PN-AD D-764

Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005

Rapport Préliminaire

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Centre de Recherche pour le Développement Humain
Dakar, Sénégal

MEASURE *DHS+*
ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-IV), exécutée de février à juin 2005 par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH). L'EDS-IV a été réalisée avec l'appui financier de l'USAID, la Banque Mondiale à travers un crédit de l'Association Internationale de Développement, l'UNICEF et l'UNFPA. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS+*) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, et le VIH.

D'autres organismes nationaux tels le Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU de Le Dantec et la Direction de la Prévision et de la Statistique ont apporté leur expertise à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-IV, contacter :

Centre de Recherche pour le
Développement Humain (CRDH)
HLM Hann Maristes, Immeuble A,
BP 17546, Dakar-Liberté, Sénégal
Tel & Fax : (221) 832.63.79
E-mail : sndiaye@sentoo.sn

Concernant le programme MEASURE *DHS+*, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ORC Macro
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705 USA
Téléphone 301-572-0200
Fax 301-572-0999
E-mail : reports@orcmacro.com
Internet : http://www.measuredhs.com

SÉNÉGAL

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2005

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Dakar, Sénégal

MEASURE *DHS+*
ORC Macro
Calverton, Maryland, U.S.A.

Juillet 2005

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES v

LISTE DES ACRONYMES vii

1 INTRODUCTION 1

2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE 3

2.1 Échantillonnage 3
2.2 Questionnaires 3
2.3 Tests de l'hémoglobine et du VIH 4
2.4 Formation et collecte des données 7
2.5 Traitement des données 7

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES 9

3.1 Couverture de l'échantillon 9
3.2 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés 9
3.3 Fécondité 11
3.4 Utilisation de la contraception 13
3.5 Désir d'enfants supplémentaires 15
3.6 Soins prénatals et assistance à l'accouchement 16
3.7 Vaccination des enfants 19
3.8 Traitement des maladies de l'enfance 20
3.9 Allaitement et alimentation de complément 22
3.10 État nutritionnel des enfants 23
3.11 Tests d'anémie auprès des femmes et des enfants 26
3.12 Mortalité des enfants 28
3.13 Connaissance du VIH/sida 29
3.14 Utilisation du condom 30
3.15 Excision et circoncision 33

4 RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH 35

4.1 Taux de couverture VIH 35
4.2 Taux de séroprevalence VIH 37

RÉFÉRENCES 41

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
Tableau 3 : Fécondité actuelle
Tableau 4 : Utilisation actuelle de la contraception
Tableau 5 : Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants
Tableau 6 : Indicateurs de soins maternels
Tableau 7 : Vaccination par caractéristiques socio-démographiques
Tableau 8 : Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée
Tableau 9 : Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant
Tableau 10 : État nutritionnel des enfants
Tableau 11 : Anémie chez les enfants et les femmes
Tableau 12 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
Tableau 13 : Connaissance du VIH/sida
Tableau 14.1.1 : Utilisation du condom selon le type de partenaire : femmes
Tableau 14.1.2 : Utilisation du condom selon le type de partenaire : hommes
Tableau 15 : Circoncision et excision
Tableau 16 : Couverture du test du VIH
Tableau 17 : Prévalence du VIH selon les caractéristiques socio-démographiques

Graphique 1 : Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
Graphique 2 : Tendances de la fécondité, 1986-2005
Graphique 3 : Utilisation actuelle de la contraception moderne
Graphique 4 : État nutritionnel des enfants
Graphique 5 : Tendance de la mortalité infantile et infanto-juvénile
Graphique 6 : Prévalence VIH par groupes d'âge et sexe
Graphique 7 : Prévalence VIH par région et sexe
Graphique 8 : Pratique de l'excision

5

LISTE DES ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control, USA
CPDV	Centre de Prévention de Dépistage Volontaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CSPro	*Census and Survey Processing*
DHS	*Demographic and Health Surveys*
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DS	District Sanitaire
DTCoq	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé de 1999
ESP	Enquête Sur les Priorités, 1991
ICP	Infirmiers Chefs de Poste
IDA	Association Internationale de Développement
IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthéthique de Fécondité
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LBV	Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de Le Dantec, Dakar
MCD	Médecins Chefs de District
MICS	*Mulitple Indicator Cluster Surveys* (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
NCHS	*National Center for Health Statistics*
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNUD	Programme des Nations pour le Développement
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé
SRO	Sel de Réhydratation par voie orale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	*United Nations Children's Fund* (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

6

I. INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-IV) a été exécutée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), de février à juin 2005 sur un échantillon représentatif national d'environ 8 000 ménages. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être enquêtées. Dans un sous-échantillon représentant un tiers des ménages, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans ce sous-échantillon ont été sélectionnés pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ces ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

L'EDS-IV a été conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire au Sénégal. Spécifiquement, l'EDS-IV a collecté des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de la planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. Les informations collectées au cours de l'EDS-IV permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire couverts lors des précédentes enquêtes de 1992 et de 1997. De nouveaux volets inclus dans l'enquête fournissent des informations sur la pratique de l'excision, l'utilisation des moustiquaires ainsi que les tests du VIH et de l'hémoglobine.

Ce rapport préliminaire présente quelques indicateurs clés de l'EDS-IV. Un rapport d'analyse plus détaillé sera publié dans les prochains mois. Les résultats présentés ici étant préliminaires, il se peut qu'ils diffèrent très légèrement des résultats définitifs qui seront publiés dans le rapport principal ; cependant, ces éventuelles différences ne devraient pas être statistiquement significatives.

2. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDS-IV vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires à travers tout le pays. Un échantillon national de 8 000 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 11 domaines d'étude (constitués des 11 régions administratives) pour lesquels on obtient une estimation pour tous les indicateurs clés.

L'échantillon est basé sur un sondage aréolaire stratifié à deux degrés. Au premier degré, on a tiré des grappes ou Districts de Recensement (DR) sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des DR établie lors du RGPH de 2002. En tout, 377 grappes, dont 158 en milieu urbain et 219 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille; la taille du DR étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois, un échantillon d'environ 4 500 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés au cours de l'EDS-IV. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, il était proposé à toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que pour tous les enfants de moins de 5 ans, un test d'anémie. Enfin, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient sélectionnés pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDS-IV : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le Programme *MEASURE DHS+*.

Des réunions regroupant des techniciens représentant le Gouvernement et les partenaires au développement ont été organisées pour définir les objectifs spécifiques de l'enquête. A l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été adaptés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents de population, de santé, de planification familiale, du VIH/sida et autres problèmes de santé spécifiques.

Le Questionnaire Ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Un des objectifs essentiels du Questionnaire Ménage était d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et les enfants éligibles pour l'anthropométrie et le test d'anémie. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque personne ont été collectées, y compris le lien avec le chef de ménage, l'âge, le sexe, la survie des parents, l'éducation scolaire et pré-scolaire, le travail des enfants, la déclaration à l'état civil. Le Questionnaire Ménage a également permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, comme la principale source d'eau de boisson, le type de toilette, le type de matériau du sol et du toit du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer pour les personnes éligibles, les résultats des

mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'hémoglobine. Les prélèvements de sang pour les tests éclairés et volontaires de VIH ont été documentés sur d'autres supports.

Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de reproduction (15-49 ans). Les questions portent sur des sujets très variés tels que :

- les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
- l'historique des naissances ;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les préférences en matière de fécondité ;
- les soins prénatals, pendant l'accouchement et post-partum ;
- l'allaitement et les pratiques d'alimentation des enfants ;
- l'état nutritionnel des enfants à travers les mesures anthropométriques ;
- la vaccination et les maladies des enfants ;
- le mariage et l'activité sexuelle ;
- les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ;
- les connaissances et les attitudes vis-à-vis du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles ;
- la mortalité maternelle ;
- l'excision.

Le Questionnaire Homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans dans un ménage de l'échantillon sur trois. Le Questionnaire Homme a permis de collecter le même type d'informations que celles contenues dans le Questionnaire Femme ; cependant il était plus court car ne contenant pas des questions comme celles sur l'historique des naissances, la santé des mères et des enfants ou la nutrition.

Toutes les procédures de collecte de l'EDS-IV, y compris les procédures des tests d'anémie et du VIH, ont été pré-testées en octobre-novembre 2004. Une vingtaine d'agents expérimentés ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur les questionnaires et procédures des prélèvements de sang pour les tests d'anémie et du VIH. La formation sur les prélèvements sanguins a été assurée par l'équipe du Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de Le Dantec de Dakar et a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle et dans des formations sanitaires. Le terrain de l'enquête pilote s'est déroulée à dans une zone urbaine et une zone rurale de la région de Dakar, en dehors de l'échantillon. Le taux d'acceptation des prélèvements sanguins a été suffisamment élevé au cours du pré-test prouvant ainsi que sa mise en œuvre pendant l'enquête proprement dite était possible. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

2.3 Tests de l'hémoglobine et du VIH

Dans un ménage sur trois, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. En outre, les femmes et les hommes étaient éligibles pour le test du VIH. Les protocoles pour les tests de l'anémie et du VIH ont été approuvés par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de ORC Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique du Sénégal.

2.3.1 Test de l'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue. Un consentement éclairé et volontaire était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant ou du jeune de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif

9

du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait la permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins de 6 mois ou de moins d'un an et très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non ré-utilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.2 Test du VIH

Le test du VIH était effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon du sang. Le Comité National d'Éthique au Sénégal a, après examen et amendement, approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDS-IV et la version finale de la Déclaration de Consentement Éclairé et Volontaire du test. Etant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas possible et ne sera pas possible d'informer les enquêtés sur les résultats de leur test. Pour les personnes éligibles, qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte (de couleur verte) leur était remise pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV). Au verso de cette carte était indiquée la liste de l'ensemble des CDV opérationnels sur l'ensemble du territoire national.

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait au moins deux enquêteur-techniciens spécialement chargés des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ces techniciens avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests d'anémie et du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, le technicien cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. À ce moment, la carte verte lui était remise pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV. Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, le technicien, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt pour les deux tests. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le Questionnaire Ménage sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessicants absorbants l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessicants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés secs jusqu'à leur acheminement au bureau central du CRDH à Dakar. Au CRDH, ils étaient immédiatement vérifiés et placés au frais avant leur enregistrement et leur transfert au Laboratoire de Bactériologie Virologie (LBV) du CHU de Le Dantec.

10

Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats étaient effectués par le LBV à Dakar. Le LBV est le laboratoire de référence au Sénégal ; il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le LBV participe à différents programmes de contrôle de qualité de la sérologie VIH organisés par l'OMS (sérologie effectuée sur sérums) et le CDC d'Atlanta aux USA (sérologie effectuée sur sérums et sur gouttes de sang séchées. Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre et était ensuite plongé dans 150 micro litres de solution PBS pour élution du sérum. Ensuite le LBV a traité les prélèvements selon l'algorithme qui suit.

Dépistage

L'algorithme utilisé a consisté à tester tous les échantillons en ELISA1 qui est le Vironostika® HIV Uni-Form II plus O (Biomérieux) selon le protocole fourni par le Fabricant. Il s'agit d'un ELISA de type Sandwich qui permet la détection de VIH-1, VIH-2 et de VIH-1 groupe O, donc très sensible, d'où son utilisation en première intention.

Confirmation

Les échantillons dépistés positifs en ELISA 1 (DO ech > valeur seuil) et 10 % des négatifs sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (ELISA 2 : Enzygnost® Anti-HIV1/2 plus). Ce deuxième ELISA à base de protéines recombinantes (VIH-1, VIH-2, VIH1 groupe O) est utilisé en deuxième intention car hautement spécifique.

Tous les échantillons positifs en ELISA 2 (DO ech > valeur seuil) et les discordants entre ELISA 1 et ELISA 2 ont fait l'objet d'un 3ème test, le Western Blot Pepti-Lav 1-2® (BIO-RAD).

Un programme en CSPro (*Census and Survey Processing System*) développé par ORC Macro, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, était fourni au LBV pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du LBV fournissaient au CRDH les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce que les responsables de l'enquête puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au LBV était identifié uniquement par un code barre, et seul ce code était saisi dans le fichier Excel avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité de LBV jusqu'à la fin de l'enquête. Lorsque le fichier de données de l'EDS-IV (basé au CRDH) a été apuré et que les facteurs de pondération ont été calculés, un fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence, le milieu de résidence et le code d'identification des enquêtés a été préparé et comparé au fichier du LBV pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Ces deux fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les résultas préliminaires (présentés dans ce rapport) sur la prévalence du VIH par âge, sexe et région de résidence et par milieu de résidence.

2.4 Formation et collecte des données

En ce qui concerne l'enquête principale, le CRDH a recruté 96 personnes pour la formation d'agents enquêteurs qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête. Trente, dont les 15 contrôleuses, ont bénéficié, d'une formation de techniciens (chargés de faire les prélèvements sanguins). La formation des enquêteurs a duré six semaines. La formation a comporté également une phase pratique dans des quartiers hors échantillon de Dakar.

