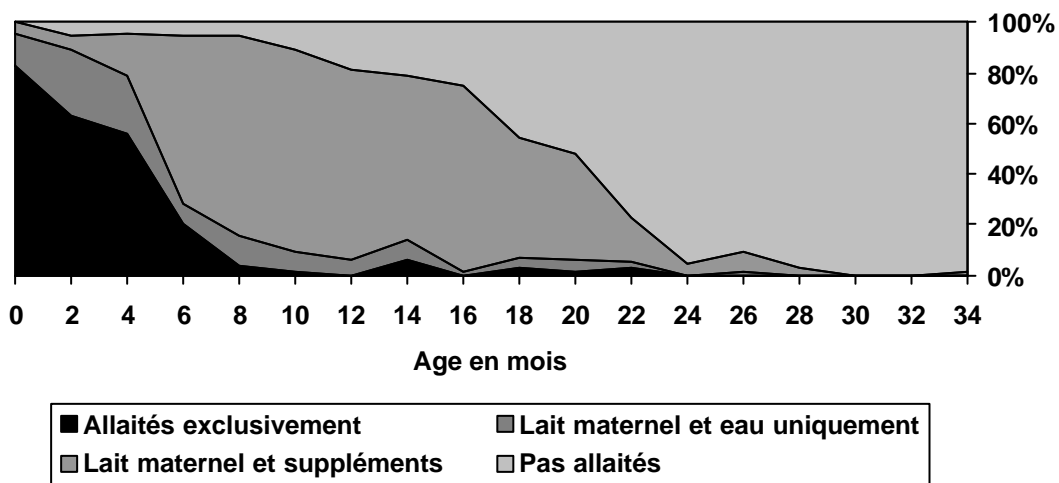
être allaités exclusivement pendant quatre à six mois et que l'allaitement devrait être poursuivi avec des aliments complémentaires pendant la majeure partie de la deuxième année de la vie. De nombreux pays ont adopté la recommandation de l'allaitement exclusif pour environ six mois.

Au Tableau 16, le statut d'allaitement repose sur les rapports des femmes concernant la consommation des enfants au cours des 24 heures précédant le sondage. Par *allaitement exclusif*, on entend les enfants qui ne reçoivent que le lait maternel et les vitamines, les suppléments minéraux ou les médicaments. Par *allaitement complémentaire*, on entend les enfants qui reçoivent le lait maternel et les aliments solides ou semi-solides. Les deux dernières colonnes du tableau comprennent les enfants qui continuent d'être allaités à un et deux ans. Les pourcentages selon la région et l'éducation de la mère ne sont pas indiqués en raison de la taille limitée de l'échantillon. Pour les mêmes raisons, la ventilation par sexe et par lieu de résidence pour les zones urbaines-rurales devrait être interprétée avec prudence.

Environ 64 pour cent des enfants âgés de moins de quatre mois sont allaités exclusivement. Quoique très encourageant, ce niveau est encore inférieur aux normes recommandées. A 6-9 mois, un peu plus de la moitié des enfants (53 pour cent) reçoivent du lait maternel et des aliments solides ou semi-solides. Autrement dit, même si l'alimentation mixte est introduite un peu tôt chez l'enfant, avant le quatrième mois, elle ne concerne pratiquement que la moitié des enfants à partir du sixième mois de vie. A 12-15 mois, la grande majorité (84 pour cent) des enfants continuent à être allaités tout en recevant des aliments de complément, tandis qu'à 20-23 mois, 42 pour cent le sont encore.

La Figure 3 présente la situation détaillée du statut d'allaitement par âge de l'enfant en termes de mois. Aux âges les plus précoces, relativement peu d'enfants reçoivent des fluides ou des aliments autres que le lait maternel. Le pourcentage d'enfants allaités exclusivement diminue progressivement pour se rapprocher de zéro après onze mois. A la fin de la première année, la plupart (84 pour cent) des enfants sont encore allaités.

Figure 3 : Distribution par pourcentage des enfants vivant selon le statut d'allaitement, São Tomé et Príncipe, 2000



Iodation du sel

La carence en iode dans l'alimentation constitue la cause la plus importante au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et peut réduire le quotient intellectuel (QI)

moyen d'une population dans des proportions pouvant atteindre treize points. L'iodation du sel constitue un moyen efficace et à faible coût d'éviter les troubles liés à la carence en iode (TCI). Le *sel iodé de façon adéquate* contient 15 ppm (parts par million) d'iode ou plus. Dans le cadre de la MICS, les agents enquêteurs ont testé le sel des ménages pour les niveaux d'iode grâce à un kit de test.

Pour la prévention du goitre endémique, en grande partie dû à la carence en iode, le Gouvernement a promulgué une législation, élaborée avec l'assistance de l'UNICEF, exigeant que tout sel produit, importé et vendu dans le pays soit iodé. Des mécanismes, établis au niveau des services douaniers, devaient permettre de vérifier si le sel importé remplit toutes les exigences de la loi. Cependant, si le sel qui entre dans le pays est généralement iodé, il apparaît que le contenu iodique n'est pas souvent suffisamment élevé pour compenser le niveau de carence parmi la population de São Tomé et Príncipe.

Environ 86 pour cent des ménages avaient du sel qui a été testé pendant la MICS (Tableau 17). Parmi les ménages où le sel a été testé, 41 pour cent disposaient d'un sel iodé de façon adéquate. Le pourcentage des ménages disposant de sel iodé de façon adéquate oscille entre 10 pour cent à Príncipe et 44 pour cent dans la région du Centro. Il y avait relativement autant de ménages urbains que de ménages ruraux à disposer de sel iodé de façon adéquate, soit 40 et 41 pour cent respectivement).

