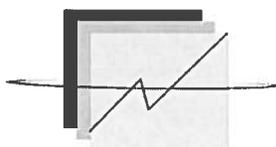


**Sénégal
Enquête
Démographique et
de Santé à Indicateurs
Multiples
2010-2011**

**Rapport
Préliminaire**

**Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
Dakar, Sénégal
MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, USA**



ANSD
Agence Nationale de
la Statistique et de la Démographie

SÉNÉGAL

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ À INDICATEURS MULTIPLES EDSV-MICS, 2010-2011

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

**Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)
Dakar, Sénégal**

**MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, U.S.A.
Juin 2011**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDSV-MICS), exécutée d'octobre 2010 à avril 2011 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). L'EDSV-MICS 2010-2011 a été réalisée avec l'appui financier de l'USAID, l'UNICEF, le PMI, le Fonds Mondial, le CLM 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 ICF 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 tels le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), le Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU de Le Dantec et le Laboratoire de Parasitologie ont apporté leur expertise à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'EDSV-MICS, contacter :

l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)
Rue de Saint Louis x Rue de Diourbel - Point E B.P. 116
Dakar RP (Sénégal)
Téléphone : (221) 33 869 21 40
Fax : (221) 33 824 36 15
E-mail : statsenegal@ansd.sn / statsenegal@yahoo.fr
Site web : www.ansd.sn

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	iv
LISTE DES ACRONYMES	v
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	6
2.5 Traitement des données	6
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	7
3.1 Couverture de l'échantillon.....	7
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	7
3.3 Fécondité.....	9
3.4 Utilisation de la contraception	11
3.5 Désir d'enfants (supplémentaires)	13
3.6 Soins prénatals et accouchement	14
3.7 Vaccination des enfants	16
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	17
3.9 Allaitement et alimentation de complément	19
3.10 État nutritionnel des enfants.....	19
3.11 Test d'anémie.....	21
3.12 Mortalité des enfants.....	23
3.13 Connaissance du VIH/sida	24
3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	26
3.15 Indicateurs du paludisme	28
3.16 Excision	31

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle	7
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	8
Tableau 3	Fécondité actuelle	10
Tableau 4	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	12
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants.....	14
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle.....	15
Tableau 7	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques	17
Tableau 8	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	18
Tableau 9	Allaitement selon l'âge de l'enfant	19
Tableau 10	État nutritionnel des enfants.....	20
Tableau 11	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	22
Tableau 12	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans	24
Tableau 13	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	26
Tableau 14.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes	27
Tableau 14.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes	28
Tableau 15	Indicateurs du paludisme	30
Tableau 16	Connaissance et pratique de l'excision	31
Tableau 17	Âge des enquêtées à l'excision	32
Graphique 1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	10
Graphique 2	Tendances de la fécondité, 1986-2005.....	11
Graphique 3	Utilisation de la contraception	13
Graphique 4	Anémie des enfants de 6-59 mois entre 2005 et 2010-2011	23
Graphique 5	Tendance de la mortalité infantile et infanto-juvénile	24

LISTE DES ACRONYMES

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CDC	<i>Centers for Disease Control, USA</i>
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CSPro	<i>Census and Survey Processing</i>
DHS	<i>Demographic and Health Surveys</i>
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DR	District de Recensement
DTCoq	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDSV-MICS	Cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal
IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthétique 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	<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i> (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO	Sel de Réhydratation par voie orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (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

1. INTRODUCTION

La cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDSV-MICS 2010-2011) a été exécutée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) avec l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (MEASURE DHS) de ICF Macro, du Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), du Laboratoire de Bactériologie et de Virologie et du Laboratoire de Parasitologie, d'octobre 2010 à avril 2011 sur un échantillon représentatif national d'environ 8 200 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 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Par ailleurs, 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. Enfin, tous les enfants de 6-59 mois dans le sous-échantillon étaient éligibles pour subir le test de dépistage du paludisme.

L'EDSV-MICS 2010-2011 a été conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire au Sénégal. Spécifiquement, l'EDSV-MICS 2010-2011 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 et l'excision. Les informations collectées au cours de l'EDSV-MICS 2010-2011 permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire couverts lors des précédentes enquêtes de 1992, de 1997 et 2005. D'autres volets inclus dans l'enquête fournissent des informations sur les fistules, l'utilisation des moustiquaires ainsi que les tests du VIH, de l'anémie et de la parasitémie palustre.

Ce rapport préliminaire présente quelques indicateurs clés de l'EDSV-MICS 2010-2011. 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'EDSV-MICS 2010-2011 vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires à travers tout le pays. Un échantillon national de 8 212 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 14 domaines d'étude (constitués des 14 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, 392 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 4 900 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés au cours de l'EDSV-MICS 2010-2011. 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 6-59 mois, un test d'anémie. Par ailleurs, 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 sélectionnés pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel. Enfin, tous les enfants de 6-59 mois dans le sous-échantillon étaient éligibles pour subir le test de dépistage du paludisme.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSV-MICS 2010-2011: 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 d'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 sociodémographiques 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 le 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 ;
- les fistules.

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, la mortalité maternelle, l'excision et les fistules.

Toutes les procédures de collecte de l'EDSV-MICS 2010-2011, y compris les procédures des tests d'anémie, de parasitémie et du VIH, ont été pré-testées au mois d'août 2010. Plus de 100 agents ont été recrutés et formés pendant cinq semaines sur les questionnaires, y compris la collecte des données sur tablettes PC, et les procédures des prélèvements de sang pour les tests d'anémie de parasitémie et de VIH. La formation sur les prélèvements sanguins a été assurée par les équipes du Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de Le Dantec de Dakar et le Laboratoire de parasitologie de l'université Cheikh Anta Diop et a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle. Le terrain de l'enquête pilote s'est déroulé dans deux zones urbaine (Guédiawaye) et rurale de la région de Dakar (département de Rufisque), 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 ICF 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 de l'adolescent de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif 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 ICF 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'EDSV-MICS 2010-2011 et la version finale de la Déclaration de Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant 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 accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait un enquêteur-technicien spécialement chargé des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ce techniciens avait 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. 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 dessiccants 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 dessiccants 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 de l'ANSD à Dakar. À l'ANSD, 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.

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 traitait les prélèvements selon l'algorithme suivant :

- Tous les échantillons sont testés par un 1er ELISA (Vironostika® HIV Uni-Form II plus O).
- Les échantillons dépistés positifs par le 1er ELISA 1 ainsi que 10% des négatifs sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (Enzignost® HIV Anti-VIH1/2 plus).
- Tous les échantillons positifs sur les deux ELISA sont reportés positifs.
- Tous les échantillons discordants aux deux ELISA (positifs au Vironostika et négatifs à l'Enzygnost) sont confirmés par Inno-Lia Blot.

Un programme en CPro (*Census and Survey Processing System*) développé par ICF 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).

2.3.3 Test de la parasitémie palustre

Les tests de parasitémie palustre ont été effectués dans un tiers de l'échantillon sur les enfants de 6-59 mois. Deux tests de parasitémie ont été envisagés : Test de diagnostic rapide (TDR) et goutte épaisse. Les enfants testés positifs au TDR ont été référencés par les techniciens de laboratoire de l'enquête selon le protocole en vigueur.