À l'issue de la formation, 15 contrôleuses chargées des prélèvements à titre titulaire, 15 chefs d'équipes hommes et 45 enquêtrices ont été retenus. Ces agents de terrain étaient repartis en 15 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, une contrôleuse et trois enquêtrices. Les 15 équipes ont été reparties en 3 groupes de 4 à 6 équipes placés chacun sous la responsabilité d'un superviseur permanent ayant une très grande expérience en matière d'enquête dans une position similaire. Les superviseurs, chefs d'équipe et contrôleuses ont reçu une formation complémentaire de 3 jours axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

La collecte des données a démarré le 1er février 2005 à Dakar qui a été totalement couverte avant le déploiement des équipes dans les autres régions. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne continuent dans les zones éloignées. Ensuite les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail. La collecte s'est achevée dans la première semaine du mois de juin 2005.

2.5 Traitement des données

La saisie des données sur micro ordinateur a débuté le 9 février, soit une semaine après le démarrage de l'enquête sur le terrain. La saisie a été réalisée par une équipe 14 opératrices recrutées et formées, et renforcées deux mois plus tard par 14 autres. Les questionnaires étaient renvoyés régulièrement du terrain au CRDH à Dakar où des agents de bureau étaient chargés de leur vérification. Ensuite, ils étaient transmis à la salle de saisie. Les données ont été saisies en utilisant CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des Etats-Unis, le Programme MEASURE DHS de ORC Macro, et le Serpro S.A. Environ 60 % des questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées le 8 juillet 2005.

12

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDS-IV, 376 grappes sur les 377 sélectionnées dans l'échantillon ont été enquêtées. Au total, 7 859 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 7 528 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 7 528 ménages, 7 412 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de plus de 98 % (Tableau 1). Les taux de réponses sont sensiblement plus élevés en milieu rural (plus de 99 %) qu'en milieu urbain (97 %).

Tableau 1. Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle

Effectifs des ménages, nombre d'enquêtes et taux de réponses, EDS-IV Sénégal 2005

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Enquêtes ménages			
Ménages sélectionnés	3 320	4 539	7 859
Ménages occupés	3 205	4 323	7 528
Ménages enquêtés	3 115	4 297	7 412
Taux de réponse des ménages	97, 2	99, 4	98, 5
Enquêtes individuelle: femmes			
Nombre de femmes éligibles	6 748	8 839	15 587
Nombre de femmes éligibles enquêtées	6 312	8 290	14 602
Taux de réponses des femmes éligibles	93, 5	93, 8	93, 7
Enquêtes individuelle: hommes			
Nombre d'hommes éligibles	2 160	2 215	4 375
Nombre d'hommes éligibles enquêtés	1 847	1 914	3 761
Taux de réponse des hommes éligibles	85, 5	86, 4	86, 0

Dans 7 412 ménages enquêtés, 15 587 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 14 602 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 94 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 3 761 hommes de 15-59 sur 4 375 éligibles ont été entièrement enquêtés (taux de réponses de 86 %). Les taux de réponse observés en milieu rural sont relativement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain chez les hommes.

3.2 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de reproduction et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDS-IV. Le tableau 2 donne la répartition des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

PREVIOUS PAGE BLANK

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

	Femmes			Hommes		
Caractéristiques Socio-démographiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré	Nombre non-pondéré	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré	Nombre non-pondéré
Âge						
15-19	24,4	3 556	3 658	24,6	926	1 008
20-24	19,5	2 844	2 844	17,1	645	656
25-29	16,3	2 379	2 370	14,3	537	475
30-34	13,4	1 953	1 888	10.6	399	389
35-39	11,0	1 613	1 581	8,5	318	301
40-44	8,6	1 249	1 250	8,4	316	292
45-49	6,9	1 009	1 011	7,3	275	283
50-54	na	na	0	5,7	216	216
55-59	na	na	0	3,5	130	141
Etat matrimonial						
Célibataire	27,0	3 941	3 636	46,8	1 759	1 670
Mariée/ en union	67,6	9865	10 221	49,6	1867	1 929
Divorcée/séparée	4,3	621	581	3,6	134	161
Veuve	1,2	174	164	0,0	1	1
Milieu de résidence						
Urbain	48,7	7 117	6 312	55,9	2 101	1 847
Rural	51,3	7 485	8 290	44,1	1 660	1 914
Région						
Dakar	26,5	3 866	1 536	31,5	1 186	497
Diourbel	10,6	1 548	1 523	8,2	309	302
Fatick	4,8	708	1 140	4,6	174	292
Kaolack	11,2	1 642	1 625	9,8	369	383
Kolda	7,2	1 047	1 289	7,8	295	393
Louga	6,3	915	1 312	4,1	155	235
Tambacounda	3,7	543	1 226	2,9	109	239
Matam	6,5	947	1 244	5,6	210	287
Saint-Louis	5,8	851	1 169	6,6	247	373
Thiès	13,5	1 974	1 533	14,3	538	421
Ziguinchor	3,8	562	1 005	4,5	170	339
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	59,6	8 699	9 183	43,1	1 621	1 682
Primaire	25,2	3 677	3 533	26,8	1 007	1 037
Secondaire et plus	15,2	2 226	1 886	30,1	1 133	1 042
Total	100,0	14 602	14 602	100,0	3 761	3 761

Note : Les catégories de l'éducation font référence au plus haut niveau d'éducation atteint, que ce niveau ait été complété ou pas.
na = Non applicable

14

La structure par âge révèle une forte proportion de jeunes. Environ un quart de femmes (24,4 %) et d'hommes (24.6 %) enquêtés sont âgés de 15-19 ans ; 20 % des femmes et 17 % des hommes ont entre 20 et 24 ans. La proportion d'individus par âge diminue régulièrement au fur et à mesure que l'âge augmente. Ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

On relève que 67 % des femmes et 50 % des hommes étaient mariés ou en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion des célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (47 % et 27 %, respectivement). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture (divorcé/es, séparé/es ou veufs/ves) est nettement plus élevée chez les femmes (5,5 % contre 3,6 % chez les hommes).

Près de la moitié des femmes (49 %) et 56 % des hommes résident en milieu urbain. Ce caractère plus urbain de l'échantillon masculin traduit peut-être un exode rural sélectif des hommes vers les villes. La distribution de l'échantillon (pondéré) selon la région administrative reflète bien, selon des sources indépendantes, les poids démographiques respectifs de chaque région. Malgré le faible poids relatif de certaines régions dans l'échantillon global pondéré (Fatick, Tambacounda, Matam, Saint-Louis et Ziguinchor), dans chacune des régions, un échantillon suffisant (voir effectifs non pondérés dans le tableau) été tiré pour permettre des analyses régionales pertinentes.

Près de six femmes sur dix et plus de quatre hommes sur dix n'ont reçu aucune éducation formelle. La proportion de personnes n'ayant jamais fréquenté l'école est nettement plus élevée chez les femmes. La proportion d'enquêtés qui ont atteint l'école primaire est presque identique dans les deux sexes : 25 % et 27 % respectivement chez les femmes et les hommes. Par contre, les femmes sont deux fois moins nombreuses que les hommes à avoir atteint un niveau d'étude secondaire ou supérieur (15% et 30 % respectivement).

3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF).

L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 5,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés dans les campagnes que dans les villes (Graphique 1). Bien que les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum avant de baisser de façon régulière avec l'âge, le taux de fécondité maximum est atteint à un âge plus précoce chez les femmes rurales (296 pour 1 000 à 25-29 ans, contre 192-197 pour 1 000 à 25-34 ans chez les urbaines). Les données révèlent également une plus grande précocité de la procréation en milieu rural. Ainsi, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 10 % de la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont respectivement de 11 % et 8 % chez les femmes des zones rurales et chez celles des zones urbaines.

15

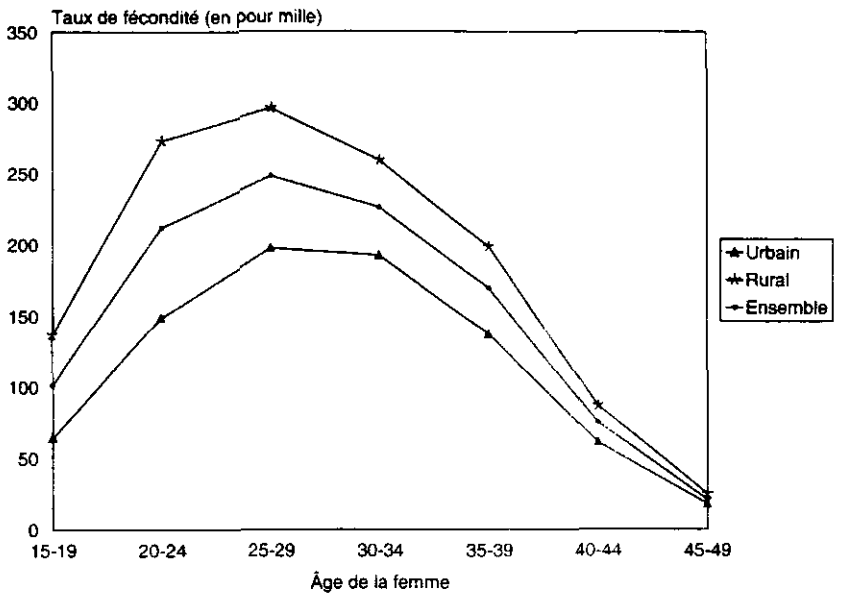
Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, taux de fécondité cumulée, taux global de fécondité, et le taux brut de natalité (TBN) pour la période de trois années précédant l'enquête selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

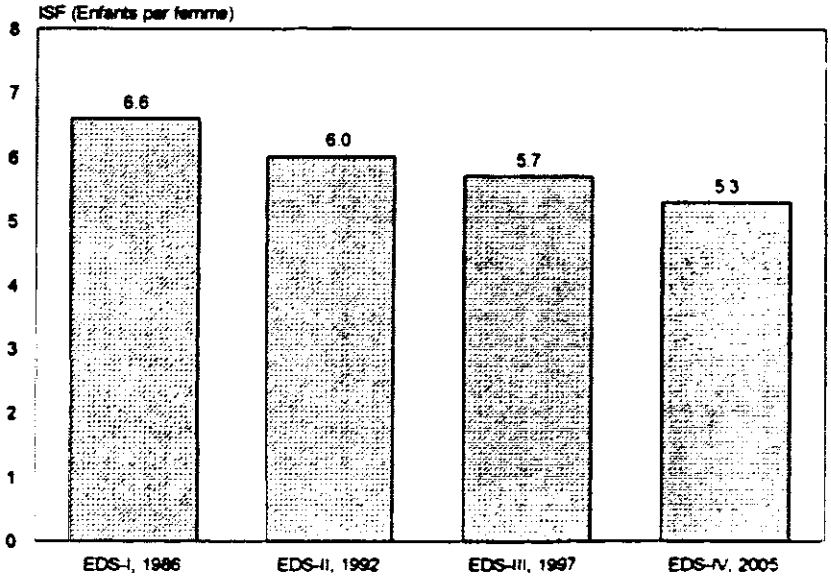
	Résidence		
Groupes d'âges	Urbain	Rural	Total
15-19	64	137	101
20-24	149	273	212
25-29	197	296	248
30-34	192	259	226
35-39	137	198	169
40-44	61	87	75
45-49	18	25	22
ISF	4.1	6.4	5.3
TGFG	133	214	174
TBN	33.1	43.9	39.1

Note : Les taux pour les groupes d'âges 45-49 peuvent être légèrement biaisés à cause de la troncature.
ISF = Indice synthétique de fécondité pour les âges 15-49 ans, exprimé par femme.
TGFG = Taux global de fécondité générale (naissances divisées par le nombre de femmes âgées de 15-49, exprimé pour 1 000 femmes
TBN = Taux brut de natalité, exprimé pour 1 000 individus

Graphique 1: Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



Graphique 2 : Tendance de la fécondité, 1986-2005



3.4 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives au sein des couples demeure toujours faible (Tableau 4). En effet, seulement douze femmes en union sur cent (11,8 %) utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). La prévalence contraceptive moderne est encore plus faible (10,3 %), malgré une évolution positive au cours des vingt dernières années : 2,4 % en 1986, 4,8 % en 1992, 8,1 % en 1997 et 10,3 % en 2005. Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, on note dans l'ordre la pilule (3,6 %), l'injection (3,2 %), le condom masculin (1,5 %). Les autres méthodes modernes interviennent chacune pour moins de 1 %. S'agissant des méthodes traditionnelles, la prévalence est très faible (1,5 %) et concerne essentiellement la continence périodique (0,6 %).