Supplémentation en vitamine A

La carence en vitamine A (CVA) affaiblit les systèmes immunitaires des enfants, accroît leurs chances de mourir de maladies courantes de l'enfance et mine la santé de la femme enceinte et allaitante. Elle peut provoquer également des dégâts aux yeux et la cécité chez les enfants. Toutefois, elle peut être évitée facilement par la supplémentation en vitamine A ou par la fortification des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de cinq ans dépasse 70 pour 1000 naissances vivantes ou dans lesquelles la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique mettent en place un programme de lutte contre la carence en vitamine A. Conformément aux directives de l'UNICEF/OMS, le Ministère de la santé de São Tomé et Príncipe recommande que les enfants âgés de 6 à 12 mois reçoivent une capsule d'une dose de vitamine A de 100 000 UI tous les six mois, et que les enfants âgés de plus d'un an reçoivent une dose élevée de 200 000 UI tous les six mois.

Au cours des six mois précédant la MICS, seulement 3 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose élevée de supplémentation en vitamine A (Tableau 18). Moins de un pour cent n'avaient pas reçu de supplémentation au cours des six derniers mois, mais avaient reçu une avant cette période. Un pour cent des enfants avaient reçu une supplémentation en vitamine A à un moment ou à un autre par le passé, mais leur mère/personne en charge n'avait pu préciser quand. Il n'existe pas dans le pays de programme de distribution systématique de suppléments en vitamine A.

Faible poids à la naissance

Les nourrissons qui pèsent moins de 2500 grammes (2,5 kg) à la naissance sont considérés comme des bébés dont le poids est faible à la naissance. Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui sont pesés peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances, le poids à la naissance notifié ne peut être utilisé pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire : l'évaluation faite par la mère de la **taille** de l'enfant à la naissance (c'est-à-dire, très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du **poids** de l'enfant ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance. Soixante quatorze

pour cent des bébés avaient été pesés à la naissance au titre de la MICS de São Tomé et Príncipe.

Tout d'abord, les deux éléments ont été tabulés pour les enfants qui avaient été pesés à la naissance afin d'obtenir la proportion des naissances dans chaque catégorie de la **taille** qui pesaient moins de 2500 grammes. Cette proportion est ensuite multipliée par le nombre total d'enfants appartenant à la catégorie de la taille pour obtenir le nombre estimatif des enfants dans chaque catégorie de taille qui avait un faible poids à la naissance. Les chiffres pour chaque catégorie de la taille sont résumés afin d'obtenir le nombre total des enfants ayant un faible poids à la naissance. Ce chiffre est divisé par le nombre total de naissances vivantes afin d'obtenir le pourcentage du faible poids à la naissance.

A São Tomé et Príncipe, 18 pour cent des nourrissons auraient un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes (Tableau 20). Ce pourcentage est deux fois supérieur à la moyenne pour l'Amérique Latine et la région des Caraïbes (9 pour cent) (UNICEF, 2000). Par ailleurs, Il a été démontré que les enfants hypotrophiques courent trois fois plus de risques de mourir pendant la petite enfance, car très souvent l'insuffisance pondérale se cumule avec une malnutrition sévère pendant les premiers mois de la vie, rendant l'enfant plus vulnérable aux maladies infectieuses.

E. Santé infantile

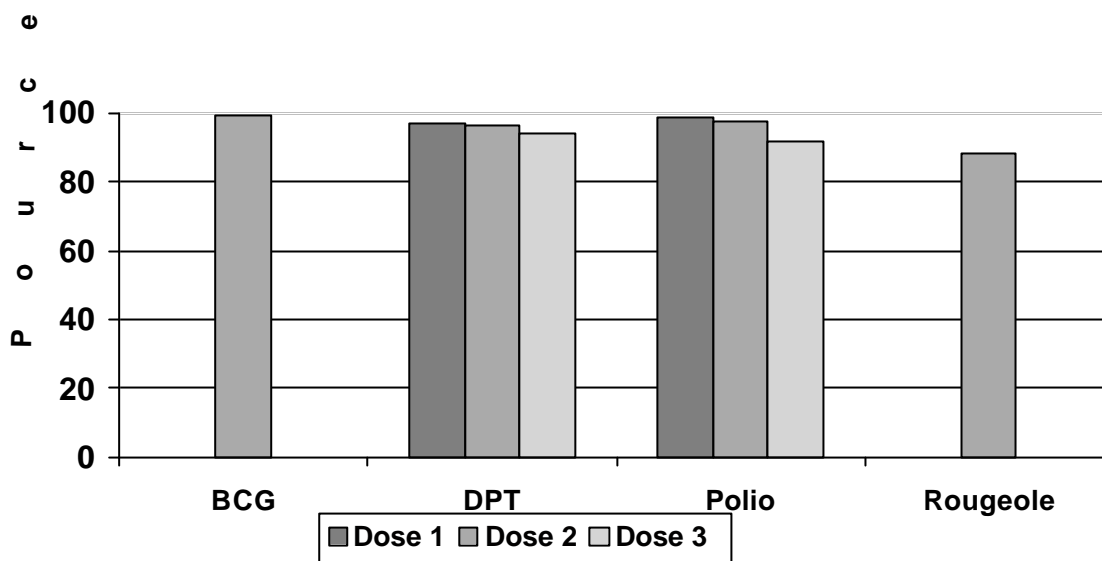
Couverture vaccinale

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG afin de le protéger contre la tuberculose, trois doses de la DPT pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche, et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois. Dans le cadre de la MICS, les mères ont été invitées à produire les carnets de vaccination pour les enfants âgés de moins de cinq ans. Les agents enquêteurs ont recopié les informations des carnets relatives à la vaccination dans le questionnaire de la MICS. Les mères ont également été sondées afin qu'elles notifient toute vaccination reçue par l'enfant, qui ne figure pas dans le carnet. D'une manière générale, 84 pour cent des enfants avaient des carnets de santé. Si l'enfant n'avait pas de carnet, on lisait à la mère une brève description de chaque vaccin et on lui demandait de se rappeler si l'enfant l'avait reçue ou non, pour la DPT et la polio, et combien de fois.