Par ailleurs, un échantillon de gouttes de sang a été prélevé sur une lame porte-objet pour confectionner la goutte épaisse qui a été analysée au laboratoire du Département de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'UCAD de Dakar.

2.4 Formation et collecte des données

En ce qui concerne l'enquête principale, l'ANSD a recruté plus de 100 personnes pour la formation d'agents enquêteurs qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête. Les agents ont été formés sur la collecte des données sur tablettes PC.

À l'issue de la formation, 16 techniciens chargées des prélèvements à titre titulaire, 16 chefs d'équipes hommes et 48 enquêtrices ont été retenus. Ces agents de terrain étaient repartis en 16 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, d'un technicien et de trois enquêtrices. Les chefs d'équipe avaient, en plus de leur rôle habituel, de procéder aux interviews auprès des hommes.

La collecte des données a démarré le 15 octobre 2010 à Dakar où l'ensemble des équipes ont travaillé pendant une semaine avant de rejoindre leurs zones d'affectation respectives, y compris le reste de Dakar. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne continuent dans les zones éloignées. La collecte s'est achevée le 28 avril 2011.

2.5 Traitement des données

L'EDSV-MICS 2010-2011 a utilisé la méthode de collecte des données sur tablettes. Les données collectées sont saisies directement par les enquêteurs dans les tablettes en utilisant CPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des Etats-Unis, le Programme MEASURE DHS de ICF Macro, et le Scipro S.A. Un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice, 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 vérification et l'édition des données ont été réalisées de novembre 2010 à mi juin 2011.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de EDSV-MICS 2010-2011, 392 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont été enquêtées. Au total, 8 212 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 8 029 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 8 029 ménages, 7 902 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de plus de 98% (Tableau 1). Les taux de réponses sont légèrement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain.

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Enquêtes ménages			
Ménages sélectionnés	3 088	5 124	8 212
Ménages occupés	3 022	5 007	8 029
Ménages enquêtés	2 963	4 939	7 902
Taux de réponse des ménages	98,0	98,6	98,4
Enquêtes individuelle: femmes			
Nombre de femmes éligibles	6 743	10 188	16 931
Nombre de femmes éligibles enquêtées	6 192	9 496	15 688
Taux de réponses des femmes éligibles	91,8	93,2	92,7
Enquêtes individuelle: hommes			
Nombre d'hommes éligibles	2 427	3 241	5 668
Nombre d'hommes éligibles enquêtés	2 058	2 871	4 929
Taux de réponse des hommes éligibles	84,8	88,6	87,0

Dans 7 902 ménages enquêtés, 16 931 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 15 688 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 92,7%. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 4 929 hommes de 15-59 sur 5 668 éligibles ont été entièrement enquêtés (taux de réponses de 87%). Les taux de réponse observés en milieu rural sont sensiblement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain que ce soit pour les femmes que pour les hommes.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques 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'EDSV-MICS 2010-2011. Le tableau 2 donne la répartition des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en%) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	21,9	3 429	3 604	26,5	1 169	1 263
20-24	20,5	3 220	3 169	20,3	897	885
25-29	17,5	2 746	2 700	15,9	700	642
30-34	13,7	2 148	2 114	12,3	545	511
35-39	11,6	1 817	1 788	9,9	438	417
40-44	8,8	1 379	1 349	8,7	382	377
45-49	6,1	949	964	6,4	284	319
Religion						
Musulman	95,4	14 967	14 968	95,1	4 197	4 196
Chrétien	4,2	656	625	4,7	205	199
Animiste	0,4	61	88	0,2	10	14
Sans religion	0,0	3	4	0,0	0	0
Autre	0,0	1	3	0,1	3	5
Ethnie						
Wolof	38,7	6 066	5 171	38,2	1 685	1 377
Poular	26,5	4 164	4 934	27,0	1 190	1 434
Serer	15,0	2 353	2 000	14,4	634	528
Mandingue	4,2	652	1 032	6,1	271	386
Diola	4,0	634	748	4,4	193	255
Soninké	2,3	362	364	2,3	102	84
ND/Autres/non sénégalais	9,3	1 458	1 439	7,7	340	350
État matrimonial						
Célibataire	29,2	4 585	4 182	62,0	2 737	2 680
Marié(e)	65,3	10 237	10 705	36,0	1 589	1 663
Vivant ensemble	0,7	110	99	0,4	19	8
Divorcé(e)/séparé(e)	3,8	589	525	1,4	64	55
Veuve/veuf	1,1	168	177	0,2	7	8
Milieu de résidence						
Urbain	49,3	7 738	6 192	55,8	2 465	1 885
Rural	50,7	7 950	9 496	44,2	1 950	2 529
Région						
Dakar	26,0	4 078	1 357	31,3	1 380	450
Ziguinchor	3,7	581	946	4,8	210	350
Diourbel	11,8	1 851	1 426	8,0	354	286
Saint-Louis	6,6	1 034	1 089	6,0	266	294
Tambacounda	4,6	725	1 134	4,8	214	327
Kaolack	7,5	1 172	1 400	7,2	317	389
Thiès	12,9	2 030	1 316	12,8	564	366
Louga	7,2	1 130	1 267	5,9	262	291
Fatick	4,6	717	1 056	4,6	204	313
Kolda	4,1	640	1 085	4,5	197	342
Matam	3,8	595	1 034	3,4	152	247
Kaffrine	3,6	572	1 035	3,2	141	278
Kédougou	0,7	115	494	0,8	34	170
Sedhiou	2,9	448	1 049	2,7	120	311
Niveau d'instruction						
Aucun	57,9	9 079	9 756	36,9	1 631	1 794
Elémentaire	21,8	3 414	3 130	28,5	1 260	1 174
Moyen	13,4	2 105	1 979	20,3	897	887
Secondaire	4,9	766	679	10,5	465	446
Supérieur	2,1	323	144	3,7	162	113
Ensemble 15-49	100,0	15 688	15 688	100,0	4 415	4 414
50-59	0,0	0	0	0,0	511	515
Ensemble 15-59	0,0	0	0	0,0	4 926	4 929

Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = Non applicable

La structure par âge révèle une forte proportion de jeunes. Un peu plus d'un cinquième des femmes (22%) et plus d'un quart des hommes (27%) enquêtés sont âgés de 15-19 ans ; environ 20% des femmes et 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 66% des femmes et 36% 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 (62% et 29%, 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% contre 2% 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, Kolda, Kaffrine, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor), dans chacune des régions, un échantillon suffisant (voir effectifs non pondérés dans le tableau 1) a été tiré pour permettre des analyses régionales pertinentes.

Près de six femmes sur dix et moins 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 plus élevée chez les hommes (29%) que chez les femmes (22%). De même, la proportion des hommes qui ont atteint un niveau moyen (20%), secondaire (11%) ou supérieur (4%) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (13%, 5% et 2% 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 5,0 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,0 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,9). 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 même âge chez les femmes rurales et urbaines (277 et 203 pour 1 000 à 25-29 ans, respectivement chez les femmes rurales et 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 9% de la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont respectivement de 10% et 7% chez les femmes des zones rurales et chez celles des zones urbaines.