Malgré les faibles niveaux de prévalence observés, l'utilisation de la contraception est relativement fréquente en milieu urbain : 18 % utilisent actuellement une méthode moderne (Graphique 3). La prévalence de la pilule y atteint 7 % et celle de l'injection dépasse 5 %. On retrouve des résultats similaires dans les régions les plus urbanisées, à savoir Dakar (19 %), Ziguinchor (21 %), Thiès (15 %). Le degré d'urbanisation n'explique cependant pas tout. En effet, Matam (10 %) et Kolda (8 %) ont des prévalences contraceptives modernes plus élevées que d'autres régions beaucoup plus urbanisées telles que Saint-Louis et Louga (prévalence de moins de 6 %).

Tableau 4. Utilisation actuelle de contraception

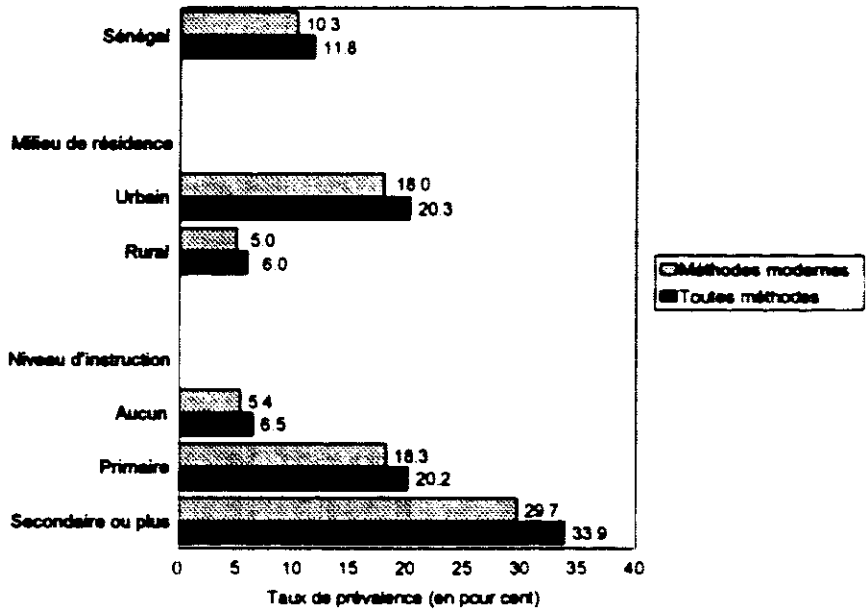
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal, 2005

			Méthode moderne									Méthode traditionnelle					
Caractéristiques socio-démographiques	Une méthode	Une méthode moderne	Stérilisation fém.	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	Diaphragme mousse/ gelée	Aménorrhée lactaire	Une méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
Âge																	
15-19	5,0	4,7	0,0	0,6	0,1	0,6	0,0	3,3	0,0	0,1	0,4	0,1	0,0	0,3	95,0	100,0	1 014
20-24	8,4	7,3	0,0	1,8	0,0	2,3	0,4	2,4	0,0	0,3	1,1	0,6	0,0	0,5	91,6	100,0	1 836
25-29	10,3	8,8	0,1	3,5	0,5	2,4	0,6	1,1	0,0	0,6	1,6	0,6	0,1	0,9	89,7	100,0	1 900
30-34	15,0	13,3	0,2	5,3	0,7	4,5	0,7	1,4	0,4	0,1	1,7	0,6	0,1	0,9	85,0	100,0	1 698
35-39	17,2	15,0	0,7	6,5	0,6	4,9	0,6	1,1	0,3	0,3	2,3	1,3	0,3	0,7	82,8	100,0	1 425
40-44	15,6	13,9	1,2	4,4	1,1	4,9	0,9	1,1	0,0	0,3	1,7	0,6	0,0	1,1	84,4	100,0	1 100
45-49	10,4	8,7	2,4	1,9	0,4	3,0	0,8	0,1	0,1	0,0	1,7	0,5	0,0	1,2	89,6	100,0	893
Milieu de résidence																	
Urbain	20,3	18,0	0,6	6,7	1,1	5,1	1,1	2,7	0,3	0,4	2,3	1,3	0,1	0,9	79,7	100,0	4 005
Rural	6,0	5,0	0,4	1,5	0,1	2,0	0,2	0,7	0,0	0,2	1,0	0,2	0,1	0,7	94,0	100,0	5 860
Région																	
Dakar	21,4	19,2	0,6	8,3	1,6	4,7	1,1	2,1	0,5	0,4	2,2	1,3	0,1	0,8	78,6	100,0	2 035
Diourbel	4,0	3,3	0,7	1,5	0,0	0,9	0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	0,2	0,1	0,5	96,0	100,0	1 139
Fatick	8,2	6,2	0,2	1,3	0,0	4,1	0,1	0,4	0,0	0,0	2,0	0,1	0,1	1,8	91,8	100,0	517
Kaolack	6,6	5,4	0,8	1,4	0,0	1,9	0,5	0,5	0,0	0,2	1,2	0,6	0,0	0,6	93,4	100,0	1 170
Kolda	10,1	8,0	0,4	0,6	0,3	3,5	0,3	2,5	0,0	0,6	2,1	0,5	0,1	1,5	89,9	100,0	901
Louga	6,2	5,7	0,2	2,2	0,2	2,7	0,3	0,1	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,4	93,8	100,0	672
Tambacounda	1,2	1,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	98,8	100,0	399
Matam	10,6	9,9	0,5	4,8	0,3	3,5	0,6	0,0	0,1	0,1	0,6	0,3	0,0	0,3	89,4	100,0	638
Saint-Louis	6,3	5,6	0,5	1,2	0,0	2,3	0,2	1,4	0,0	0,1	0,7	0,2	0,2	0,3	93,7	100,0	737
Thiès	17,2	15,2	0,5	6,1	0,4	5,4	0,5	1,6	0,1	0,6	2,0	0,9	0,2	0,9	82,8	100,0	1 255
Ziguinchor	24,5	20,9	0,5	1,9	0,5	3,4	2,3	11,5	0,0	0,6	3,6	1,8	0,1	1,8	75,5	100,0	403
Instruction																	
Pas d'instruction	6,5	5,4	0,4	1,5	0,1	2,3	0,3	0,4	0,0	0,2	1,0	0,2	0,1	0,8	93,5	100,0	6 905
Primaire	20,2	18,3	0,9	7,1	0,9	4,9	0,8	3,0	0,2	0,4	1,9	1,0	0,2	0,7	79,8	100,0	2 079
Secondaire et plus	33,9	29,7	0,4	11,3	2,3	6,4	1,8	6,7	0,8	0,1	4,2	3,1	0,1	1,0	66,1	100,0	882
Enfants survivants																	
0	6,1	4,8	0,1	0,5	0,1	0,2	0,1	3,9	0,0	0,0	1,3	0,7	0,0	0,6	93,9	100,0	1 426
1-2	9,7	8,8	0,1	3,1	0,3	2,5	0,6	1,9	0,0	0,3	0,9	0,5	0,0	0,3	90,3	100,0	3 217
3-4	14,0	12,4	0,5	5,4	0,9	3,3	0,4	1,1	0,4	0,4	1,6	0,4	0,2	1,0	86,0	100,0	2 446
5+	15,3	13,0	1,2	4,2	0,5	5,6	1,0	0,2	0,0	0,3	2,3	0,9	0,1	1,3	84,7	100,0	2 777
Total	11,8	10,3	0,5	3,6	0,5	3,2	0,6	1,5	0,1	0,3	1,5	0,6	0,1	0,8	88,2	100,0	9 866

Note : Si plus qu'une méthode est utilisé, seule la méthode la plus effective est considérée dans cette tabulation.
MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Un autre facteur différentiel important est l'éducation. La prévalence contraceptive est très fortement associée au niveau d'instruction (Graphique 3) : chez les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur, trois sur dix (29,7 %) utilisent actuellement une méthode moderne contre 18 % chez celles ayant un niveau primaire et moins de 6 % chez celles n'ayant jamais fréquenté l'école. Comme chez les femmes, l'urbanisation et la scolarisation ont également un effet très positif sur la prévalence contraceptive chez les hommes (Graphique 3).

Graphique 3 : Utilisation de la contraception (femmes en union)



Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon les groupes d'âges. Les plus grandes utilisatrices (taux de 13 à 15 %) ont 30 à 44 ans, âges correspondant à la période de fécondité maximum. Chez les femmes de moins de 25 ans et celles de 45 ans ou plus, les taux sont relativement plus faibles : 5 % à 25-19 ans, 7 % à 2-24 ans et 9 % à 45-49 ans. Les femmes jeunes (15-29 ans) préfèrent utiliser les condoms masculins, celles plus âgées, à 30-44 ans notamment, font plus recours à la pilule et aux injections. Les rares utilisatrices de la stérilisation féminine se retrouvent parmi les femmes de plus de 40 ans, surtout à 45-49 ans.

Enfin, le nombre d'enfants vivants de la femme semble être un facteur déterminant de l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes sans enfant, généralement plus jeunes, utilisent moins souvent la contraception, quel qu'en soit le type, la seule exception étant le condom masculin qu'elles sont plus nombreuses à utiliser. Le taux de prévalence des méthodes modernes augmente avec la parité : de moins de 5 % à zéro enfant, il passe à 9 % à 1 ou 2 enfants, puis 12 % à 3-4 enfants et 13 % à 5 enfants ou plus.

3.5 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 21 % (dont moins de 1 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfant, 39 % veulent attendre plus tard (dans un délai de deux ans ou plus) avant d'en avoir un (autre), c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, tandis que 27 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un (autre) enfant au cours des deux années à venir (Tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant n'a presque pas connu de changement depuis 1997 ; elle était de 22 % selon l'EDS-III de 1997. Il en est de même pour la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (39 % en 1997).

19

Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS-IV Sénégal 2005

	Nombre d'enfants survivants							
Désir d'enfant(s)	0	1	2	3	4	5	6+	Total
Un autre bientôt	67, 7	32, 6	28, 5	23, 0	20, 1	15, 3	9, 8	27, 1
Un autre plus tard	7, 1	51, 3	55, 9	55, 4	47, 8	37, 3	17, 6	39, 0
Un autre,indécise quand	22, 4	12, 2	9, 1	6, 5	5, 1	4, 2	2, 4	8, 6
Indécise	0, 3	0, 5	0, 8	1, 3	2, 6	2, 9	2, 0	1, 4
N'en veut plus	0, 3	1, 7	4, 2	11, 2	21, 5	36, 5	60, 6	20, 5
Stérilisée	0, 1	0, 1	0, 2	0, 5	0, 4	0, 2	1, 6	0, 5
Déclarée stérile	2, 0	1, 1	1, 3	2, 0	2, 5	3, 2	5, 6	2, 6
Manquant	0, 2	0, 6	0, 0	0, 2	0, 0	0, 3	0, 4	0, 3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de femmes	1 165	1 690	1 576	1 416	1 108	976	1 934	9 866

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Désire une prochaine naissance dans les 2 ans à venir
[3] Désire retarder la prochaine naissance de 2 ans ou plus
[4] Y compris à la fois la stérilisation masculine et féminine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance au niveau actuel augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % (0,3 %) chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 2 % chez les femmes ayant 1 enfant vivant pour atteindre 4 % chez les femmes ayant deux enfants vivants, 11 % chez celles ayant trois enfants vivants, 22 % lorsque la femme a quatre enfants vivants, 36 % chez celles qui ont 5 enfants, et 61 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion des femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante presque partout, sauf chez les femmes sans enfant (7 %) et celles ayant six enfants ou plus (18 %).

3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la fois la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDS-IV, on a posé à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance est survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consultées, si elles avaient reçu au moins une injection antitétanique, et si elles avaient pris du sirop ou des tablettes de fer durant la grossesse.

Pour toutes leurs naissances survenues au cours de la même période, on a demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 93 % des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente. Cette proportion varie peu avec l'âge de la femme. Cependant, les données montrent que pour les naissances de rang égal ou supérieur à 6 (90 %), les femmes consultent un peu moins que les autres pendant la grossesse. La couverture des soins prénatals est relativement variable selon le milieu de résidence (90 % en milieu rural contre 98 % en milieu urbain) et la région. S'agissant de la région, en dehors de Kaolack (89 %), Tambaounda (87 %) et Saint-Louis (79 %), elles se situent toutes au-dessus de 90 %. Dakar (99 %), Matam (96 %), Thiès (98 %) et Ziguinchor (97 %) sont proches d'une couverture complète pour cet indice. La consultation prénatale par un agent de santé est influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (91 %) ont moins bénéficié que les autres des soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint presque 100 % chez les femmes ayant fréquenté l'école (98 à 99 %). Du fait du niveau très élevé de cette pratique, les différences sociodémographiques sont généralement peu élevées; les écarts entre les villes et les campagnes sont pratiquement négligeables.

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la précédente grossesse. Les mères reçoivent aussi du sirop ou des tablettes de fer en supplément pour réduire les risques d'anémie, celle-ci étant aussi considérée comme un facteur fréquent de mortalité maternelle et de mortalité néonatale.