Le Tableau 21 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations. Dans ce tableau, les enfants âgés de 12 à 23 mois constituent le dénominateur, de façon que seuls les enfants qui sont suffisamment âgés pour être entièrement vaccinés soient pris en compte. Dans la partie supérieure, l'agent enquêteur ajoute tous les enfants qui ont été vaccinés à un moment ou à un autre avant l'enquête selon le carnet de vaccination ou le rapport fait par la mère. Dans la partie inférieure, seuls ceux disposant de carnet avec la date complète de vaccination et qui ont été vaccinés avant leur premier anniversaire sont pris en compte.

Presque 100 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu une vaccination de BCG à l'âge de 12 mois et la première dose de la DPT avait été administrée à 97 pour cent. Le pourcentage baisse peu ou pas pour les doses suivantes de la DPT, s'élevant seulement à 97 pour cent pour la deuxième dose, et à 94 pour cent pour la troisième dose (Figure 4). De même, 99 pour cent des enfants avaient reçu la Polio 1 à l'âge de 12 mois et ce pourcentage baisse peu pour s'établir à 92 pour cent pour la troisième dose. La couverture pour le vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois est inférieure à celle des autres vaccins, soit 89 pour cent. Par conséquent, le pourcentage des enfants qui avaient reçu toutes les huit vaccinations au moment de leur premier anniversaire est assez élevé, il atteint 81 pour cent.

Figure 5 : Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois, ayant la date complète de vaccination sur leur carnet, qui ont été vaccinés à l'âge de 12 mois, São Tomé et Príncipe, 2000



Au Tableau 22, le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés à l'heure actuelle contre les maladies de l'enfance est présenté selon les caractéristiques du contexte. A la différence du tableau précédent, les estimations de ce tableau concernent les enfants qui étaient vaccinés au moment de l'enquête, même s'ils n'ont pas été vaccinés avant l'âge de 12 mois.

Dans l'ensemble, le taux de vaccination des filles est légèrement plus élevé que celui des garçons. Aussi les enfants dans les zones rurales ont plus de chances d'être vaccinés que les enfants des zones urbaines. La distribution par région repose sur des nombres assez limités de cas ne permettant pas de faire des comparaisons de taux de couverture vaccinale. Quant aux différences de niveau d'instruction de la mère en matière de couverture vaccinale, elles ne paraissent pas ici significatives.

Diarrhée

Les maladies diarrhéiques aiguës constituent, avec le paludisme et les maladies respiratoires aiguës analysés plus loin dans ce rapport, les principales causes de morbidité et de mortalité à São Tomé et Príncipe, notamment dans l'enfance. La déshydratation due à la diarrhée constitue donc une cause importante de mortalité chez les enfants de ce pays. La prise en charge à domicile de la diarrhée – à l'aide soit des sels de réhydratation orale (SRO) soit des fluides faits à domicile recommandés – permet d'éviter nombre de ces décès. La prévention de la déshydratation et de la malnutrition, grâce à l'augmentation de l'absorption de fluides et à la poursuite de l'alimentation de l'enfant, constitue également une stratégie importante de la prise en charge de la diarrhée.

Dans le questionnaire de la MICS, les mères (ou les personnes en charge) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, la mère a été invitée à répondre à une série de questions concernant les fluides et la nourriture donnés à l'enfant pendant l'épisode et à dire s'il s'agissait plus ou moins de ce que l'enfant avait coutume de manger et de boire. D'une manière générale, 18 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans avaient fait de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête (Tableau 23). La prévalence de la diarrhée était un peu supérieure dans le

Súl, avec 23 pour cent, par rapport aux autres régions. La pointe de la prévalence de la diarrhée intervient au cours de la période de sevrage, chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

Le Tableau 23 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de fluides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de liquide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Quarante-deux pour cent des enfants avaient reçu du lait maternel pendant la diarrhée. Les enfants âgés de moins de 12 mois ont particulièrement plus de chances d'avoir reçu du lait maternel. Environ 17 pour cent des enfants avaient reçu des gruaux et 31 pour cent des SRO. Plus de la moitié (54 pour cent) des enfants avaient reçu de l'eau avec de la nourriture pendant la diarrhée, tandis que 22 pour cent avaient reçu du lait ou autre formule infantile durant cette épisode. Les enfants des mères ayant une éducation secondaire semblent avoir moins de chances que les autres enfants de recevoir de la SRO et du lait maternel, mais ils ont plus de chances de recevoir des gruaux. Au moins huit enfants sur dix ayant la diarrhée ont reçu un ou plusieurs des traitements à domicile recommandés (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les fluides faits à domicile recommandés).

Trente-neuf pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que près de la moitié ont bu la même quantité ou moins (Tableau 24). Environ 69 pour cent avaient mangé un peu moins, la même quantité ou plus que d'habitude, tandis que 28 pour cent avaient mangé beaucoup moins que d'habitude ou pas du tout. D'une manière générale, seulement un enfant sur quatre ayant la diarrhée avait reçu davantage de fluides et avait continué de manger tel que recommandé.

Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës de la voie inférieure, en particulier la pneumonie, constituent l'une des principales causes de décès chez les enfants de São Tomé et Príncipe. Dans le questionnaire de la MICS, les enfants ayant une infection respiratoire aiguë sont considérés comme ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes étaient dus à un problème au niveau de la poitrine ou à la fois à un problème au niveau de la poitrine et à l'obstruction nasale ou dont la mère ne connaissait pas la cause du problème. Seuls cinq pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête selon ces critères (Tableau 25). Parmi ceux-ci, 17 pour cent avaient été emmenés à l'hôpital pour traitement, 14 pour cent avaient été emmenés dans un centre de santé, et 8 pour cent avaient été conduits dans un poste de santé ou dans un dispensaire. Six pour cent avaient été emmenés dans une clinique pour traitement, et 12 pour cent avaient été emmenés chez l'un ou l'autre type de prestataire de soins de santé. D'une manière générale, 47 pour cent des enfants ayant des IRA avaient été emmenés chez un prestataire de soins approprié (c'est-à-dire, à l'hôpital, au centre de santé, au centre de PMI, au poste de santé, au dispensaire, à un agent de santé communautaire, à la clinique, au personnel d'équipe mobile, à un médecin privé).