Par ailleurs, le graphique 2 montre que la fécondité des femmes sénégalaises a connu une baisse très modérée : elle est passée de 6,6 enfants en 1986, à 6 enfants en 1992 et à 5 enfants en 2010-2011.

Tableau 3 Fécondité actuelle

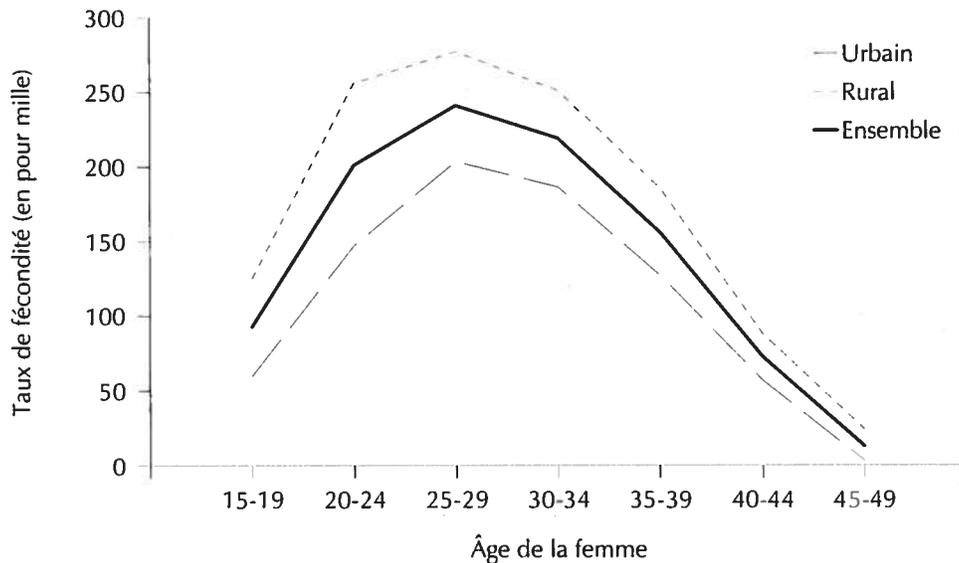
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Sénégal 2010-11

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	60	125	93
20-24	147	256	201
25-29	203	277	241
30-34	186	251	219
35-39	127	185	156
40-44	57	88	73
45-49	3	24	13
ISF (15-49)	3,9	6,0	5,0
TGFG	131	205	168
TBN	32,3	41,6	37,4

Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges, 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

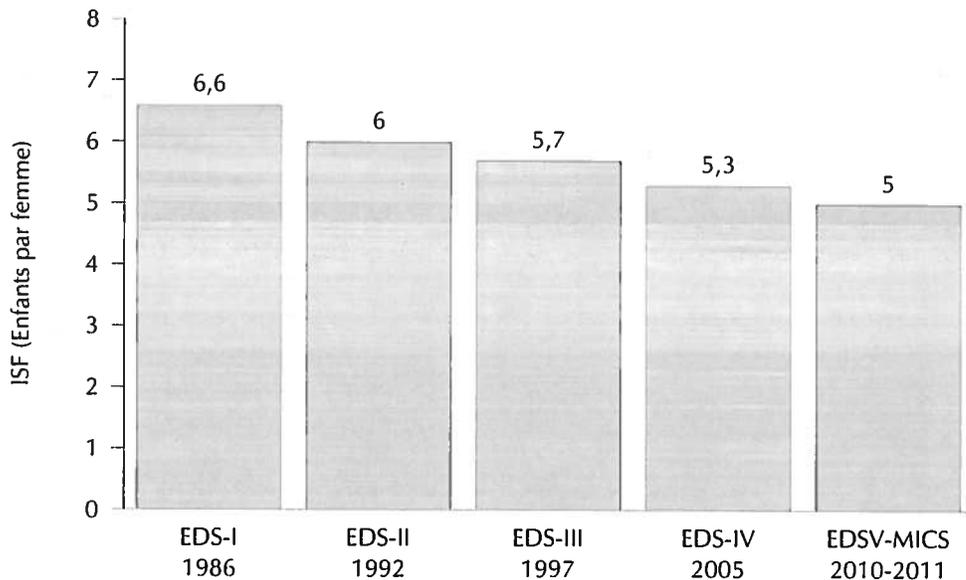
ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme
TGFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans
TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

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



EDSV-MICS 2010-2011

Graphique 2 Tendence de la fécondité 1986-2011



3.4 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives au sein des couples demeure toujours faible (Tableau 4). En effet, seulement treize femmes en union sur cent (12,6%) utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). La prévalence contraceptive moderne est encore plus faible (12,1%), 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 décroissant, le Dispositif Intra-Uterin (DIU) (5,2%), l'implant (4,1%) et l'injection (1,1%). Les autres méthodes modernes interviennent chacune pour moins de 1%. S'agissant des méthodes traditionnelles, la prévalence est très faible (0,6%) 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 : 20% utilisent actuellement une méthode moderne (Graphique 3). La prévalence du DIU et de l'implant y atteint presque 8%. On retrouve des résultats similaires dans les régions les plus urbanisées, à savoir Dakar (21%), Ziguinchor (17%), Thiès (16%) et Saint-Louis (16%). Le degré d'urbanisation n'explique cependant pas tout. En effet, Kolda (11%) a la même prévalence contraceptive moderne que d'autres régions beaucoup plus urbanisées telles que Kaolack et plus que Louga (prévalence de moins de 8%).

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 moyen, secondaire ou supérieur, une sur quatre (25,5%) utilise actuellement une méthode moderne contre 21% (soit une sur cinq) chez celles ayant un niveau primaire et moins de 8% chez celles n'ayant jamais fréquenté l'école.