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est très élevée : près de 9 femmes sur 10 ont reçu au moins une injection antitétanique au cours de la grossesse de leur dernier enfant. On n'observe aucune différence chez les mères de moins de 35 ans (90 %) alors que celles de 35 ans ou plus ont été moins nombreuses à avoir reçu le VAT (85 %). Le tableau 6 indique aussi une décroissance du taux de couverture du VAT avec la parité : de 94 % chez les femmes primipares, il tombe à 85 % chez celles étant au sixième enfant ou plus. Cette tendance du taux de couverture est vraisemblablement le fait de l'âge, les femmes de parité plus faible étant généralement plus jeunes. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (94 %) sont relativement mieux protégés que ceux du milieu rural (86 %). Par rapport aux régions, la couverture en VAT est partout supérieur à 75 % : elle atteint ou dépasse même 90 % dans les régions de Dakar (94 %), Thiès (94 %), Ziguinchor (93 %), Matam (91 %) et Diourbel (90 %). Saint-Louis avec 76 % apparaît comme la région la moins couverte. L'effet de l'instruction ne ressort qu'entre les femmes scolarisées (94 % quel que soit le niveau) et les femmes n'ayant jamais fréquenté l'école (87 %).

La prise de sirop ou de tablettes de fer est une pratique importante chez les mères. Les données montrent que 91 % des mères ont reçu du sirop ou du fer au cours de la grossesse de leur naissance la plus récente. Comme pour le VAT, la fréquence de la supplémentation en fer diminue avec l'âge et la parité. Cette pratique a été également plus fréquente en milieu urbain et chez les femmes les plus instruites. Les écarts inter régionaux sont similaires à ceux observés pour le VAT.

Comme mentionné plus haut, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères le lieu de l'accouchement et l'assistance reçue. L'EDS-IV (Tableau 6) révèle que 62 % des accouchements des enfants nés au cours des 5 dernières années ont eu lieu dans une formation sanitaire. Le pourcentage des accouchements ayant eu lieu dans une formation sanitaire diminue légèrement avec l'âge et assez rapidement avec la parité : par exemple, il passe de 62 % chez les mères de moins de 20 ans à 59 % chez celles de 35 ans ou plus ; et de 77 % chez les primipares à 51 % chez les mères ayant eu 6 enfants ou plus. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importantes : en milieu urbain, 88 % des accouchements ont eu lieu en formation sanitaire contre seulement 47 % en milieu rural. Les différences inter régionales sont également très importantes. La région de Dakar se démarque avec 92 % ; elle est suivie de loin par Thiès (78 %) et Ziguinchor (72 %).

Kolda (34 %) et Saint-Louis (35 %), sont les régions les moins favorisées. Enfin, le niveau d'instruction est très positivement associée à la fréquence de l'accouchement en établissement sanitaire : de 53 % chez les femmes non scolarisées, le pourcentage passe à 82 % chez les femmes de niveau primaire et 95 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe des variations similaires pour chacune des caractéristiques socio-économiques présentées dans le tableau 6. Cependant, les niveaux sont partout plus bas (dans l'ensemble, 52 % ont bénéficié de l'assistance d'un agent de santé) du fait que dans le contexte sénégalais, les formations sanitaires sont en général les endroits où l'accouchement peut être assisté par un personnel de santé, y compris les matrones. La difficulté à reconnaître la qualification du personnel qui donne l'assistance pourrait expliquer les écarts importants entre ces deux pourcentages. En effet, toutes les femmes ayant accouché dans un établissement sanitaire ont normalement reçu l'assistance d'un personnel de santé qualifié.

Tableau 6. Indicateurs de soins maternels

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête qui ont reçu des services de santé maternels spécifiques durant la grossesse de la naissance la plus récente, et parmi toutes les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête, pourcentage ayant accouché en un centre de santé, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage avec soin prénatal d'un agent de santé	Pourcentage reçu au moins une injection anti-tétanique	Pourcentage reçu du sirop de fer au cours de la grossesse	Nombre de femmes	Pourcentage accouchées par un agent de santé	Pourcentage accouché dans un service de santé	Nombre de naissances
Âge de la mère à la naissance							
<20	92,2	90,1	90,3	980	50,8	61,6	1 669
20-34	93,7	90,3	91,3	4,665	52,7	62,5	7 236
35+	90,4	85,2	87,9	1,282	49,6	58,7	1 625
Rang de naissance							
1	95,9	94,1	93,7	1,409	66,4	76,8	2 299
2-3	93,6	90,1	92,0	2,276	52,8	62,0	3 526
4-5	92,7	89,1	89,2	1,455	47,8	58,3	2 233
6+	89,7	84,7	87,2	1,788	41,0	50,6	2 472
Milieu de résidence							
Urbain	98,2	93,9	95,4	2,689	84,6	88,1	3 842
Rural	89,5	86,4	87,4	4,238	33,2	46,6	6 688
Région							
Dakar	98,6	94,1	95,1	1,365	92,1	92,0	1 903
Diourbel	92,6	89,8	91,4	812	50,8	65,7	1 272
Fatick	91,2	89,2	88,9	386	35,2	49,0	639
Kaolack	88,6	87,8	86,0	861	34,6	44,8	1 395
Kolda	91,2	86,3	87,7	638	25,8	33,6	968
Louga	90,6	87,3	89,2	453	49,4	61,0	692
Tambacounda	87,8	83,0	84,0	286	40,4	47,1	440
Matam	95,8	90,5	93,9	446	48,3	59,8	663
Saint-Louis	78,8	75,9	75,2	498	27,3	34,7	794
Thiès	98,4	94,0	97,6	937	62,5	78,1	1 404
Ziguinchor	96,8	92,5	96,3	246	50,1	71,6	360
Niveau d'instruction							
Pas d'instruction	90,7	87,3	88,4	4,858	42,4	52,7	7 577
Primaire	97,5	94,2	94,7	1,508	72,5	81,6	2 194
Secondaire et plus	99,2	93,8	97,8	561	87,9	95,1	759
Total	92,9	89,3	90,5	6,927	51,9	61,8	10 530

[1] Médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère chargé de la santé et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie.

Lors de l'EDS-IV, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque la carte de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord dans le tableau 7 que pour 70 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale s'est améliorée au Sénégal, bien qu'elle reste encore relativement faible : d'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 59 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 4 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (37 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 92 % des enfants ont reçu le BCG, 93 %, 94 % et 74 % ont reçu respectivement les premières doses de DTCoq et de Polio et la dose de rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par seulement un enfant sur deux (51 %).

Pour le DTCoq et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième doses. De 93 % pour la première dose de DTCoq, la couverture tombe à 89 % pour la deuxième et 78 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 94 %, 87 % et 73 %.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans trois régions, Matam (77 %), Ziguinchor (74 %) et Louga (71 %), elle dépasse 70 % des enfants de 12-23 mois. Les régions de Tambacounda (41 %) et Diourbel (50 %) sont les moins couvertes. Il apparaît aussi que dans les régions de Tambacounda et Saint-Louis, entre 10 et 11 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. L'éducation a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale : de 54 % chez les femmes non scolarisées, le taux de la couverture complète passe à 65 % chez les femmes de niveau primaire et 83 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Les mêmes types de variations sont observés pour les différentes doses de tous les antigènes.

Par rapport à l'EDS-II de 1992, la couverture vaccinale a connu une augmentation sensible au niveau national, passant de 49 % à 59 % pour tous les antigènes, et de 84 % à 92 % pour le BCG, de 59 % à 78 % pour les trois doses de DTCoq, de 59 % à 73 % pour les trois doses de polio, et enfin, de 57 % à 74 % pour le vaccin contre la rougeole. Notons enfin, que pour la vaccination contre la fièvre jaune qui n'est pas incluse dans le PEV, des progrès importants ont été enregistrés : de 55 % en 1992 (EDS-II), a couverture est passée à 73 % en 2005 (EDS-IV).

Tableau 7. Vaccination par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage des enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon une carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant une carte de vaccination vue, selon des caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	BCG	DTC 1	DTC 2	DTC 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Vitamine A	Fièvre jaune	Toutes	Pas de vaccinations	Pourcentage ayant un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe															
Masculin	92,6	92,9	88,3	77,8	49,4	93,6	85,7	72,5	73,2	79,8	72,7	58,1	3,5	70	1 072
Féminin	90,7	93,5	89,0	78,9	52,6	94,1	87,6	73,4	73,9	77,9	73,6	59,5	4,1	70	968
Rang de naissance															
1	92,5	95,6	91,7	80,8	57,9	95,5	87,9	72,4	78,3	77,0	77,5	59,7	2,0	71	470
2-3	91,5	93,2	88,9	78,7	49,6	92,5	86,7	73,8	75,0	79,1	75,1	61,0	4,5	73	667
4-5	92,1	93,1	88,2	80,0	49,5	94,8	87,3	76,4	69,3	77,0	67,1	58,9	3,4	69	440
6+	90,8	90,8	85,4	73,5	47,1	93,3	84,6	68,7	70,4	82,3	71,4	54,4	5,0	66	462
Milieu de résidence															
Urbain	92,0	94,8	90,2	79,6	60,6	94,9	87,1	73,0	77,4	81,0	75,0	58,8	2,4	69	779
Rural	91,5	92,2	87,6	77,5	44,9	93,2	86,3	72,9	71,1	77,6	71,9	58,7	4,7	71	1 261
Région															
Dakar	89,9	94,3	87,8	77,3	72,2	94,1	85,6	68,5	78,0	78,2	73,8	55,6	2,5	67	351
Diourbel	88,0	90,1	86,7	78,3	35,7	91,7	84,3	67,5	63,2	83,6	65,3	49,7	6,9	63	244
Fatick	92,2	92,6	89,5	79,1	59,9	94,4	87,7	73,2	75,3	88,2	75,6	62,2	3,6	76	117
Kaolack	91,4	94,5	87,4	76,7	59,2	96,0	87,0	74,5	69,1	78,3	72,4	56,2	2,7	74	264
Kolda	95,0	93,5	87,3	71,3	35,0	94,8	86,5	73,3	75,5	85,8	76,5	59,9	4,2	70	196
Louga	93,3	93,0	90,9	86,3	45,4	94,8	92,3	84,7	73,9	73,8	74,9	70,6	4,5	70	136
Tambacounda	86,7	80,0	74,3	64,5	50,1	84,1	74,0	53,7	59,0	61,1	59,1	40,7	10,8	56	80
Matam	95,0	96,4	95,9	90,0	60,6	97,5	96,3	82,8	87,0	69,1	84,9	76,7	1,9	73	135
Saint-Louis	89,5	85,7	81,7	67,3	21,0	87,9	79,6	66,6	64,5	69,7	62,3	54,7	9,5	62	137
Thiès	92,8	97,8	93,8	83,0	47,4	95,0	87,0	75,7	77,2	82,1	76,2	59,3	0,8	75	306
Ziguinchor	100,0	96,8	94,9	85,5	62,4	97,6	93,5	85,7	85,9	86,8	82,2	74,4	0,0	87	74
Niveau d'instruction															
Pas d'instruct.	90,2	91,4	86,5	75,9	46,5	92,5	84,4	69,8	69,2	77,9	69,4	54,4	5,3	67	1 469
Primaire	94,6	97,1	92,1	80,9	57,7	97,4	90,9	78,3	81,2	80,7	81,9	65,4	0,1	77	426
Secondaire +	97,7	100,0	99,3	95,1	75,5	97,8	96,3	88,2	94,8	84,2	84,6	82,9	0,0	76	146
Total	91,7	93,2	88,6	78,3	50,9	93,9	86,6	72,9	73,5	78,9	73,1	58,7	3,8	70	2 040

[1] Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.
[2] BCG, rougeole et les trois doses de chaque vaccination du DTCoq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donné à la naissance)

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente les symptômes de ces maladies, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait eu la toux avec une respiration courte

et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre ; ou si l'enfant avait eu de la diarrhée, et dans chaque cas, qu'est ce qui a été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 13 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 30 % des symptômes de fièvre. Parmi les enfants qui ont eu une IRA et/ou de la fièvre au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 38 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants de moins de 12 mois (plus de 40 %) ont bénéficié de plus d'attention que les autres (33 à 37 %). Il en est de même des enfants de mères urbaines (45 % contre 33 % en milieu rural) ou instruites (57 % pour les mères de niveau secondaires ou plus contre 33 % pour celles n'ayant jamais fréquenté). On observe également que les enfants de sexe masculin ont été plus souvent traités que les filles (40 % contre 34 %).