Initiative de la PCIME

La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) est un programme qui a été élaboré par l'UNICEF et l'OMS et qui combine les stratégies de lutte et de traitement des cinq principales causes de décès des enfants – les infections aiguës de la voie respiratoire inférieure, la déshydratation due à la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Le programme met l'accent sur l'amélioration des aptitudes de prise en charge des cas par les agents de santé, l'amélioration du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires pour la prévention et la prise en charge précoce des maladies de l'enfance. La prise en charge à domicile adéquate de la maladie est une composante de la PCIME. Cette approche enseigne aux mères que la prise en charge à domicile appropriée de la diarrhée ou de n'importe quelle autre maladie nécessite que l'on donne davantage de fluides et que l'on continue de nourrir normalement les enfants malades.

Le Tableau 26 présente des informations sur le comportement des enfants de moins de cinq ans malades face aux fluides et à la nourriture. Près de 41 pour cent des enfants auraient eu la diarrhée ou d'autres maladies au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 39 pour cent avaient bu plus de fluides pendant la maladie et 62 pour cent avaient continué de manger (c'est-à-dire, qu'ils mangeaient moins, la même quantité ou plus). D'une manière générale, seuls 22 pour cent des enfants malades avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger conformément aux recommandations du programme de la PCIME.

La promotion des connaissances au niveau des personnes en charge en ce qui concerne le moment approprié pour rechercher les soins pour les enfants malades constitue un autre volet essentiel du programme de la PCIME. Dans la MICS de São Tomé et Príncipe, les mères ou les personnes en charge des enfants ont été invitées à citer tous les symptômes qui pourraient les conduire à emmener immédiatement un enfant dans un établissement de santé. La réponse la plus courante, donnée par 59 pour cent des mères, était qu'elles emmèneraient l'enfant dans un établissement de santé s'il avait de la fièvre (Tableau 27). Quarante-trois pour cent ont déclaré que si l'état de l'enfant s'aggravait, ils l'emmèneraient immédiatement dans un établissement de santé, tandis que 6 à 7 pour cent ont mentionné la respiration rapide, l'incapacité à boire ou à têter comme il faut, la difficulté respiratoire, et le sang dans les selles.

Parmi les régions, les mères de Príncipe et, dans une moindre mesure, celles du Centro ont plus de chances que les mères des autres régions de connaître les signes de la recherche immédiate des soins. D'une manière générale, un peu plus de la moitié (51 pour cent) des mères de Príncipe connaissent au moins deux signes de la recherche des soins, contre 23 pour cent dans la région du Centro, 12 pour cent dans la région du Norte et 8 pour cent dans celle du Súl. Les mères urbaines avaient plus de chances de mentionner au moins deux signes de la recherche des soins par rapport aux mères rurales. Cependant, les différences par rapport au niveau d'instruction sont minimes.

Paludisme

Le paludisme est hyperendémique dans tout le territoire de São Tomé et Príncipe et constitue l'un des problèmes les plus sérieux de santé publique auxquels le pays doit faire face. Il est la principale cause de mortalité, notamment chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Il provoque également l'anémie chez les enfants et représente une cause importante d'absentéisme à l'école. Les mesures de prévention, en particulier l'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide, permettent de réduire de façon appréciable les taux de mortalité du paludisme chez les enfants. Dans les zones où le paludisme est répandu, les recommandations internationales suggèrent le traitement de toute fièvre chez les enfants tout comme s'il s'agissait de paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens recommandés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère tels que la fièvre ou les convulsions, devraient être emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme devraient recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et devraient continuer d'être allaités.

Le questionnaire de la MICS comprend des questions concernant l'utilisation des moustiquaires chez les enfants. Quarante-trois pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête (Tableau 28). Ce pourcentage baisse avec l'âge. Seuls 45 pour cent des enfants âgés de moins de 6 mois dormaient sous une moustiquaire, contre 47 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois, et 36 pour cent des enfants âgés de 48 à 59 mois. D'une manière générale, plus de la moitié (53 pour cent) des moustiquaires utilisées sont imprégnées à l'insecticide.

Les questions concernant la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Vingt-neuf pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans avaient fait de la fièvre au cours des deux semaines précédant la MICS (Tableau 29). La

prévalence de la fièvre concerne 35 pour cent de tous les enfants âgés de 6 à 23 mois, puis baisse légèrement pour s'établir à environ 30 pour cent pour les enfants âgés de 24 à 47 mois et 48 à 59 mois. Les différences de prévalence de la fièvre chez l'enfant selon le niveau d'instruction de mère ne sont pas significatives. Les disparités régionales ne sont pas non plus importantes, oscillant entre 25 et 38 pour cent pour les quatre régions.

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pendant la maladie, tant les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits par un établissement de santé. Environ 76 pour cent des enfants avaient reçu du Paracétamol et 61 pour cent avaient reçu de la Chloroquine, tandis que moins de un pour cent avait reçu du Fansidar. D'une manière générale, 61 pour cent des enfants fébriles avaient reçu un antipaludéen approprié. On n'observe pratiquement pas de différences de traitement adéquat en cas de fièvre selon la région ou le milieu de résidence ni selon le niveau d'instruction de la mère.

F. VIH/SIDA

Connaissance du Sida

L'une des stratégies les plus importantes de réduction du taux d'infection du VIH/Sida concerne la promotion des connaissances précises sur les modes de transmission du Sida et les moyens de prévenir sa transmission. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans à São Tomé et Príncipe, 95 pour cent avaient entendu parler du Sida (Tableau 30). Ce pourcentage est très élevé dans les zones urbaines (97 pour cent) et est légèrement inférieur dans les zones rurales (94 pour cent). Il est de 93 pour cent chez les jeunes femmes adolescentes de 15 à 19 ans.