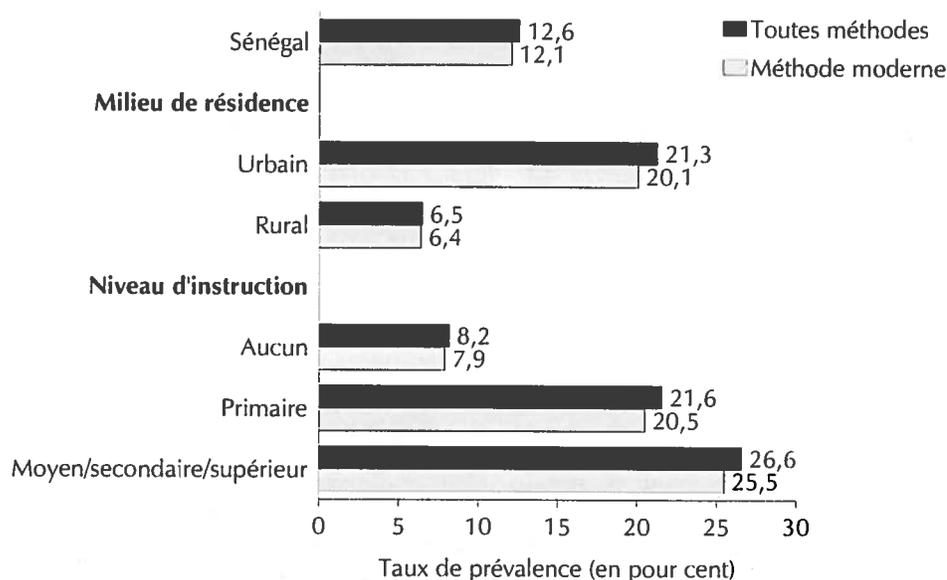
Tableau 4 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en%) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne									Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle		N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectable	Implant	Condom masculin	Condom féminin	MAMA		Continence périodique	Retrait				
Groupe d'âges																		
15-19	5,0	5,0	0,0	0,0	0,1	2,1	0,1	1,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,0	100,0	832
20-24	8,8	8,4	0,1	0,0	0,2	4,3	0,3	2,4	1,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,0	0,0	91,2	100,0	1 932
25-29	13,3	12,8	0,1	0,0	0,7	4,9	1,0	5,3	0,5	0,0	0,3	0,5	0,2	0,3	0,3	86,7	100,0	2 128
30-34	15,9	15,1	0,0	0,0	0,3	7,1	1,6	5,1	0,6	0,0	0,3	0,8	0,4	0,4	0,4	84,1	100,0	1 825
35-39	15,0	14,2	0,2	0,0	0,9	6,0	1,2	5,2	0,5	0,0	0,1	0,9	0,6	0,2	0,2	85,0	100,0	1 614
40-44	16,2	15,7	0,6	0,0	1,4	6,2	3,1	3,8	0,5	0,0	0,0	0,5	0,2	0,4	0,4	83,8	100,0	1 192
45-49	10,2	9,8	1,2	0,0	0,8	4,0	0,3	3,1	0,4	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	89,8	100,0	825
Milieu de résidence																		
Urbain	21,3	20,1	0,2	0,0	1,3	7,7	1,8	7,5	1,3	0,0	0,2	1,2	0,7	0,5	0,0	78,7	100,0	4 256
Rural	6,5	6,4	0,2	0,0	0,1	3,5	0,6	1,7	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	93,5	100,0	6 091
Région																		
Dakar	23,0	21,4	0,3	0,0	1,8	7,7	2,3	7,3	1,7	0,0	0,3	1,6	0,9	0,7	0,0	77,0	100,0	2 217
Ziguinchor	17,9	17,3	0,6	0,2	0,8	6,0	2,9	3,4	2,2	0,0	1,1	0,7	0,4	0,2	0,0	82,1	100,0	270
Diourbel	5,3	5,3	0,1	0,0	0,0	1,8	0,6	2,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	94,7	100,0	1 375
Saint-Louis	17,1	16,1	0,1	0,0	1,0	4,7	0,6	8,5	0,6	0,0	0,6	1,0	0,9	0,1	0,1	82,9	100,0	666
Tambacounda	4,2	4,2	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,8	100,0	577
Kaolack	11,0	10,8	0,1	0,0	0,5	5,1	1,9	2,8	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	89,0	100,0	815
Thiès	16,7	16,3	0,5	0,0	0,5	8,5	1,0	5,6	0,2	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	83,3	100,0	1 301
Louga	7,5	7,2	0,0	0,0	0,3	3,9	0,2	2,6	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,2	92,5	100,0	806
Fatick	10,3	10,3	0,6	0,0	0,0	4,6	1,5	3,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	89,7	100,0	485
Kolda	10,8	10,5	0,3	0,0	0,0	7,5	0,2	1,5	1,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	89,2	100,0	510
Matam	3,1	3,1	0,0	0,0	0,0	1,2	0,2	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,9	100,0	446
Kalfrine	4,6	4,6	0,3	0,0	0,2	3,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	95,4	100,0	449
Kédougou	6,8	6,1	1,2	0,0	0,0	3,1	0,5	0,8	0,2	0,2	0,0	0,7	0,5	0,2	0,2	93,2	100,0	97
Sédhiou	6,4	6,2	0,2	0,0	0,0	3,1	1,5	0,3	0,9	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	93,6	100,0	332
Niveau d'instruction																		
Aucun	8,2	7,9	0,3	0,0	0,4	3,8	0,8	2,4	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	91,8	100,0	7 326
Élémentaire	21,6	20,5	0,1	0,0	1,3	8,4	2,4	7,4	0,6	0,0	0,3	1,1	0,7	0,4	0,4	78,4	100,0	2 049
Moyen/secondaire ou plus	26,6	25,5	0,3	0,0	0,8	8,8	1,1	9,4	4,8	0,0	0,2	1,1	0,6	0,5	0,5	73,4	100,0	972
Nombre d'enfants vivants																		
0	3,4	2,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,8	1,7	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	96,6	100,0	1 253
1-2	12,0	11,5	0,0	0,0	0,5	4,6	0,7	4,7	0,8	0,0	0,2	0,5	0,3	0,2	0,2	88,0	100,0	3 489
3-4	14,0	13,3	0,1	0,0	0,7	6,3	1,5	4,3	0,3	0,0	0,2	0,7	0,3	0,4	0,4	86,0	100,0	2 776
5+	16,1	15,6	0,7	0,0	0,9	7,1	1,8	4,6	0,3	0,0	0,2	0,5	0,4	0,1	0,1	83,9	100,0	2 829
Ensemble	12,6	12,1	0,2	0,0	0,6	5,2	1,1	4,1	0,6	0,0	0,2	0,6	0,3	0,2	0,2	87,4	100,0	10 347

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Graphique 3 Utilisation de la contraception (femmes en union)



EDSV-MICS 2010-2011

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 16%) ont 25 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% pour 15 à 19 ans, 8% à 20-24 ans et 10% à 45-49 ans. On constate un changement de tendance dans l'utilisation des méthodes de la contraception moderne. Les femmes utilisent plus le DIU et l'implant, contrairement à l'EDS 2005 où les préférences étaient pour les injections et les pilules. Les rares utilisatrices de la stérilisation féminine se retrouvent parmi les femmes de plus de 40 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 4% à zéro enfant, il passe à 11,5% à 1 ou 2 enfants, puis 13,3% à 3-4 enfants et 15,6% 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, 38% 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 30% 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).

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en%) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Sénégal 2010-11

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	80,2	39,0	31,1	26,0	22,6	18,7	8,4	30,0
Veut un autre plus tard ³	8,0	49,8	52,8	50,5	44,2	33,0	16,8	37,9
Veut un autre, NSP quand	7,9	7,8	6,9	6,7	4,9	4,4	2,1	5,7
Indécise	0,6	0,4	1,4	1,8	2,4	4,9	3,3	2,0
Ne veut plus d'enfant	0,5	1,6	6,0	12,4	23,4	35,7	63,8	21,4
Stérilisé(e) ⁴	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	0,2
S'est déclarée stérile	2,8	1,5	1,6	2,5	2,4	3,1	4,5	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 006	1 775	1 783	1 518	1 312	1 082	1 870	10 347

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance au niveau actuel augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1% (0,5%) chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 1,6% chez les femmes ayant 1 enfant vivant pour atteindre, 6% chez les femmes ayant deux enfants vivants, 12 % chez celles ayant trois enfants vivants, 23% lorsque la femme a quatre enfants vivants, 36% chez celles qui ont 5 enfants, et 64% 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 (8%) et celles ayant six enfants ou plus (16,8%).