Tableau 8. Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes de l'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement auprès d'un service de santé a été demandé, et parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon des caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

	Enfants ayant les symptômes de l'IRA ou de la fièvre		Enfant ayant la diarrhée			
Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé[1]	Nombre avec IRA/fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé[2]	Pourcentage reçu des sachets de SRO	Pourcentage reçu un TRO	Nombre ayant la diarrhée
Âge en mois						
<6	44,5	524	14,2	10,7	29,2	325
6-11	42,1	481	18,2	14,0	47,6	350
12-23	35,6	854	22,8	18,6	58,4	645
24-35	37,1	597	17,2	13,8	62,2	402
36-47	33,2	486	16,7	13,9	57,6	272
48-59	33,1	362	20,5	15,7	53,4	175
Sexe						
Masculin	40,4	1 753	19,9	15,7	55,5	1 191
Féminin	34,4	1 551	17,4	14,1	48,8	977
Milieu de résidence						
Urbain	44,9	1 312	20,2	19,5	54,0	801
Rural	32,8	1 992	17,9	12,3	51,6	1 367
Région						
Dakar	45,0	748	21,0	21,2	56,1	500
Diourbel	30,2	316	9,5	9,7	50,5	219
Fatick	35,6	162	14,6	17,8	57,3	109
Kaolack	29,3	547	13,8	12,3	60,7	418
Kolda	42,5	230	23,7	10,2	51,5	140
Louga	33,5	203	29,3	13,7	43,2	113
Tambacounda	37,5	139	28,9	22,2	55,0	94
Matam	42,4	232	22,4	13,0	41,9	133
Saint-Louis	34,5	222	24,3	10,0	43,6	170
Thiès	38,7	421	12,8	13,9	41,6	216
Ziguinchor	43,8	83	27,0	21,0	67,4	55
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	33,1	2 301	16,8	12,6	50,8	1 543
Primaire	44,8	750	20,7	19,9	56,9	495
Secondaire et plus	56,9	252	34,9	23,9	55,6	131
Total	37,6	3 304	18,8	15,0	52,5	2 168

[1] Non compris les pharmacies, boutiques et les praticiens traditionnels
[2] Y compris SRO, fluide recommandé maison ou augmentation des fluides

Par ailleurs, 22 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 19 % de ces enfants. De plus, 15 % ont reçu une solution de SRO alors que 53 % ont reçu une TRO. Autrement dit, même si en cas d'épisode diarrhéique, les enfants ne sont pas souvent conduits à une structure de santé, ils bénéficient à domicile d'un traitement approprié par réhydratation (TRO) dans plus de 50 % des cas. À l'inverse des SRO dont la fréquence n'a pas bougé depuis plus de 10 ans, on note ici des progrès importants dans le recours à la TRO par rapport à 1997 qui est passé de 24 % à 53 %. Relativement, le pourcentage d'utilisatrices de la TRO est particulièrement élevée à Ziguinchor (67 %) et Kaolack (61 %). Les régions de Thiès et Matam (42 % chacune), de Louga (43 %) et de Saint-Louis (44 %) ont été les moins concernées par cette pratique.

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et le Ministère chargé de la Santé pour les six premiers mois de vie parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile et non-contaminé, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une meilleure croissance de l'enfant, que soient introduits des aliments solides de complément dans son alimentation.

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 35 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 9. Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de trois ans qui vivent avec leurs mères par type d'allaitement et pourcentage des enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge en mois, EDS-IV Sénégal 2005

	Allaite et consomme									
Âge en mois	N'allaite pas	Allaitement exclusif	Eau seulement	Liquides/ jus à base de liquides	Autre lait	Supplément de nourriture	Total	Nombre d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon	Nombre d'enfants
<2	0,2	56,0	31,6	0,2	9,1	2,8	100,0	317	3,7	323
2-3	1,5	39,5	43,0	0,1	7,8	8,1	100,0	468	11,0	473
4-5	0,8	14,8	47,5	0,3	10,4	26,2	100,0	494	7,3	500
6-7	1,0	9,9	29,2	0,5	9,0	50,3	100,0	417	7,1	426
8-9	1,0	2,4	16,8	1,4	5,3	73,1	100,0	358	4,6	372
10-11	2,8	1,7	7,9	0,7	1,7	85,2	100,0	219	8,1	224
12-15	6,8	1,3	5,8	0,3	0,9	84,8	100,0	660	3,7	680
16-19	24,7	0,1	1,7	0,7	1,2	71,7	100,0	750	1,8	793
20-23	58,2	0,3	0,7	0,2	0,2	40,3	100,0	504	2,1	567
24-27	89,4	0,0	0,0	0,0	0,0	10,6	100,0	498	1,8	699
28-31	92,8	0,0	0,2	0,0	0,0	7,0	100,0	409	1,9	685
32-35	98,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	100,0	249	1,4	479
<6	0,9	34,1	41,9	0,2	9,1	13,8	100,0	1 279	7,7	1 296
6-9	1,0	6,4	23,5	1,0	7,3	60,8	100,0	775	5,9	798

Note : Etat de l'allaitement se réfère à une période de "24 heures" (hier et la nuit passée). Les enfants classés allaités et consommant de l'eau seulement ne consomment pas de suppléments. Les catégories non allaités, allaités exclusivement, allaités et eau, liquides/jus à base de liquides, autre lait, et suppléments de nourriture (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusifs, et leur pourcentage total est de 100 pourcent. De ce fait, les enfants qui ont reçu du lait maternel et des liquides à base d'eau et ne recevant pas de suppléments de nourriture sont classés dans la catégorie liquides à base d'eau même s'ils reçoivent de l'eau plate. Tout enfant qui reçoit un supplément de nourriture est classé dans cette catégorie à condition qu'il soit allaité aussi. Basé sur tout les enfants de moins de trois ans

L'allaitement est presque universel au Sénégal et il y est par ailleurs prolongé. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 99 % des enfants de moins de six mois sont allaités, et de plus, 99 % des enfants de 10 à 11 mois sont encore au sein. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas bien respectée. La proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités est faible: seulement un enfant sur trois (34 %) est sous allaitement exclusif. L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, 44 % reçoivent, en plus du sein, de l'eau (32 %), un autre lait (9 %) et d'autres liquides ou jus, ou des suppléments solides ou semi-solides (3 %). La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble donc être relativement respectée : 61 % des enfants de 6 à 9 mois ont reçu un supplément de nourriture. En ce qui concerne l'utilisation du biberon, 8 % des enfants de moins de 6 mois continuent à recevoir le biberon.

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité, ainsi qu'une situation désavantageuse de développent mental. L'anthropométrie fournit les indicateurs les plus importants de l'état nutritionnel des enfants. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-IV. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCH/CDC/OMS. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 10 montre l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 16 % des enfants souffrent d'une malnutrition chronique et 5 % de malnutrition sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : entre 5 et 7 % à moins de 6 mois, il se situe autour de 20 % entre 12 et 59 mois. Invariable selon le sexe, il est deux fois plus élevé en milieu rural (21 %) qu'en milieu urbain (9 %). Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction : 19 % chez les mères non scolarisées, 11 % chez celles de niveau primaire et seulement 5 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Les enfants nés de mères de 20-29 ans semblent avoir également des niveaux de malnutrition plus bas. Il est enfin vraisemblable que les enfants ne vivant pas avec leur mère dans le même ménage soient plus sujets au retard de croissance.

27

Tableau 10. Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon des caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	
Âge en mois							
<6	1,6	5,3	0,7	5,2	1,2	3,0	350
6-9	0,7	7,2	0,2	7,6	2,8	12,9	229
10-11	1,0	9,0	0,0	9,9	1,0	12,2	63
12-23	4,7	20,6	2,1	14,0	5,0	22,6	603
24-35	7,2	17,6	0,7	7,2	3,6	21,0	565
36-47	7,5	19,5	0,2	4,6	2,6	17,9	593
48-59	6,8	19,1	0,4	5,9	2,0	19,2	522
Sexe							
Masculin	5,4	16,5	1,2	8,5	3,1	16,4	1 501
Féminin	5,4	16,3	0,3	6,8	2,9	18,4	1 424
Milieu de résidence							
Urbain	3,0	8,6	0,4	5,7	1,6	9,6	1 023
Rural	6,6	20,6	1,0	8,7	3,8	21,6	1 902
Région							
Dakar	3,0	6,8	0,0	5,3	1,5	6,0	451
Diourbel	5,4	16,3	1,6	9,1	2,4	19,8	354
Fatick	2,7	12,9	0,0	6,9	0,4	15,9	174
Kaolack	3,6	14,0	0,4	6,0	2,0	11,3	370
Kolda	11,3	35,2	0,9	8,1	7,1	31,9	295
Louga	6,2	18,2	3,0	12,3	5,7	20,7	181
Tambacounda	7,7	23,0	1,2	10,7	5,7	28,8	111
Matam	7,6	23,9	0,9	12,2	3,5	28,1	186
Saint-Louis	10,9	25,2	1,9	9,7	5,7	24,8	207
Thiès	2,8	8,6	0,2	6,1	1,5	13,4	469
Ziguinchor	3,1	14,1	0,0	3,9	1,5	10,4	127
Niveau d'instruction[2]							
Pas d'instruction	6,5	18,8	0,9	8,8	3,7	20,6	1 945
Primaire	2,9	10,6	0,6	5,9	1,7	9,8	571
Secondaire et plus	1,8	5,4	0,3	3,8	0,3	5,9	230
Âge de la mère							
15-19	5,0	19,7	0,9	7,7	6,6	20,0	150
20-24	4,4	15,3	1,0	7,3	2,8	16,3	623
25-29	5,1	15,6	1,1	9,4	2,6	18,4	795
30-34	5,9	18,1	0,3	7,0	2,6	16,7	604
35-49	6,1	16,1	0,7	6,7	3,2	17,2	751
Statut de la mère							
Mère enquêtée	5,3	15,9	0,8	7,8	2,9	17,0	2,644
Non enquêtée, mais dans le ménage	6,0	16,8	0,8	5,1	4,5	19,9	103
Non enquêtée, pas dans le ménage[3]	5,7	23,5	0,4	6,7	3,2	22,1	176
Total	5,4	16,4	0,8	7,7	3,0	17,4	2 925

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. Chaque indice est exprimé en unités d'écart-type (ET) de la médiane de la population de référence internationale des NCHS/CDC/WHO. Le pourcentage des enfants qui sont plus de trois ou plus de deux écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence internationale (-3 ET et -2 ET) sont présentés selon les caractéristiques sociodémographiques. Le tableau est basé sur les enfants qui une date de naissance valable (mois et année) et des mesures de poids et taille valables.

[1] Y compris les enfants au-dessous de -3 ET

[2] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information est prise du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont les mères ne sont pas citées dans le tableau de ménage

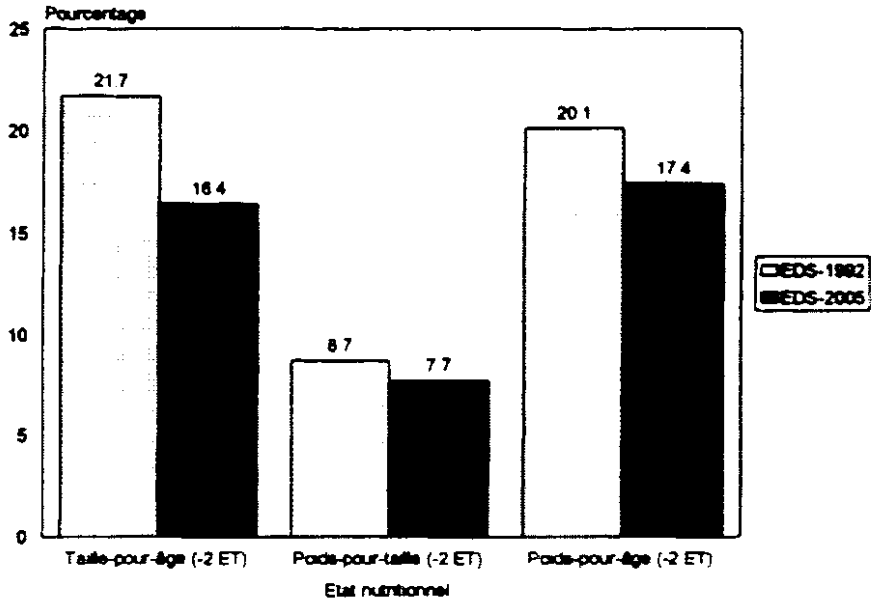
[3] Y compris les enfants dont les mères sont décédées

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que moins de 8 % (7,7 %) des enfants sont émaciés, et moins de 1 % le sont sévèrement. Le niveau de l'émaciation est le plus élevé pour les enfants de 12 à 23 mois, correspondant à la période au cours de laquelle s'observent une intensification de sevrage et une plus grande exposition de l'enfant aux maladies (nouveaux aliments non-hygiéniques, exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). L'émaciation est plus fréquente chez les garçons, en milieu rural et chez les enfants nés de mères pas ou moins instruites. Trois régions, à savoir Louga (12 %), Matam (12 %) et Tambacounda (11 %) se distinguent des autres par le niveau élevé du pourcentage d'enfants émaciés. Ziguinchor (4 %) et Dakar (5 %) sont les régions les plus favorisées par rapport à l'émaciation.