Plusieurs déclarations sur les modes de transmission du VIH/Sida ont été lues aux femmes dans le cadre de la MICS et elles ont été invitées à dire si elles pensaient que ces déclarations étaient vraies. Pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, trente un pour cent pensent que l'utilisation d'un préservatif chaque fois que l'on a des rapports sexuels permet de prévenir la transmission du VIH, et une femme sur quatre pense que le fait d'avoir un seul partenaire sexuel fidèle non infecté le permet également. D'une manière générale, seulement 19 pour cent connaissent les deux modes et 37 pour cent connaissent au moins l'un des modes de prévention de la transmission. En ce qui concerne les adolescentes de 15 à 19 ans, une femme sur trois pense que l'utilisation du préservatif chaque fois que l'on a des rapports sexuels permet la prévention de la transmission du VIH, tandis qu'une femme sur quatre pense que c'est le fait d'avoir un seul partenaire sexuel fidèle qui ne soit pas infecté et une femme sur cinq pense que l'abstinence sexuelle permet de prévenir la transmission du VIH. Au total, seulement 11 pour cent des adolescentes âgées de 15 à 19 ans connaissent les trois modes et 41 pour cent au moins l'un des trois modes de prévention de la transmission du VIH.

Les connaissances exactes sur les modes de transmission du VIH/Sida sont nettement moins répandues parmi les femmes des régions Súl et Norte par rapport aux autres femmes. De même, l'instruction constitue un facteur très important en ce qui concerne les connaissances au sujet du Sida. Le pourcentage qui connaît toutes les deux méthodes de prévention de la transmission est presque trois fois plus élevé parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures par rapport aux femmes qui n'ont reçu aucune instruction. Les différences entre groupes d'âges ne sont pas particulièrement importantes ; le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les deux méthodes oscille entre 14 pour cent chez les femmes âgées de 40 à 44 ans et 20 pour cent chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.

Quarante-quatre pour cent des femmes ont indiqué correctement que le Sida ne peut être transmis par des modes surnaturels, tandis que 33 pour cent ont affirmé que le Sida ne peut être répandu par les piqûres de moustiques (Tableau 31). Plus de six femmes sur dix pensent, à juste titre, qu'une personne qui semble en bonne santé peut être infectée. Dans le Norte et le Súl, les femmes ont plus de chances de croire aux conceptions erronées sur la transmission du

Sida par rapport aux autres femmes. Les femmes dans la région du Centro ont plus de chances de reconnaître toutes les trois conceptions erronées. Par contre, seulement le quart de ces femmes a identifié correctement toutes les trois conceptions erronées. Les femmes urbaines ont presque deux fois plus de chances de reconnaître toutes les trois conceptions erronées sur le VIH/Sida par rapport aux femmes rurales.

Cinquante cinq pour cent des femmes à São Tomé et Príncipe savent que le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant (Tableau 32). Interrogées plus particulièrement sur les mécanismes par lesquels la transmission de la mère à l'enfant s'effectue, 53 pour cent ont déclaré que la transmission pendant la grossesse était possible, 45 pour cent ont affirmé que la transmission au moment de l'accouchement est possible, et seulement 38 pour cent ont admis que le Sida peut être transmis par le lait maternel. Un peu moins d'une femme sur trois (32 pour cent) connaît tous les trois modes de transmission. Ce pourcentage ne change pas beaucoup selon le niveau d'instruction.

L'enquête de la MICS s'est attachée également à étudier les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/Sida. Pour ce faire, il a été demandé aux répondants s'ils étaient d'accord avec deux questions qui leur ont été posées. La première demandait si un enseignant qui a le virus du Sida, mais qui n'est pas malade doit être autorisé à continuer d'enseigner. La deuxième question demandait si le répondant achèterait de la nourriture avec un boutiquier ou un vendeur de nourriture qui, de l'avis du répondant, est infecté par le Sida. Les résultats sont présentés au Tableau 33.

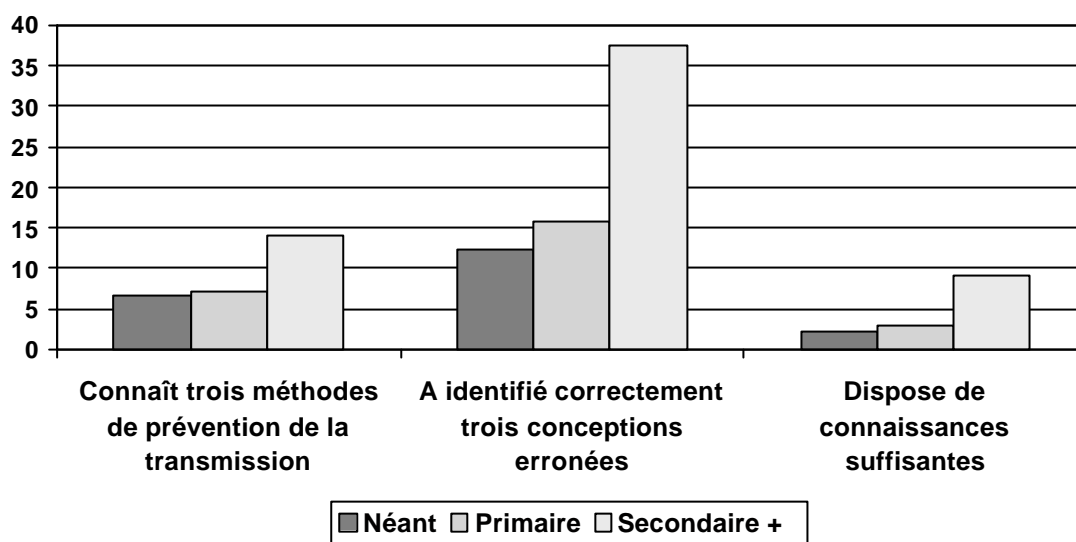
Moins de la moitié (45 pour cent) des répondants pensent qu'un enseignant qui a le VIH/Sida ne devrait pas être autorisé à travailler. Ce pourcentage est le plus élevé dans la région du Centro, avec 49 pour cent, et le plus faible au Norte, avec 31 pour cent. Les femmes dans les zones urbaines et celles qui ont une éducation secondaire ou supérieure ont plus de chances de se prononcer sur cette attitude discriminatoire par rapport à celles des zones rurales et à celles qui ont une éducation primaire ou pas d'instruction. Trente-sept pour cent des femmes n'achèteraient pas de nourriture auprès d'une personne infectée par le Sida. Il est intéressant de relever qu'il existe des différences entre régions par rapport à la première question. Avec 41 pour cent, les femmes dans le Norte ont le plus de chances de se prononcer sur une attitude discriminatoire concernant cette question. Puis viennent celles de la région du Centro, avec 37 pour cent. D'une manière générale, 65 pour cent des femmes acceptent au moins l'une des affirmations discriminatoires.