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 celle de l'enfant. Au cours de l'EDSV-MICS 2010-2011, 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 consulté, 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 (Tableau 6), 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. La couverture des soins prénatals est relativement variable selon le milieu de résidence (90% en milieu rural contre 99% en milieu urbain). S'agissant de la région, en dehors de Kaffrine (84%), Kédougou (83%), Kolda (88%), Matam (83%), Sédhiou (89%) et Tambacounda (79%), elle se situe partout au-dessus de 90%. Dakar (99%) et Thiès (99%) 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. 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 relativement élevée : 6 femmes sur 10 ont reçu au moins une injection antitétanique au cours de la grossesse de leur dernier enfant. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (66%) sont relativement mieux protégés que ceux du milieu rural (61%). La couverture en VAT varie également selon les régions. Elle atteint ou dépasse même 70% dans les régions de Kaolack (76%), Thiès (72%), et Sédhiou (77%). Tambacounda avec 45%, apparaît comme la région la moins couverte. La proportion des nouveau-nés protégés augmente légèrement avec le niveau d'instruction, en effet, elle passe de 62% quand la mère n'a aucune instruction, à 68% quand elle a atteint le niveau moyen ou plus.

Tableau 6 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
< 20	92,6	61,9	1 067	64,6	71,9	1 728
20-34	93,9	63,0	5 280	65,2	73,0	8 081
35+	91,8	62,9	1 331	65,0	73,1	1 670
Milieu de résidence						
Urbain	98,5	65,6	3 171	90,7	93,1	4 399
Rural	89,7	60,9	4 508	49,2	60,2	7 080
Région						
Dakar	99,3	63,5	1 663	95,0	96,2	2 280
Ziguinchor	95,1	71,5	250	67,3	90,2	367
Diourbel	93,3	55,6	905	68,5	77,7	1 417
Saint-Louis	92,4	58,3	495	68,8	71,4	750
Tambacounda	79,0	44,5	418	32,4	45,1	634
Kaolack	95,0	75,7	625	49,3	65,7	997
Thiès	98,9	72,4	958	85,3	88,9	1 376
Louga	94,0	59,2	525	63,3	70,9	799
Fatick	94,6	49,9	397	52,9	65,4	654
Kolda	88,0	60,6	427	33,3	42,6	653
Matam	83,0	58,3	322	45,8	54,1	493
Kaffrine	83,5	68,0	342	44,0	49,2	532
Kédougou	82,9	56,0	73	25,4	32,4	108
Sédhiou	89,0	77,2	279	34,9	47,0	418
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	91,4	61,6	5 277	58,2	66,4	8 187
Elémentaire	97,5	64,5	1 647	80,0	86,8	2 343
Moyen ou plus	98,1	67,6	754	87,8	94,0	949
Ensemble	93,3	62,8	7 678	65,1	72,8	11 479

¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes ou les sages-femmes auxiliaires sont considérés ici comme des prestataires formés.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

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'EDSV-MICS 2010-2011 (Tableau 6) révèle que 73% 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 augmente légèrement avec l'âge : par exemple, il passe de 72% chez les mères de moins de 20 ans à 73% chez celles de 35 ans ou plus. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importantes : en milieu urbain, 93% des accouchements ont eu lieu en formation sanitaire contre seulement 60% en milieu rural. Les différences inter régionales sont également très importantes. La région de Dakar se démarque avec 96% ; elle est suivie de loin par Ziguinchor (90%) et Thiès (89%). Kédougou (32%) et Kolda (43%) sont les régions les moins favorisées. Enfin, la fréquence de l'accouchement en établissement sanitaire est très positivement associée au niveau d'instruction: de 66% chez les femmes non scolarisées, le pourcentage passe à 87% chez les femmes de niveau primaire et 94% chez celles ayant un niveau moyen ou plus.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe des variations similaires pour chacune des caractéristiques socioéconomiques présentées dans le tableau 6. Cependant, les niveaux sont partout plus bas (dans l'ensemble, 65% 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.

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 poliomyélite 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'EDSV-MICS, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées dans le questionnaire 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 66% 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 63% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 3% n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (34%) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 95% des enfants ont reçu le BCG, 94%, 95% et 82% ont reçu respectivement les premières doses de Pentavalent, de Polio et la dose de rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par huit enfants sur dix (79%).

Pour le Pentavalent et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième doses. De 94% pour la première dose de Pentavalent, la couverture tombe à 91% pour la deuxième et 83% pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 95%, 91% et 73%.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans deux régions, Fatick (70%) et Ziguinchor (76%), elle atteint ou dépasse 70% des enfants de 12-23 mois. Les régions de Kédougou (40%) et Tambacounda (47%) sont les moins couvertes. Il apparaît aussi

que dans la région de Matam, 10% des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. L'éducation a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale : de 61% chez les femmes non scolarisées, le taux de la couverture complète passe à 64% chez les femmes de niveau primaire et 76% chez celles de niveau moyen ou plus. Les mêmes types de variations sont observés pour les différentes doses de tous les antigènes.

Par rapport à l'EDS-IV de 2005, la couverture vaccinale a connu une augmentation sensible au niveau national, passant de 59% à 63% pour tous les antigènes, et de 92% à 95% pour le BCG, de 78% à 83% pour les trois doses de DTCoq (incorporées dans le Pentavalent), et enfin, de 74% à 82% pour le vaccin contre la rougeole. Seule la couverture vaccinale pour les trois doses de polio est restée la même.

Tableau 7 Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	BCG	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	93,9	94,6	91,6	84,3	80,0	94,6	90,2	73,1	82,1	62,9	2,7	67,1	1127
Féminin	95,5	93,2	90,1	80,7	78,3	94,6	91,2	72,3	82,1	62,8	3,4	65,7	1072
Milieu de résidence													
Urbain	96,6	94,6	92,8	83,6	83,8	95,7	93,1	72,6	84,8	63,1	2,2	65,1	849
Rural	93,5	93,5	89,6	81,9	76,2	94,0	89,2	72,7	80,4	62,7	3,6	67,3	1350
Région													
Dakar	95,0	92,5	91,1	79,4	84,5	94,4	92,2	72,5	83,8	64,3	2,8	66,7	416
Ziguinchor	100,0	98,4	98,4	95,1	77,2	99,1	99,1	82,5	93,7	75,5	0,0	67,6	77
Diourbel	92,3	91,3	86,3	83,0	82,7	91,4	86,6	71,5	80,5	63,7	5,2	68,7	272
Saint-Louis	96,5	94,0	90,9	77,1	77,1	94,6	89,2	72,5	80,0	55,6	2,3	64,2	149
Tambacounda	87,9	92,8	85,4	71,3	56,3	92,2	86,0	61,8	74,9	47,1	4,2	55,3	113
Kaolack	98,4	96,8	93,5	83,4	74,3	97,2	92,4	81,5	79,4	65,7	1,0	66,8	184
Thiès	98,8	98,5	97,3	91,0	93,5	99,1	96,2	71,2	90,8	66,9	0,0	70,8	273
Louga	92,6	93,0	90,6	84,2	80,9	91,8	88,9	71,6	82,5	63,4	5,8	61,0	153
Fatick	96,3	96,0	94,4	88,1	85,9	96,6	94,5	79,9	82,4	70,2	2,8	78,8	132
Kolda	88,1	92,3	83,9	75,1	58,2	92,7	83,6	70,2	76,6	60,1	4,3	60,7	118
Matam	87,8	83,8	80,9	73,1	67,9	86,9	81,7	62,7	69,6	52,8	10,1	60,6	96
Kaffrine	96,9	96,9	94,3	91,6	81,7	97,5	93,8	70,8	81,8	59,3	2,0	66,2	104
Kédougou	91,0	80,0	77,4	58,8	63,0	87,0	83,1	56,0	76,5	40,4	3,7	57,4	22
Sedhiou	96,9	97,2	92,9	85,6	71,8	97,7	91,8	80,4	82,4	68,3	1,5	68,3	89
Niveau d'instruction													
Aucun	93,5	92,5	89,0	80,4	76,6	93,1	88,8	71,3	79,2	60,8	4,3	64,7	1510
Elémentaire	96,5	96,2	93,4	84,5	83,7	97,3	94,0	74,1	85,9	64,4	0,5	68,4	515
Moyen ou plus	100,0	99,7	99,0	95,3	87,8	99,5	97,5	80,7	96,1	76,1	0,0	75,4	174
Ensemble	94,7	93,9	90,9	82,6	79,2	94,6	90,7	72,7	82,1	62,8	3,1	66,4	2199