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Dix sept pour cent des enfants sénégalais présentent une insuffisance pondérale et 3 % sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (22 % contre 10 % en milieu urbain), chez les enfants nés de femmes non scolarisées (21 % contre moins de 10 % chez les femmes scolarisées). Trois régions semblent particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : Kolda (32 %), Tambacounda (29 %) et Matam (28 %).

Le graphique 4 montre que l'état nutritionnel des enfants s'est sensiblement amélioré depuis 1992 (EDS-II). Les trois indices de nutrition (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge) sont passés respectivement de 22,9 et 20 % en 1992 à 16,8 et 17 % en 2005.

Graphique 4 : État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans



29

3.11 Test d'anémie

Une carence en fer, surtout chez les femmes et les enfants, entraîne l'anémie. L'anémie est un problème important partout dans le monde et surtout dans les pays en développement où presque la moitié des femmes et des enfants souffrent d'anémie sous ses formes sévère, modérée ou légère. L'anémie est un grave problème de la santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, par exemple, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiques courent également plus de risque de décéder lors de l'accouchement ou de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémique.

Un test d'anémie a été inclus à l'EDS-IV afin d'estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. En plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de ces individus était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test étaient communiqués immédiatement après.

Le tableau 11 présente les résultats sur les formes d'anémie pour les enfants et les femmes.[1] Au niveau national, 84 % des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'une anémie quelconque : 20 % souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl) ; 56 % souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl); et 8 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (87 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (79 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (10 %) est beaucoup plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (6 %). La prévalence de l'anémie sévère la plus élevée est observée dans la région de Kaolack (14 %).

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 61 % des femmes souffrent d'anémie : 38 % souffrent d'anémie légère ; 20 % d'anémie modérée et 3 % d'anémie sévère. À l'opposé des enfants, les femmes urbaines et les femmes rurales ont la même prévalence de l'anémie sévère. Les régions de Ziguinchor (moins de 1 %) et de Kolda (moins de 2 %) ont les prévalences les plus basses.

[1] Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport principal.

30

Tableau 11. Anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois et des femmes âgées de 15-49 ans considérés comme ayant une anémie sous forme de carence en fer, selon des caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage ayant : Une anémie quelconque	Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	Nombre
		ENFANTS			
Milieu de résidence					
Urbain	78,9	20,4	52,5	6,1	889
Rural	87,4	19,8	57,9	9,7	1 628
Région					
Dakar	72,7	17,8	48,8	6,2	387
Diourbel	92,4	23,7	59,4	9,4	291
Fatick	90,1	16,4	61,7	12,0	162
Kaolack	89,4	15,2	60,3	13,9	348
Kolda	83,3	22,0	54,0	7,2	254
Louga	87,7	18,4	60,3	9,0	159
Tambacounda	85,4	17,8	57,3	10,2	90
Matam	85,3	28,7	51,0	5,7	169
Saint-Louis	90,5	18,6	60,7	11,2	148
Thiès	84,9	21,9	57,9	5,1	394
Ziguinchor	67,0	20,2	42,5	4,3	114
Total	84,4	20,0	56,0	8,4	2 517
		FEMMES			
Milieu de résidence					
Urbain	56,2	35,1	17,9	3,2	2 217
Rural	66,1	41,0	21,9	3,2	2 223
Région					
Dakar	53,4	31,0	18,9	3,5	1 217
Diourbel	74,5	47,6	23,4	3,4	428
Fatick	68,8	45,0	19,1	4,6	213
Kaolack	67,6	37,8	27,1	2,7	490
Kolda	55,4	37,9	16,0	1,5	325
Louga	68,0	41,9	21,7	4,4	252
Tambacounda	61,2	36,0	20,5	4,7	149
Matam	64,4	41,6	19,5	3,3	264
Saint-Louis	67,4	38,2	25,4	3,8	250
Thiès	61,2	41,8	16,5	2,9	649
Ziguinchor	44,4	33,6	9,9	0,9	203
Total	61,1	38,1	19,9	3,2	4 439

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence est ajusté pour l'altitude (Pour les enfants et les femmes) et la consommation du tabac (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant <7.0 g/dl d'hémoglobine ont une anémie sévère, les femmes et les enfants ayant 7.0-9.9 g/dl ont une anémie modérée, les femmes non-enceintes ayant 10.0-11.9 g/dl et les enfants et les femmes enceintes ayant 10.0-10.9 g/dl ont une anémie légère.

3.12 Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont des indicateurs pertinents pour apprécier la situation socio-économique dans un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDS-IV. Le calcul des indices se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ; 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âge 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2005. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDS-IV, le risque de mortalité infantile est évalué à 61 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile s'établit à 64 ‰.

Tableau 12. Taux de mortalité au cours de l'enfance

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDS-IV Sénégal 2005

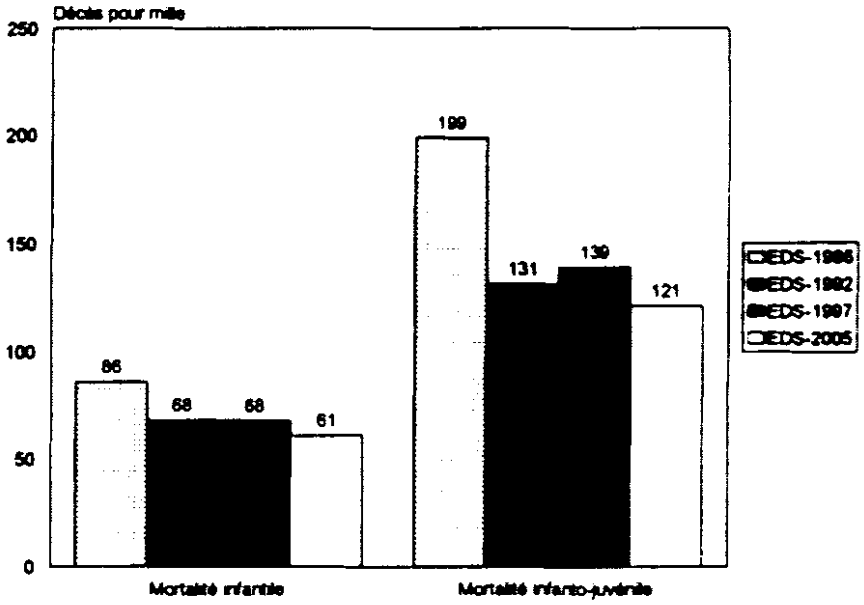
Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité des moins de 5 ans ($_5q_0$)
Années avant l'enquête					
0-4	35	26	61	64	121
5-9	47	35	82	74	150
10-14	41	29	70	70	135

[1] Calculés comme étant la différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 35 ‰ pour la mortalité néonatale et à 26 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 121 ‰. En d'autres termes, au Sénégal, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Le graphique 5 montre l'évolution des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile au cours des 20 dernières années d'après les résultats de l'EDS-I, l'EDS-II et l'EDS-III. Ces résultats mettent en évidence une tendance générale à la baisse des risques de décès avant 5 ans.

Graphique 5 : Tendances de la mortalité infantile ($_1q_0$) et de la mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)



3.13 Connaissance du VIH/sida

Le sida est aujourd'hui l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays africains. L'EDS-IV a inclus une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, les modes de transmission et de prévention du VIH et sur les comportements.

D'après le tableau 13, la quasi-totalité des femmes (97 %) et des hommes (98 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. La majorité des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré en outre qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de le contracter et ont cité au moins une méthode de protection (respectivement, 78 % et 82 %) ; les hommes sont donc légèrement plus informés que les femmes sur moyens d'éviter l'infection. Les résultats révèlent des disparités régionales dans la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida : les femmes des régions de Ziguinchor (92 %) et Thiès (87 %) sont plus nombreuses à avoir déclaré connaître des moyens de prévention du VIH/sida, alors que les hommes les plus informés sont des régions Thiès (93 %), de Matam (85 %) et de Kaolack (84 %). De plus, la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction et degré d'urbanisation aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Enfin, les célibataires qui sont souvent aussi jeunes (68 % des célibataires ont 15-19 ans et 89 % ont 15-24 ans) sont très défavorisés sur la connaissance des moyens de prévention du VIH/sida.

Tableau 13. Connaissance du sida

Pourcentage des femmes et des hommes ayant entendu parlé du sida et qui croient qu'il y a un moyen pour éviter le VIH/sida, selon des caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes			Hommes		
	Entendu parler de sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	Entendu parler de sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
Âge						
15-19	94,7	71,3	3 556	94,2	72,0	926
20-24	96,7	80,2	2 844	99,1	83,0	645
25-29	98,0	80,6	2 379	99,6	82,8	537
30-39	97,5	81,1	3 566	99,6	85,8	716
40-49	97,0	80,7	2 258	99,1	86,9	591
50-59	na	na	0	98,5	86,0	346
Etat matrimonial						
Célibataire	96,5	75,5	3 941	96,6	77,2	1 759
En union ou vivant ensemble	96,6	79,3	9 866	99,2	86,0	1 866
Divorcée/séparée/veuve	98,1	81,1	795	100,0	81,0	135
Milieu de résidence						
Urbain	98,5	81,4	7 117	99,4	84,6	2 101
Rural	94,9	75,5	7 485	96,3	78,0	1 660
Région						
Dakar	98,2	75,7	3 866	99,6	80,8	1 186
Diourbel	98,0	78,3	1 548	92,8	80,8	309
Fatick	98,5	80,1	708	91,2	77,3	174
Kaolack	96,9	72,1	1 642	96,3	83,8	369
Kolda	94,6	81,7	1 047	98,9	71,8	295
Louga	96,0	83,2	915	98,1	73,6	155
Tambacounda	90,0	61,8	543	98,2	76,7	109
Matam	95,6	79,8	947	99,5	85,3	210
Saint-Louis	87,0	72,9	851	98,3	81,5	247
Thiès	98,8	86,9	1 974	99,0	93,4	538
Ziguinchor	99,0	92,1	562	99,7	76,1	170
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	95,1	74,7	8 699	96,4	78,4	1 621
Primaire	98,5	81,3	3 677	98,5	79,2	1 007
Secondaire et plus	99,6	88,2	2 226	99,9	88,6	1 133
Total	96,6	78,4	14 602	98,0	81,7	3 761

na = Non applicable

3.14 Utilisation du condom

L'utilisation du condom, particulièrement en situation de rapports sexuels à haut risque, est l'un des moyens efficaces pour éviter la propagation du VIH/sida. Aux hommes et aux femmes sexuellement actifs, on a donc posé des questions sur l'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avant l'enquête.

Les tableaux 14.1.1 et 14.1.2 présentent des informations sur l'utilisation du condom chez les femmes et chez les hommes lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le type de partenaire. Quel que soit le type de partenaire, 23 % des hommes, soit plus d'un homme sur cinq, ont utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels ; le pourcentage correspondant pour les femmes est extrêmement faible : 3 %. Lorsque les femmes ne cohabitent pas avec leur dernier partenaire sexuel, elle ont souvent utilisé le condom (38 %). En général, les femmes ne recourent au condom lorsque le partenaire est un joint ou alors un homme avec lequel elles cohabitent : moins de 2 % dans l'ensemble et moins de 6 % dans le groupe qui a le plus souvent utilisé le condom, à savoir les femmes de niveau secondaire ou plus (5,6 %). Par contre, avec les partenaires occasionnelles, le recours au condom concerne beaucoup de femmes, surtout chez les femmes scolarisées (53 % chez celles de niveau secondaire ou plus, contre 19 % des non scolarisées), celles résidant à Ziguinchor (55 %) et Kolda (39 %) dans une moindre mesure. Près de trois femmes célibataires sur dix ont également recouru au condom lors des derniers rapports sexuels.