Le Tableau 34 résume les informations tirées des deux tableaux précédents concernant les connaissances du Sida (Tableaux 30 et 31). La deuxième colonne présente le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention de la transmission du VIH – avoir un partenaire non infecté fidèle, l'utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel, et l'abstinence sexuelle. Seulement dix pour cent des femmes connaissent toutes ces trois méthodes. La troisième colonne du tableau présente le pourcentage des femmes qui ont identifié correctement toutes les trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH – à savoir que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels, qu'il peut être transmis par les piqûres de moustiques, et qu'une personne qui semble en bonne santé ne peut être infectée. Vingt cinq pour cent des femmes ont identifié correctement ces conceptions erronées. Enfin, la quatrième colonne du tableau présente le pourcentage des femmes qui ont des "connaissances suffisantes" sur la transmission du VIH/Sida. Il s'agit de femmes qui connaissent les trois méthodes de prévention de la transmission du VIH et qui ont identifié correctement toutes les trois conceptions erronées. Seuls 6 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans appartiennent à cette catégorie.

Les connaissances au sujet de la transmission du VIH/Sida varient considérablement selon le niveau d'instruction (Figure 5). Les femmes qui ont fait des études secondaires ou supérieures ont deux fois plus de chances de connaître toutes les trois méthodes de prévention de la

transmission par rapport aux femmes qui n'ont reçu aucune instruction. Elles ont également trois fois plus de chances d'identifier correctement toutes les trois conceptions erronées concernant le Sida et quatre fois plus de chances d'avoir des connaissances suffisantes sur la transmission du VIH/Sida.

Figure 6 : Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans disposant de connaissances suffisantes sur la transmission du VIH/Sida par niveau d'instruction, São Tomé et Príncipe, 2000



Dépistage du Sida

Le dépistage volontaire du Sida, accompagné du conseil, permet aux personnes infectées de rechercher les soins de santé et d'éviter d'infecter les autres. Le dépistage est particulièrement important pour les femmes enceintes qui peuvent ainsi prendre des mesures pour éviter d'infecter leurs bébés. Les indicateurs présentés au Tableau 35 visent à assurer le suivi pour savoir si les femmes connaissent les endroits où elles peuvent effectuer le test du VIH/ Sida, la mesure dans laquelle elles ont effectué le test, et la mesure dans laquelle celles qui ont effectué le test ont reçu le résultat de leur test. A certains endroits, une proportion relativement importante de personnes qui sont testées ne reviennent pas chercher leurs résultats par peur d'avoir la maladie, de peur que leur vie privée ne soit violée ou pour d'autres raisons.

Seulement un quart (24 pour cent exactement) des femmes en âge de procréer à São Tomé et Príncipe connaissent un endroit où l'on peut effectuer le dépistage du Sida. Les femmes vivant dans la région du Centro ont le plus de chances de connaître un endroit, puis viennent celles de Príncipe, du Norte et du Súl, respectivement. Seuls 12 pour cent des femmes qui n'ont reçu aucune instruction connaissent un endroit où on peut effectuer le test, contre 16 pour cent des femmes ayant une éducation primaire et 37 pour cent des femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures.

Environ 6 pour cent des femmes ont effectué le test du Sida. Une fois de plus, ce pourcentage est le plus élevé dans la région du Centro, avec 6 pour cent, et le plus faible dans le Súl et Príncipe, avec 4 pour cent, et il est d'environ 5 pour cent dans le Norte. La majorité des femmes qui ont effectué le test ont reçu le résultat (54 pour cent). Il existe cependant des disparités notamment entre régions et milieu de résidence. Parmi les régions, les femmes de Príncipe ont le moins de chances de recevoir leur résultat. Par rapport aux femmes rurales, les

femmes urbaines ont le plus de chances de connaître un endroit où l'on peut effectuer le dépistage du Sida, d'être testées et de recevoir le résultat du test. Les femmes adolescentes (15 à 19 ans) ont non seulement le moins de chances, par rapport à tous les groupes d'âge, d'être testées mais aussi le moins de chances de connaître leur résultat, juste après celles âgées de 40 à 44 ans. Enfin, les femmes qui n'ont reçu aucune instruction ont moins de chances que les femmes plus instruites d'être testées et, probablement, moins de chances de recevoir le résultat de leur test.

G Santé reproductive

Contraception

L'utilisation de la contraception à l'heure actuelle a été mentionnée par 29 pour cent des femmes mariées ou vivant dans une union (Tableau 36). La méthode la plus répandue est la pilule qui est utilisée par une femme mariée sur six à São Tomé et Príncipe. La méthode suivante la plus populaire est l'injection, qui représente 9 pour cent des femmes mariées ou en union. Un peu plus de un pour cent des femmes utiliseraient la DIU. Moins de un pour cent utilise les injections, les préservatifs, l'abstinence périodique, le retrait, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, les méthodes vaginales ou la Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAL).

La prévalence de la contraception est la plus élevée dans la région de Príncipe, avec 52 pour cent, tandis que dans toutes les autres régions seulement environ une femme mariée sur quatre utilise une méthode contraceptive, avec une prévalence variant entre 22 pour cent au Súl et 27 pour cent au Centro. Les adolescentes ont moins de chances d'utiliser la contraception que les femmes plus âgées. Seules environ 22 pour cent des femmes mariées ou vivant dans une union âgées de 15 à 19 ans utilisent, à l'heure actuelle, une méthode contraceptive, contre 28 pour cent des femmes âgées de 20 à 24 mois et 31 pour cent des femmes plus âgées.