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses de Penta et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée 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, 5% des enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 23% 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 50% d'entre eux (Tableau 8). Les enfants de moins de 6 mois (près de 33%) ont bénéficié de moins d'attention que les autres (45 à 63%). Il en est de même des enfants de mères rurales (38% contre 61% en milieu urbain)

ou celles n'ayant jamais fréquenté l'école (43%) contre celles instruites (57% pour celles de niveau primaire, et 72% pour les mères de niveau moyen ou plus). On observe également que les enfants de sexe masculin ont été un peu plus souvent traités que les filles (52% contre 48%).

Tableau 8 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou à qui on a donné des liquides de SRO pré conditionnés et pourcentage qui ont été traités avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	32,6	67	39,6	252	24,2	10,0	12,8	242
6-11	54,4	78	39,5	378	32,4	20,9	24,5	365
12-23	45,0	122	40,5	620	38,1	25,0	27,8	664
24-35	49,5	128	46,9	502	36,5	23,8	29,4	471
36-47	63,0	121	49,0	424	40,3	26,7	33,1	311
48-59	48,3	72	42,1	287	26,7	21,4	24,9	192
Sexe								
Masculin	51,5	332	43,8	1332	35,6	22,8	27,1	1 180
Féminin	47,8	256	42,5	1131	33,7	22,0	25,9	1 066
Milieu de résidence								
Urbain	60,5	310	49,6	1211	34,8	24,4	28,8	978
Rural	38,1	278	37,0	1252	34,6	20,9	24,7	1 268
Région								
Dakar	64,1	225	52,1	800	32,3	26,6	30,9	596
Ziguinchor	59,0	12	60,9	44	45,1	35,5	38,3	39
Diourbel	40,7	65	34,6	297	27,1	10,3	17,0	284
Saint-Louis	44,6	43	46,5	187	40,8	24,3	31,7	152
Tambacounda	53,3	18	46,7	85	41,2	26,4	30,5	114
Kaolack	26,7	35	35,6	170	37,1	19,2	21,4	175
Thiès	33,9	47	42,0	200	38,8	25,5	27,9	235
Louga	51,7	30	40,5	187	37,0	22,8	26,3	108
Fatick	52,6	30	37,1	126	40,5	25,2	28,8	134
Kolda	42,9	21	34,2	121	28,4	20,1	22,9	156
Matam	25,4	28	30,9	94	26,5	20,1	20,6	82
Kaffrine	39,9	18	31,9	57	35,3	17,2	23,1	77
Kédougou	42,4	7	52,4	21	40,4	21,0	29,3	12
Sédhiou	47,6	11	33,3	73	41,8	23,5	24,9	82
Niveau d'instruction de la mère¹								
Aucun	43,1	360	39,6	1628	31,7	19,5	23,8	1 567
Elémentaire	56,5	170	48,0	590	37,4	26,8	29,8	511
Moyen/secondaire ou plus	72,4	59	55,5	245	54,0	35,9	41,6	168
Ensemble	49,9	589	43,2	2463	34,7	22,4	26,5	2 246

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées

Par ailleurs, 21% 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 35% de ces enfants. De plus, 22% ont reçu une solution de SRO alors que 27% 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 seulement moins de 30% des cas. À l'inverse des SRO dont la fréquence d'utilisation a augmenté par rapport à 2005 (15% à 22%), on note ici une diminution importante dans le recours à la TRO par rapport à 2005 qui est passé de 53% à 27%. Le niveau d'utilisation de la SRO et de la TRO est bas dans toutes les régions, Ziguinchor ayant le pourcentage le plus élevé (36%) et la région de Diourbel, le plus bas (10%).

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 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

L'allaitement est presque universel au Sénégal et il y est par ailleurs prolongé. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 98% des enfants de moins de six mois sont allaités, et de plus, 99% des enfants de 9 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 deux enfants sur cinq (39%) est sous allaitement exclusif. L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, 35% reçoivent, en plus du sein, de l'eau (22%), un autre lait (5%) et d'autres liquides ou jus (3%), ou des suppléments solides ou semi-solides (5%). La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble donc être relativement respectée : 71% des enfants de 6 à 9 mois ont reçu un supplément de nourriture. En ce qui concerne l'utilisation du biberon, 6% des enfants de moins de 6 mois continuent à recevoir le biberon.

Tableau 9 Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en%) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Sénégal 2010-11

Groupe d'âge en mois	Répartition (en%) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/liquides non-lactés	Allaités et autre laits	Allaités et aliments de complément					
0-1	3,2	62,2	21,7	3,2	4,6	5,1	100,0	96,8	319	5,0	328
2-3	1,3	39,8	42,3	0,9	6,6	9,1	100,0	98,7	473	7,8	477
4-5	0,6	19,0	49,8	0,9	4,1	25,5	100,0	99,4	389	5,1	400
6-8	0,7	2,5	25,3	1,7	3,1	66,7	100,0	99,3	478	5,3	491
9-11	1,2	3,5	10,4	1,5	1,8	81,6	100,0	98,8	591	10,6	607
12-17	4,8	0,9	4,8	0,4	0,8	88,3	100,0	95,2	1 214	3,4	1 259
18-23	39,7	0,5	2,6	0,0	0,6	56,5	100,0	60,3	872	3,9	940
0-3	2,1	48,8	34,0	1,8	5,8	7,5	100,0	97,9	792	6,6	805
0-5	1,6	39,0	39,2	1,5	5,3	13,4	100,0	98,4	1 181	6,1	1 204
6-9	1,0	3,7	20,8	1,2	2,7	70,6	100,0	99,0	673	6,7	690
12-15	2,9	0,9	5,1	0,6	0,8	89,7	100,0	97,1	872	3,6	901
12-23	19,4	0,7	3,9	0,2	0,7	75,0	100,0	80,6	2 086	3,6	2 199
20-23	49,2	0,3	3,1	0,0	0,5	46,8	100,0	50,8	567	3,7	621

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait » et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100%. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autre laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

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 développement 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'EDSV-MICS 2010-2011. 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 des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. 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 sociodémographiques.

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).