Tableau 14.1.1 Utilisation du condom selon le type de partenaire : femmes

Pour l'ensemble des femmes ayant eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente, pourcentage de celles ayant utilisé le condom durant le dernier rapport sexuel avec son mari, partenaire cohabitant ou avec n'importe quel partenaire, selon caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Epoux ou partenaire cohabitant		Partenaire non-cohabitant		N'importe quel partenaire	
	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif
Âge						
15-19	0,9	798	34,0	114	4,9	906
20-24	2,0	1 551	36,4	157	4,9	1 699
25-29	1,7	1 676	46,9	106	4,2	1 766
30-39	1,6	2 886	33,9	98	2,6	2 963
40-49	0,9	1 872	37,4	44	1,6	1 904
Etat matrimonial						
Célibataire	0,0	7	32,1	112	29,8	112
En union ou vivant ensemble	1,4	8 652	38,4	312	2,6	8 912
Divorcée/séparée/veuve	4,3	124	41,8	95	19,6	213
Milieu de résidence						
Urbain	2,7	3 565	44,2	315	5,9	3 855
Rural	0,6	5 218	27,5	205	1,5	5 382
Région						
Dakar	3,4	1 814	40,4	167	6,3	1 965
Diourbel	0,4	1 069	17,9	10	0,4	1 077
Fatick	0,6	496	27,0	15	1,3	509
Kaolack	0,9	1 108	17,1	41	1,5	1 140
Kolda	1,2	680	39,1	69	4,2	735
Louga	0,7	633	15,2	4	0,7	634
Tambacounda	0,2	315	30,4	6	0,7	322
Matam	0,9	607	24,2	19	1,6	627
Saint-Louis	1,2	584	27,5	38	2,3	610
Thiès	0,9	1 212	31,6	54	2,3	1 259
Ziguinchor	5,1	265	55,4	98	18,5	360
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	0,7	6 256	19,1	191	1,1	6 404
Primaire	2,4	1 791	44,9	189	6,5	1 963
Secondaire et plus	5,6	736	53,2	140	12,6	870
Total	1,5	8 783	37,6	520	3,3	9 237

35

Contrairement aux femmes, la plupart des hommes recourent au condom. Près de deux hommes sur trois (63 %) ont utilisé le condom lors dernier rapport sexuel avec une partenaire avec qui il ne cohabite pas. Dans ce cas, l'utilisation du condom a été beaucoup plus fréquente chez les hommes de 20-49 ans (plus de 62 % contre 45 % chez ceux de 15-19 ans et 36 % à 50-59 ans) et chez les urbains (72 % contre 47 % en milieu rural). Par ailleurs, cette pratique augmente fortement avec le niveau d'instruction : 48 % chez les hommes non scolarisés, 62 % chez ceux de niveau primaire et 74 % pour ceux de niveau secondaire ou plus. On observe aussi des différences inter régionales importantes : avec plus de 70 %, les régions de Ziguinchor (74 %), Dakar (73 %) et Thiès (70 %) sont de loin les plus concernées ; à l'inverse, Louga (44 %), Diourbel (46 %) et Kolda (47 %) ont les pourcentages les plus faibles. Le recours au préservatif avec les épouses ou partenaires cohabitantes est faible : moins de 5 % dans l'ensemble.

Tableau 14.1.2 Utilisation du condom selon le type de partenaire: hommes

Pour l'ensemble des hommes ayant eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente, pourcentage de ceux ayant utilisé le condom durant le dernier rapport sexuel avec son épouse, partenaire cohabitante ou avec n'importe quel partenaire, selon caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques socio-démographiques	Epoux ou partenaire cohabitant		Partenaire non-cohabitant		N'importe quel partenaire	
	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif
Âge						
15-19	24,0	8	45,4	197	43,3	205
20-24	8,8	44	61,5	227	50,8	268
25-29	4,8	176	72,4	188	38,1	346
30-39	6,6	510	79,7	159	19,2	614
40-49	3,8	526	62,5	63	7,8	551
50-59	1,1	322	36,3	15	1,5	325
Etat matrimonial						
Célibataire	62,4	3	62,0	469	60,3	472
En union ou vivant ensemble	4,2	1 576	65,0	315	11,0	1 766
Divorcée/séparée/veuve	50,2	7	62,9	65	61,6	71
Milieu de résidence						
Urbain	6,6	751	71,7	556	32,3	1,244
Rural	2,7	834	47,2	293	11,3	1,065
Région						
Dakar	6,2	435	73,2	327	32,8	726
Diourbel	1,0	145	46,2	34	7,0	173
Fatick	2,5	76	56,3	30	14,8	103
Kaolack	1,3	172	46,9	60	11,0	221
Kolda	7,2	140	47,1	96	20,4	211
Louga	4,3	74	43,7	14	9,6	87
Tambacounda	0,9	57	48,4	19	11,2	73
Matam	2,2	93	58,7	41	16,5	131
Saint-Louis	4,9	122	51,6	58	17,2	167
Thiès	1,7	216	70,2	101	20,6	300
Ziguinchor	26,0	53	74,0	70	52,0	117
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	2,0	926	48,3	231	8,4	1 099
Primaire	6,4	306	62,0	262	30,9	544
Secondaire et plus	9,5	353	73,8	356	39,3	666
Total	4,5	1 585	63,2	849	22,6	2 309

3.15 Excision

Au cours de l'EDS-IV, diverses questions ont été posées sur la connaissance et la pratique de l'excision, le type d'excision subi, ainsi que sur les opinions sur cette pratique. Sont présentés ici quelques résultats sur la connaissance et la pratique de l'excision. Des résultats plus détaillés seront abordés dans le rapport principal. Selon le tableau 15, la population est largement informée de l'existence de l'existence : plus de 90 % des hommes et des femmes ont en ont entendu parler. Le degré de connaissance varie peu selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Tableau 15. Connaissance et pratique de l'excision

Proportion de femmes et d'hommes connaissant l'excision proportion de femmes excisées, et répartition (en %) des femmes excisées par type d'excision, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. EDS-IV Sénégal 2005

	Hommes		Femmes		
Caractéristiques socio-démographiques	Proportion d'hommes connaissant l'excision	Effectif d'hommes	Proportion de femmes connaissant l'excision	Proportion de femmes excisées	Effectif de femmes
Âge					
15-19	80,8	926	87,9	24,8	3 556
20-24	92,3	645	94,7	28,0	2 844
25-29	97,3	537	95,6	28,4	2 379
30-34	96,9	399	96,2	30,1	1 953
35-39	96,7	318	97,3	30,5	1 613
40-44	99,0	316	96,5	30,3	1 249
45-49	96,5	275	97,0	30,6	1 009
50-59	97,5	346	na	na	0
Milieu de résidence					
Dakar	94,7	1 177	96,4	17,4	3 809
Autres villes	93,9	946	97,1	26,2	3 379
Total urbain	94,3	2 123	96,7	21,6	7 188
Rural	89,9	1 638	91,4	34,7	7 414
Région					
Dakar	95,0	1 186	96,3	17,3	3 866
Diourbel	82,9	309	90,0	1,8	1 548
Fatick	84,0	174	92,2	5,7	708
Kaolack	89,6	369	90,4	11,3	1 642
Kolda	97,4	295	99,5	93,8	1 047
Louga	85,4	155	80,1	4,1	915
Tambacounda	93,3	109	98,4	93,3	543
Matam	92,1	210	94,6	44,4	947
Saint-Louis	95,3	247	97,9	85,6	851
Thiès	93,3	538	95,2	7,0	1 974
Ziguinchor	96,2	170	99,2	69,3	562
Niveau d'instruction					
Pas d'instruction	88,6	1 215	92,2	33,7	6 743
Primaire	91,0	1 394	94,4	25,3	5 633
Secondaire ou plus	97,9	990	98,4	19,1	2 226
Ethnie					
Wolof	90,7	1 248	91,0	1,6	5 799
Poular	94,8	900	96,8	62,1	3 684
Serer	88,2	611	92,0	1,8	2 316
Mandingue	97,4	149	98,7	73,7	674
Diola	95,8	209	98,6	59,7	710
Soninké	95,3	98	99,3	78,2	402
Autre	93,0	211	96,7	37,6	758
Religion					
Musulmane	92,2	3 322	93,9	29,1	13 931
Chrétienne	96,0	210	96,8	10,9	647
Animiste/Autre	58,9	2	100,0	16,4	5
Total	92,4	3 761	94,0	28,2	14 602

na = Non applicable

37

En ce qui concerne la pratique, 28 % de l'ensemble des femmes ont déclaré être excisées. Cette moyenne nationale cache cependant des disparités importantes.

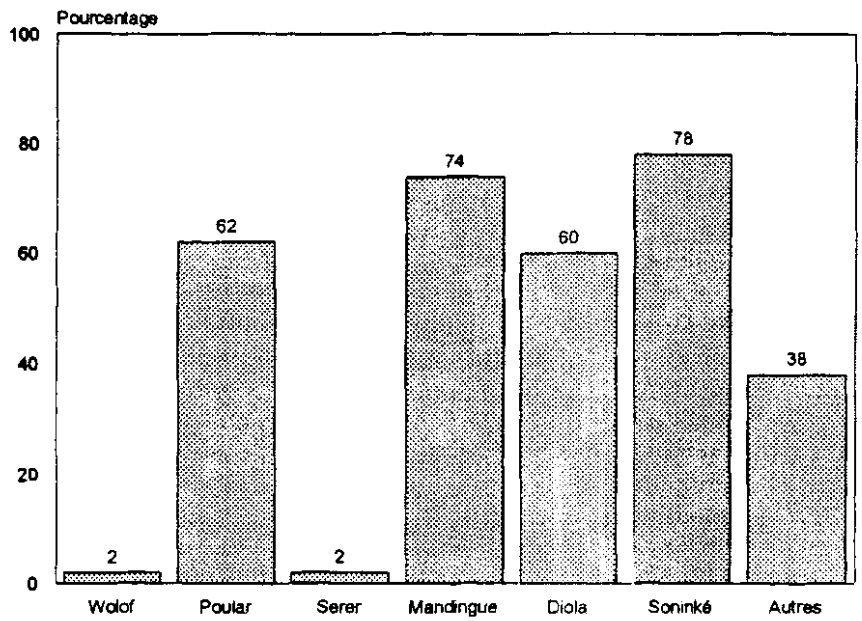
Au niveau l'âge, les femmes de 15-19 ans sont moins nombreuses à avoir été excisés : 25 % ; au-delà de 30 ans, la proportion de femmes excisées se stabilise à 30 %. La proportion de femmes excisées après 30 ans étant très faible (moins de 1 % dans l'ensemble), on peut raisonnablement penser la fréquence de cette pratique a baissé dans les jeunes générations.

En ce qui concerne l'urbanisation et l'instruction, la pratique de l'excision moins répandue dans les villes (22 %), surtout dans la capitale (17 %) que dans les campagnes (35 %). Par ailleurs, la fréquence de l'excision diminue avec le niveau d'instruction : 34 % chez les femmes non scolarisées, 25 % chez celles de niveau primaire et 19 % chez celles de niveau secondaires ou plus.

Les différences selon la religion sont importantes. Près de 30 % des musulmanes ont subi l'excision, contre seulement 11 % des femmes chrétiennes.

Les disparités les plus importantes sont observées selon la région de résidence et l'ethnie (Graphique 6). En effet, alors que l'excision est pratiquement inexistante chez les Wolof (1,6 % d'excisées) et les Sérer (1,8 %), elle concerne près de trois femmes sur quatre dans le groupe Mandingue (74 %) et approche 80 % (78 %) chez les Soninké. La proportion de femmes excisées se situe à 62 % chez les Poular et 60 % chez les Diola. Les différences inter ethniques expliquent en partie les écarts inter régionaux. Ainsi dans les régions de Kolda et de Tambacounda à majorité Poular et Mandingue, plus de 90 % des femmes sont excisées. Elles sont suivies de Saint-Louis (86 %) et Ziguinchor (60 %). À Diourbel (moins de 2 %), Louga (4 %), Fatick (6 %) et Thiès (7 %), la pratique de l'excision est marginale.

Graphique 6 : Pratique de l'excision selon l'ethnie



4. RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH

Comme mentionné dans l'Introduction, l'EDS-IV de 2005 a inclus le test du VIH dans un sous-échantillon des ménages sélectionnés. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle dans ce sous-échantillon étaient sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Les résultats préliminaires sont présentés ci-dessous. Pour faciliter la comparaison entre les femmes et les hommes, les résultats sont limités aux âges de 15-49 ans pour les deux sexes. Une analyse plus détaillée, y compris pour les hommes de 50-59 ans, sera réalisée dans le rapport principal de l'EDS-IV.

Une estimation précise de la prévalence de VIH est nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie au Sénégal et pour suivre la progression de l'épidémie dans le temps. Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales, ont jusque là été la principale source d'informations sur la prévalence du VIH au Sénégal.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'une enquête nationale représentative de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs insuffisances importantes. L'insuffisance majeure est principalement liée au fait que les femmes enceintes ne sont pas représentatives de la population générale en âge reproductif (Shutkin et al., 1988). Le plus évident c'est que les niveaux de la prévalence de VIH varient entre les femmes et les hommes, et les hommes ne sont évidemment pas représentés dans les données provenant des sites sentinelles. De plus, le niveau de prévalence est généralement plus élevé chez les femmes enceintes que chez les femmes dans la population générale car parmi les femmes non enceintes, il y a les femmes non actives sexuellement, et donc peu exposées au VIH. Les niveaux de prévalence varient aussi avec l'âge. Les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals peuvent avoir une distribution d'âge qui est différente de celle des femmes dans la population générale. Enfin, la couverture géographique pourrait présenter une autre source de biais inhérente aux données des sites de surveillance dans la mesure où les données proviennent d'un nombre limité des sites sentinelles qui se trouvent le plus souvent dans les zones urbaines ou semi-urbaines - là où la prévalence du VIH est peut être la plus élevée.