Il existe une corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation des contraceptifs. Le pourcentage des femmes utilisant une méthode contraceptive augmente, passant de 24 pour cent parmi celles qui n'ont pas d'instruction à 30 pour cent parmi celles qui ont une éducation primaire et à 32 pour cent pour les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. Outre les différences de prévalence, la combinaison des méthodes varie selon le niveau d'instruction. Respectivement 44 et 59 pour cent des femmes qui utilisent les contraceptifs et qui n'ont aucune instruction ou qui n'ont que le niveau du primaire utilisent la pilule et 44 et 30 pour cent utilisent les injections. En revanche, 61 pour cent des utilisatrices de contraceptifs ayant le niveau secondaire et plus utilisent la pilule et 22 pour cent utilisent les injections.

Consultations prénatales

Les consultations prénatales de qualité peuvent contribuer à prévenir la mortalité maternelle par la détection et la prise en charge des complications potentielles et des facteurs de risque, notamment la pré-éclampsie, l'anémie et les maladies sexuellement transmissibles. Les consultations prénatales constituent également des opportunités pour les femmes de connaître les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, d'être vaccinés contre le tétanos, d'apprendre les soins à prodiguer au nourrisson et d'être traités pour les affections existantes, notamment le paludisme et l'anémie.

Les injections de toxoïde tétanique sont administrées aux femmes pendant la grossesse pour protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal qui constitue une cause importante de mortalité infantile due essentiellement aux conditions non hygiéniques pendant l'accouchement. Deux doses de toxoïde tétanique pendant la grossesse assurent une protection complète. Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse précédente, il se

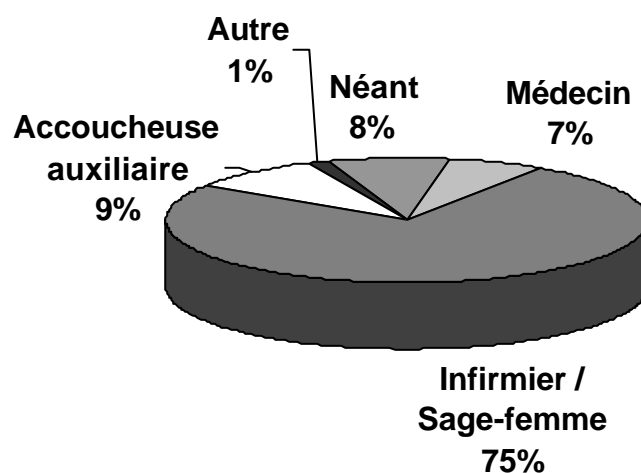
peut qu'elle n'ait besoin que d'un rappel pour lui assurer une protection complète. Cinq doses assureraient une protection pour toute la vie.

Comme il est signalé plus haut, au chapitre III, les données relatives au module sur l'anatoxine tétanique ne peuvent faire l'objet d'une analyse différentielle. Même considérées au niveau national, les estimations devraient être interprétées avec prudence, vu le nombre très limité de cas. En effet, suite à quelques erreurs d'opérationnalisation, ce module, comme d'ailleurs celui sur la santé maternelle et du nouveau-né, aurait été amputé en moyenne de onze douzième du nombre de cas possibles (voir chapitre III). Dès lors, en toute hypothèse, presque deux femmes sur trois (64 pour cent exactement) ayant accouché récemment à São Tomé et Príncipe sont protégées contre le tétanos néonatal (Tableau 37).

Les répondantes, qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS de São Tomé et Príncipe, ont été interrogées pour savoir si elles avaient reçu des soins prénatals pour l'accouchement et, le cas échéant, quel type de personne en avait assuré la prestation. Si la femme connaissait plus d'un type de prestataires de soins, ils étaient tous enregistrés dans le questionnaire. Le Tableau 38 présente la distribution par pourcentage des femmes ayant accouché au cours de l'année précédant la MICS par type de personnel qui a fourni les soins prénatals. Si plus d'un prestataire a été mentionné par la répondante, elle est considérée comme ayant vu la personne la plus qualifiée qu'elle a mentionnée.

La quasi-totalité des femmes de São Tomé et Príncipe reçoivent un type ou un autre de soins prénatals et 91 pour cent reçoivent des soins prénatals d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme). Cependant, seulement 7 pour cent des femmes ayant accouché au cours de l'année précédant l'enquête avaient reçu des soins prénatals d'un médecin et 9 pour cent d'une accoucheuse auxiliaire. En revanche, les infirmiers et sages-femmes constituent de loin les principaux prestataires de soins prénatals, en les prodigant à 75 pour cent des femmes ayant accouché au cours de l'année précédant la MICS (Figure 7).

Figure 7 : Distribution par pourcentage des femmes ayant accouché au cours de l'année écoulée par type de personnel assurant la prestation des soins prénatals, São Tomé et Príncipe, 2000



Assistance pendant l'accouchement

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié permet d'améliorer considérablement les résultats de santé pour les mères et les enfants grâce à l'utilisation de procédures appropriées sur le plan technique, et au diagnostic précis et rapide, ainsi qu'au traitement des complications. Par *assistance qualifiée pendant l'accouchement*, on entend une assistance apportée par un médecin, un infirmier ou une sage-femme. Environ 79 pour cent des naissances intervenues au cours de l'année précédant l'enquête sur la MICS avaient été assistées par un personnel qualifié (Tableau 39). En dépit du nombre limité de cas, il ressort que plus la femme est instruite, plus il y a de chances qu'elle accouche avec l'assistance d'une personne qualifiée.