Tableau 10. État nutritionnel des enfants							
Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11							
Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	
Groupe d'âges en mois							
<6	5,6	13,9	4,4	14,0	2,0	7,7	376
6-8	5,1	14,6	5,5	15,5	5,4	14,6	167
9-11	4,9	12,2	5,1	10,4	3,4	9,8	230
12-17	9,6	27,3	2,5	11,9	4,5	17,8	468
18-23	17,1	37,3	0,8	8,0	5,9	23,0	300
24-35	13,8	34,3	1,2	7,8	4,6	20,6	777
36-47	10,9	28,4	1,5	8,0	3,9	17,7	780
48-59	10,3	25,1	1,9	11,4	5,8	20,8	664
Sexe							
Masculin	11,1	28,1	2,0	10,2	4,8	18,6	1 930
Féminin	10,1	24,9	2,5	10,0	4,2	16,7	1 832
Milieu de résidence							
Urbain	6,7	19,0	1,6	9,5	2,4	11,8	1 461
Rural	13,0	31,3	2,7	10,5	5,8	21,3	2 301
Région							
Dakar	6,7	18,0	0,0	7,8	1,0	9,2	775
Ziguinchor	7,9	21,3	2,2	4,1	4,9	10,7	124
Diourbel	11,6	29,6	2,2	9,4	3,4	19,1	404
Saint-Louis	7,0	22,8	4,4	17,6	4,8	25,2	225
Tambacounda	11,6	26,2	2,8	12,3	6,0	22,1	189
Kaolack	9,4	29,0	2,1	7,3	4,8	17,8	361
Thiès	9,3	23,5	5,5	14,3	4,6	15,4	440
Louga	9,9	26,8	3,9	15,6	8,3	23,3	236
Fatick	6,5	21,6	2,1	7,5	2,5	11,4	268
Kolda	18,1	43,5	1,2	6,6	6,8	25,6	236
Matam	13,0	26,1	3,9	17,3	8,1	24,8	128
Kaffrine	21,0	37,6	1,6	9,8	7,3	24,3	205
Kédougou	12,0	39,1	0,4	5,4	6,4	20,7	30
Sédhiou	21,3	41,0	0,8	6,9	7,8	26,8	143
Niveau d'instruction de la mère³							
Aucun	12,6	29,7	2,7	10,4	5,4	20,5	2 478
Elémentaire	6,6	22,4	1,9	9,7	3,1	12,1	745
Moyen/secondaire ou plus	3,6	12,2	0,4	9,2	0,6	7,3	297
Interview de la mère							
Mère interviewée	10,4	26,7	2,3	10,0	4,4	17,5	3 419
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	17,1	26,4	3,3	13,6	7,4	22,0	102
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	10,6	25,1	1,5	10,0	4,0	17,6	240
Manquant	0,0	0,0	0,0	54,3	0,0	54,3	1
Ensemble	10,6	26,5	2,3	10,1	4,5	17,7	3 761

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans et de moins de 85 cm sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout

² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

Dans l'ensemble, 27% des enfants souffrent d'une malnutrition chronique et 11% de malnutrition sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 14% à moins de 6 mois, il se situe autour de 30% entre 12 et 59 mois. Légèrement plus élevé chez les enfants de sexe masculin (28%) que ceux de sexe féminin (25%), il est nettement plus élevé en milieu rural (31%) qu'en milieu urbain (19%). Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction : 30% chez les mères non scolarisées, 22% chez celles de niveau primaire et seulement 12% chez celles de niveau moyen ou plus.

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 10% des enfants sont émaciés, et 2% le sont sévèrement. Le niveau de l'émaciation est le plus élevé pour les enfants de moins de 9 mois, correspondant à la période au cours de laquelle l'enfant commence à ramper et est aussi, peut-être la conséquence de l'introduction précoce d'autres liquides ou suppléments conduisant à une plus grande exposition de l'enfant aux maladies diarrhéiques (nouveaux aliments non-hygiéniques, exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). Invariable selon le sexe, l'émaciation est plus fréquente en milieu rural et chez les enfants nés de mères non instruites et celles qui ont atteint le niveau secondaire. Cinq régions, à savoir Louga (16%), Saint-Louis (18%), Matam (17%), Tambacounda (12%) et Thiès (14%) se distinguent des autres par le niveau élevé du pourcentage d'enfants émaciés. Ziguinchor (4%) et Kédougou (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 huit pour cent des enfants sénégalais présentent une insuffisance pondérale et plus de 4% sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (21% contre 12% en milieu urbain), chez les enfants nés de femmes non scolarisées (21% contre moins de 10% chez les femmes scolarisées). Quatre régions semblent particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : Sédhiou (27%), Kolda (26%), Saint-Louis (25%) et Matam (25%).

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 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'EDSV-MICS 2010-2011 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 femmes¹. Au niveau national, 76 % des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'une anémie quelconque ; 23% souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10,0-10,9 g/dl) ; 48% souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7,0-9,9 g/dl); et 5% souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (79%) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (72%). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (7%) est beaucoup plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (2%). La prévalence de l'anémie sévère la plus élevée est observée dans la région de Kolda (11%).

Tableau 11 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes					
Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémies, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	72,0	24,0	45,9	2,1	1 434
Rural	79,2	22,9	49,7	6,6	2 327
Région					
Dakar	72,5	23,5	48,0	1,0	766
Ziguinchor	76,9	30,1	45,6	1,3	95
Diourbel	75,6	29,2	42,4	4,0	445
Saint-Louis	74,0	22,0	47,0	5,1	224
Tambacounda	82,6	23,4	50,9	8,3	209
Kaolack	78,2	21,2	48,9	8,1	335
Thiès	72,8	21,3	46,0	5,4	447
Louga	74,2	23,0	46,9	4,3	275
Fatick	81,8	17,5	60,3	4,0	243
Kolda	83,2	23,1	49,5	10,6	228
Matam	76,1	18,4	51,3	6,4	142
Kaffrine	81,1	26,6	45,5	9,0	187
Kédougou	79,6	22,4	51,4	5,8	29
Sédhiou	80,3	23,4	53,7	3,3	133
Ensemble	76,4	23,3	48,3	4,9	3 761
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	54,7	40,4	12,6	1,7	2 749
Rural	54,0	36,9	15,3	1,8	2 873
Région					
Dakar	58,5	42,2	14,3	2,1	1 483
Ziguinchor	42,5	33,8	8,0	0,6	192
Diourbel	47,7	33,4	13,0	1,4	652
Saint-Louis	56,8	39,2	16,3	1,3	327
Tambacounda	61,3	42,5	17,1	1,6	246
Kaolack	53,8	36,3	15,2	2,2	445
Thiès	50,0	37,8	11,1	1,1	745
Louga	54,9	36,7	15,8	2,4	401
Fatick	61,5	42,4	16,3	2,8	275
Kolda	55,8	39,4	14,7	1,7	237
Matam	52,9	39,9	11,2	1,8	211
Kaffrine	52,4	34,9	14,9	2,5	216
Kédougou	53,5	36,8	14,6	2,1	36
Sédhiou	51,9	35,4	15,9	0,6	157
Ensemble	54,3	38,6	14,0	1,8	5 622