Avec l'inclusion du test du VIH dans l'EDS-IV, le Sénégal est l'un des premiers pays d'Afrique sub-saharienne à enrichir sa base d'information sur le VIH avec des données d'une enquête nationale, représentative de la population générale. Pour la première fois, le pays dispose d'une mesure directe de la prévalence du VIH au lieu d'une estimation dérivée d'un modèle basé sur les données des sites sentinelles et ajustées avec certains paramètres. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les résultats d'une enquête nationale représentative soient exploités pour calibrer les résultats de la surveillance régulière (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2000). Il est donc conseillé que la séroprévalence de l'EDS-IV soit analysée de très près et qu'elle soit utilisée pour raffiner la série des paramètres qui sont intégrés dans le modèle d'estimation de la prévalence à partir des données des sites sentinelles.

4.1. Taux de couverture des tests de dépistage du VIH

Le tableau 16 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. Dans l'ensemble, plus de huit femmes sur 10 (85 %) et plus de sept hommes sur 10 (76 %) ont été testés pour le VIH. Le taux de couverture est donc beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Aussi bien chez les femmes et que chez les hommes, les taux de couverture sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain.

Tableau 16. Couverture du test de VIH

Pourcentage de femmes 15-49 ans et d'hommes 15-49 ans éligibles pour le test de VIH et pourcentage de ces femmes et hommes qui ont été testés pour la VIH, selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

Tests VIH	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Femmes de 15-49 ans			
A été testée	81,9	86,6	84,5
N'a pas été testée	18,1	13,4	15,5
- Refusé	10,9	8,9	9,8
- Absent/autre	2,6	1,7	2,1
- Enquête quest. individuel	1,5	1,1	1,3
- Pas enquête quest. individuel	1,1	0,6	0,8
- Résultat manquant	4,6	2,8	3,6
Total	100	100	100
Effectif non pondéré	2 377	2 973	5 350
Hommes de 15-49 ans[1]			
A été testé	73,7	77,6	75,6
N'a pas été testé	26,3	22,4	24,4
- Refusé	15,9	15,5	15,7
- Absent/autre	3,7	2,6	3,1
- Enquête quest. individuel	1,5	1,1	1,3
- Pas enquête quest. individuel	2,2	1,6	1,9
- Résultat manquant	6,8	4,2	5,5
Total	100	100	100
Effectif non pondéré	1 997	1 976	3 973
Ensemble			
A été testée	3 417	4 108	7 525
Refusé	578	572	1 150
Enquête quest. individuel	65	55	120
Pas enquête quest. individuel	69	49	118
Résultat manquant	245	165	410
Effectif non pondéré	4 374	4 949	9 323

[1] Dans le cadre de cette enquête, tous les hommes éligibles de 15-59 ans ont été sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Mais les résultats sont limités aux âges de 15-49 ans pour les deux sexes pour nous conformer aux recommandations de l'ONUSIDA.

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, la majorité a tout simplement refusé le test (10 % des femmes et 16 % des hommes). Les refus ont été beaucoup plus fréquents en ville qu'en campagne. Les absences ont également sensiblement contribué à manquer l'occasion de tester des éligibles, surtout parmi les hommes et en milieu urbain.

4.2 Taux de séroprevalence du VIH

Le tableau 17 fournit les taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon les caractéristiques socio-démographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 0,9 %, sont plus infectées que les hommes (0,4 %). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 2,25 ; ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y plus de 200 femmes infectées.

L'algorithme a prévu le dépistage du VIH 1, VIH 2 et VIH 1 & 2 ; les résultats d'analyse portant sur cette distinction seront présentés dans le rapport principal.

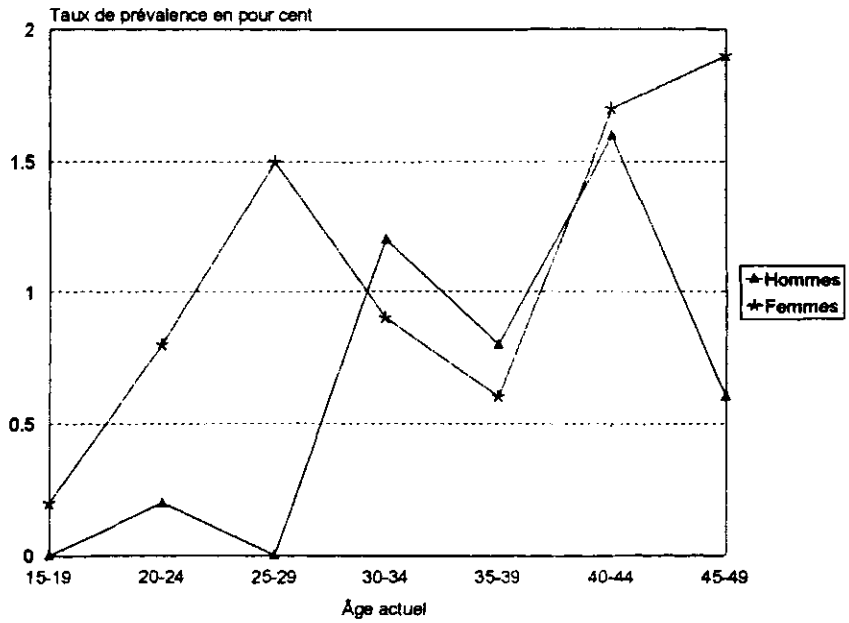
La proportion des personnes séro-positives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge, avec des fluctuations plus ou moins marquées. Le graphique 7 illustre clairement ces différences : d'abord, on remarque qu'à 15-29 ans les femmes ont un taux d'infection plus élevé que les hommes, et qui croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 20-29 ans, âges auxquels les femmes ont des taux beaucoup plus élevés que les hommes. De plus, la prévalence maximale est observée à 25-29 ans chez les femmes et plus tard (35-39 ans) pour les hommes. Entre 30-44 ans, les écarts de prévalence sont plus faibles.

Tableau 17. Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Taux de prévalence VIH de femmes de 15-49 et d'hommes de 15-49 ans selon caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

	Femmes de 15-49 ans				Hommes de 15-49 ans				Ensemble			
Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage testé	Effectif non pondéré des individuels	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé	Pourcentage testé	Effectif non pondéré des individuels	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé	Pourcentage testé	Effectif non pondéré des individuels	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé
Âge												
15-19	84,9	1 373	0,2	1 074	81,6	1 144	0,0	936	83,4	2 517	0,1	2 010
20-24	82,3	1 045	0,8	806	78,0	740	0,2	618	80,5	1 785	0,5	1 424
25-29	86,9	860	1,5	727	71,7	569	0,0	467	80,8	1 429	0,9	1 194
30-34	84,5	682	0,9	570	70,4	479	1,2	386	78,6	1 161	1,0	955
35-39	85,2	546	0,6	440	72,8	364	0,8	296	80,2	910	0,7	735
40-44	84,8	467	1,7	371	74,0	342	1,6	292	80,2	809	1,7	663
45-49	82,5	377	1,9	291	69,3	335	0,6	239	76,3	712	1,3	530
Milieu de résidence												
Urbain	81,9	2 377	1,0	2 200	73,7	1 997	0,4	1849	78,1	4 374	0,7	4 049
Rural	86,6	2 973	0,8	2 077	77,6	1 976	0,5	1385	83,0	4 949	0,7	3 462
Région												
Dakar	76,1	624	0,7	1 245	70,1	529	0,5	1052	73,4	1 153	0,6	2 297
Diourbel	84,2	543	0,1	414	66,7	330	0,0	256	77,5	873	0,1	670
Fatick	94,8	366	0,9	184	82,1	291	0,9	146	89,2	657	0,9	330
Kaolack	87,5	560	1,0	449	79,8	400	0,2	312	84,3	960	0,7	761
Kolda	93,5	448	2,7	291	83,4	397	1,1	246	88,8	845	2,0	537
Louga	81,3	476	0,7	255	66,9	251	0,0	130	76,3	727	0,5	385
Tambacounda	74,7	474	0,5	164	64,9	291	0,8	92	71,0	765	0,6	256
Matam	78,1	447	0,9	263	69,5	308	0,0	183	74,6	755	0,5	446
Saint-Louis	82,7	451	0,3	237	78,6	392	0,5	211	80,8	843	0,4	449
Thiès	88,2	575	0,4	602	78,0	440	0,3	455	83,7	1 015	0,4	1 057
Ziguinchor	93,8	386	3,4	173	88,1	344	0,8	149	91,1	730	2,2	322
Total	84,5	5 350	0,9	4 278	75,6	3 973	0,4	3 234	80,7	9 323	0,7	7 511

Graphique 7 : Taux de prévalencce du VIH par groupes d'âge et par sexe



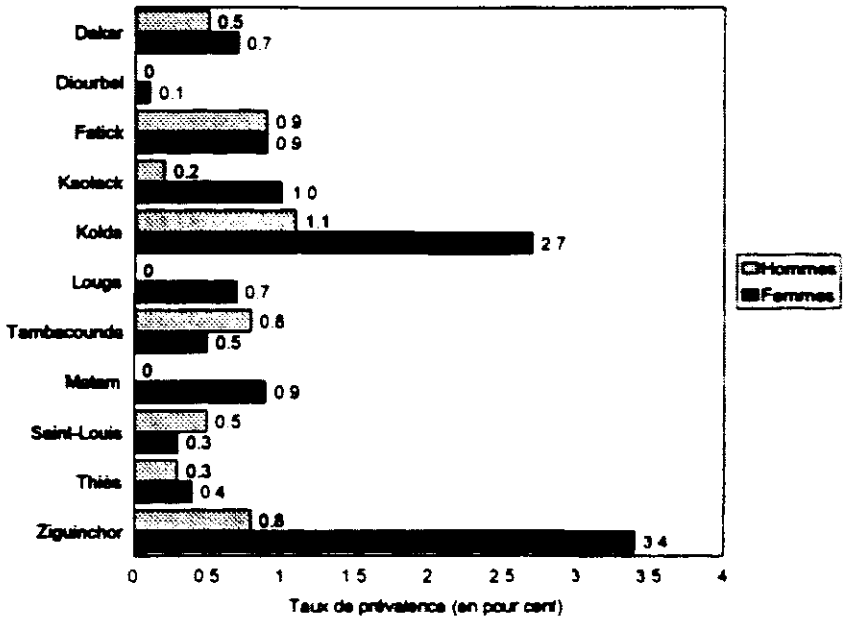
En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence (graphique 8), les résultats de l'enquête ne montrent pas une différence entre le milieu urbain et le milieu rural. Cependant, la prévalence varie assez fortement par région. Aussi bien chez les femmes que les hommes, des prévalences plus fortes sont observées à Ziguinchor (3,4 % pour les femmes et 0,8 % pour les hommes) et Kolda (2,7 % pour les femmes et 1,1 % pour les hommes). À l'inverse, on observe les taux les plus faibles à Diourbel (0,1 % pour les femmes et 0,0 % pour les hommes) et Thiès (0,4 % pour les femmes et 0,3 % pour les hommes).

Notons cependant qu'en raison de la petitesse des nombre de cas, donc des pourcentages, il y a lieu d'approfondir les analyses avant de conclure à des tendances ou des écarts statistiquement significatifs ; ce qui sera abordé dans le rapport principal.

La prévalence globales chez les femmes enceintes estimée à partir des données des sites sentinelles dans les 11 régions en 2003, est plus élevée que celles des femmes estimée dans l'EDS-IV (1,5 % chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2003, contre 0,9 % dans l'EDS-IV). Dans toutes les régions, à l'exception de Kolda, Ziguinchor, Louga, Fatick, on observe des écarts similaires. Les niveaux de prévalence observés à Kolda et Louga sont pratiquement identiques dans les deux sources, alors qu'à Ziguinchor la prévalence estimée dans l'EDS-IV est largement supérieure.

Certains autres résultats mentionnés ci-dessus, notamment ceux par âge, sexe, résidence et région, attestent que les résultats de l'EDS-IV présentent une certaine cohérence avec ceux des sites sentinelles.

Graphique 8 : Taux de prévalence du VIH par région et par sexe



43

RÉFÉRENCES

Slutkin, Gary, James Chin, Daniel Tarantola, Jonathon Mann. 1988. *Sentinel surveillance for HIV infection : A method to monitor HIV infection trends in population groups*. Geneva: World Health Organization.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. 2000. *Second generation surveillance for HIV : The next decade*. WHO/CDC/CSR/EDC2000.5, UNAIDS/00.03E.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 2004. Responding to surveillance : Methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for "Estimates, Modelling and Projections" held in Glion, May 10-11, 2004.

World Health Organisation and UNAIDS. 2003. *Reconciling antenatal clinic-based surveillance and population-based survey estimates of HIV prevalence in sub-Saharan Africa*. Geneva : WHO.

PREVIOUS PAGE BLANK

44

MEASURE *DHS+* Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)
Ethiopie	Août	2000	(anglais)
Haïti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Nigeria	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)
Ghana	Juin	2004	(anglais)
Maroc	Juin	2004	(français)
Bangladesh	Septembre	2004	(anglais)
Cameroun	Octobre	2004	(français)
Madagascar	Octobre	2004	(français)
Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE *DHS+* sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE *DHS+* est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE *DHS+*, destiné à une diffusion à grande échelle,est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.