Environ 45 pour cent des accouchements survenus au cours de l'année précédant l'enquête de la MICS avaient été assistés par un infirmier ou une sage-femme. Les accoucheuses auxiliaires avaient assisté l'accouchement de 25 pour cent des femmes et les médecins 9 pour cent. D'une manière générale, les accoucheuses traditionnelles avaient assisté 12 pour cent des naissances, tandis que près de 7 pour cent des naissances étaient survenues sans aucune assistance.

H. Droits de l'enfant

Enregistrement des naissances à l'état civil

La Convention internationale sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom et à une nationalité et à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement des naissances à l'état civil constitue un moyen fondamental de préserver ces droits pour les enfants. Les naissances de 70 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans de São Tomé et Príncipe ont été enregistrées (Tableau 40). Il n'existe pas de disparités importantes en ce qui concerne l'enregistrement des naissances à l'état civil entre les sexes. Par contre, les enfants en milieu urbain ont plus de chances que ceux en milieu rural d'avoir leurs naissances enregistrées à l'état civil. Aussi le pourcentage de naissances enregistrées augmente avec le niveau d'instruction de la mère, ainsi qu'avec l'âge de l'enfant. Les enfants des régions Súl et Norte ont moins de chances de voir leurs naissances enregistrées à l'état civil par rapport aux autres enfants, mais il semble que cette situation s'explique essentiellement par le fait qu'une proportion relativement importante de mères ne sait pas si la naissance de leurs enfants a été enregistrée à l'état civil ou non. Parmi ceux dont les naissances ne sont pas enregistrées à l'état civil, la négligence ou la non prise de décision du père constitue la principale raison évoquée par les répondantes.

Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants

Les enfants qui sont orphelins ou qui vivent loin de leurs parents peuvent être exposés à un risque accru d'appauvrissement, de discrimination, de déni des droits de propriété et des droits d'héritage, de différentes formes de sévices, de négligence et d'exploitation par le travail ou par la sexualité. Le suivi du niveau de l'orphelinat et des dispositions relatives à la garde des enfants permet d'identifier ceux qui peuvent être exposés aux risques et de suivre l'évolution de leur situation au fil du temps.

A São Tomé et Príncipe, 54 pour cent des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (Tableau 41). Un pourcentage important – 30 pour cent – vit avec leurs mères uniquement bien que leurs pères soit vivants. Environ 9 pour cent ne vivent avec aucun des parents, bien que ceux-ci soient vivants. Les enfants qui ne vivent pas avec le parent biologique représentent 10 pour cent et ceux dont l'un des deux parents est décédé représentent 4 pour cent de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les enfants plus âgés ont plus de chances de vivre loin de leurs parents biologiques par rapport aux enfants plus jeunes. Bien que seulement 4 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans ne vivent pas avec un parent biologique, 17 pour cent des enfants âgés de 10 à 14 ans vivent avec lui.

La situation des enfants dans le Centro et Príncipe est différente de celle de ceux de São Tomé et Príncipe. Dans le Centro et à Príncipe, la moitié des enfants vivent avec les deux parents. Respectivement 32 et 26 pour cent vivent avec leur mère seulement, mais leur père est vivant et une proportion relativement importante (9 et 12 pour cent respectivement) ne vit avec aucun des parents bien qu'ils soient vivants.

Travail des enfants

Il est important d'assurer le suivi de la mesure dans laquelle les enfants travaillent, ainsi que du type de travail qu'ils effectuent pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent ont moins de chances d'être scolarisés et plus de chances d'abandonner l'école. Les enfants peuvent ainsi être piégés dans un cycle de pauvreté et de privations. Les conditions de travail des enfants ne sont souvent pas réglementées et comportent peu de mesures de protection contre les sévices potentiels. En outre, de nombreux types d'activités sont fondamentalement dangereux, tandis que d'autres présentent des risques moins évidents pour les enfants, notamment l'exposition aux pesticides dans les activités agricoles, le transport de charges lourdes et faire les poubelles.

A São Tomé et Príncipe, selon l'enquête de la MICS, seuls environ deux pour cent des enfants âgés de 5 à 14 ans ont effectué un travail rémunéré (Tableau 42). Environ trois fois plus – 6 pour cent – participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.

Par "travail domestique", on entend faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de l'eau et s'occuper des enfants. Presque sept enfants sur dix accomplissent ces tâches pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 5 pour cent y consacrent plus de quatre heures par jour. Près de 10 pour cent des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué des travaux pour la famille, dans une ferme ou dans les affaires. D'une manière générale, les filles ont un peu plus de chances que les garçons et les enfants plus âgés (de 10 à 14 ans) par rapport aux enfants plus jeunes (de 5 à 9 ans) d'effectuer ces tâches domestiques. Il existe des disparités entre régions en ce qui concerne le pourcentage des enfants qui effectuent des travaux domestiques. Pour ceux qui consacrent moins de quatre heures par jour aux tâches domestiques, le pourcentage se situe entre 54 pour cent dans la région de Príncipe et 78 pour cent dans le Súl. De même, des disparités régionales existent quant au pourcentage d'enfants effectuant des travaux pour la famille (dans une ferme ou dans les affaires), celui-ci va de 8 pour cent dans le Centro à 18 pour cent à Príncipe.

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux sont considérés comme des "travailleurs". En général, 20 pour cent des enfants sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle. Les garçons sont plus enclins à appartenir à cette catégorie de travailleurs que les filles, avec 22 pour cent des garçons contre 18 pour cent des filles. On rencontre ces travailleurs plus parmi les enfants plus âgés (de 10 à 14 ans) que parmi ceux plus jeunes (de 5 à 9 ans), soit 25 pour cent contre 15 pour cent. Au plan régional, le pourcentage des enfants qui travaillent est le plus faible dans la région du Súl, avec 17 pour cent, et le plus élevé dans la région de Príncipe, avec 32 pour cent. Les enfants dans les zones rurales ont beaucoup plus de chances de travailler que ceux des zones urbaines, soit 22 pour cent contre 17 pour cent.

Appendice A : Conception de l'échantillon

Appendice B : Liste du personnel participant à la MICS de São Tomé et Príncipe

Appendice C : Questionnaires