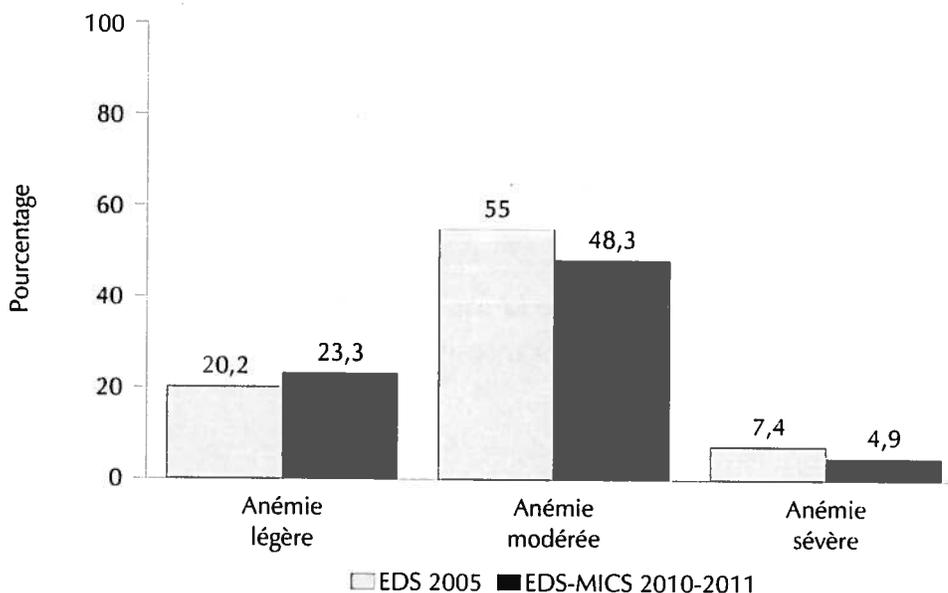
Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.

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

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 54% des femmes souffrent d'anémie : 39% souffrent d'anémie légère ; 14% d'anémie modérée et 2% 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 et de Sédhiou (moins de 1%) ont les prévalences d'anémie sévère les plus basses.

Le graphique 4 montre que la prévalence de l'anémie est moins élevée dans l'EDSV-MICS de 2010-2011 que dans l'EDS-IV de 2005. Les trois indices (anémie légère, anémie modérée et anémie sévère) sont passés respectivement de 23,3%, 55% et 7,4% en 2005 à 23,3, 48,3% et 4,9% 2010-2011.

Graphique 4 Anémie chez les enfants de 6-59 mois entre 2005 et 2010-2011



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'EDSV-MICS 2010-2011. 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 2010-2011. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSV-MICS 2010-2011, le risque de mortalité infantile est évalué à 47 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile s'établit à 26‰.

Tableau 12. Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Sénégal 2010-11

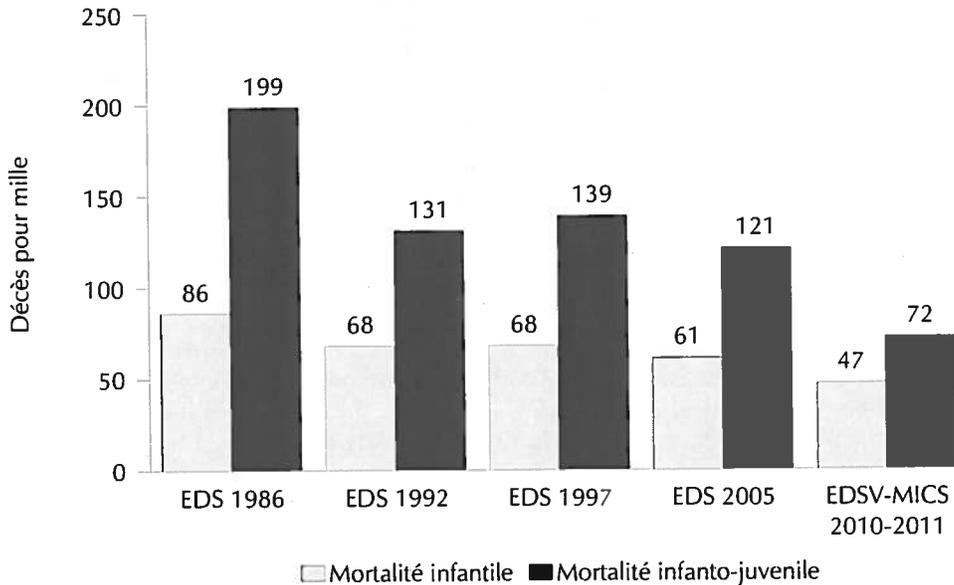
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatal (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	29	18	47	26	72
5-9	36	24	60	48	105
10-14	41	27	68	70	132

¹ Computed as the difference between the infant and neonatal mortality rates

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 29 ‰ pour la mortalité néonatale et à 18‰ 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 72‰. En d'autres termes, au Sénégal, environ 7 enfants sur 100 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, l'EDS-III, l'EDS-IV et l'EDSV-MICS 2010-2011. 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'EDSV-MICS 2010-2011 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 les résultats de l'enquête, la quasi-totalité des femmes (95%) et des hommes (97%) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida (tableau non présenté). Dans tous les groupes socioéconomiques, plus de 90% des enquêtés connaissent ou ont entendu parler du VIH/sida.

Concernant la connaissance des moyens de prévention, les résultats de l'enquête montrent (tableau 13 – nouveau), que plus de la moitié des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de le contracter et ont cité au moins une méthode de protection : utilisation des condoms (respectivement, 70% et 79%), limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté (86%), utilisation des condoms et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté (respectivement, 67 % et 76%). Les hommes sont donc légèrement plus informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. Les résultats révèlent que 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 femmes et les hommes célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels savent plus que les autres que le VIH peut être réduit par l'utilisation des condoms (81% et 88% respectivement), tandis que plus de femmes et d'hommes en union ainsi que ceux en rupture d'union citent la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté comme moyen de réduire le risque de contracter le VIH (87% et 89% respectivement).

La connaissance de ces deux moyens de prévention combinés, à savoir l'utilisation du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté varie en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques. C'est en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent ces deux moyens sont les plus élevées. Les niveaux de connaissance sont de 75% chez les femmes et 83% chez les hommes en milieu urbain, contre respectivement 59% et 67% en milieu rural. Par ailleurs, les pourcentages d'enquêtés connaissant ces moyens de prévention passent de 60% chez les femmes non instruites à plus de 70% chez les instruites, contre respectivement 67% à plus de 75 % chez les hommes.

Les résultats selon les régions montrent également des écarts importants : c'est dans les régions de Dakar et de Thiès que les proportions sont les plus fortes (plus de 76% des enquêtés) ; à Saint-Louis et Tambacounda, elles sont autour 50%. On observe les plus faibles pourcentages à Matam.

Par rapport à la précédente enquête réalisée en 2005, le pourcentage d'enquêtés ayant cité ces deux moyens de prévention combinés (à savoir l'utilisation du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) a différemment varié chez les femmes et chez les hommes: diminution de 72% en 2005 à 67% en 2010-2011 ; et augmentation chez les hommes : 71% et 76% respectivement, l'accroissement le plus important étant le fait des hommes ruraux.

Tableau 13. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en:				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en:			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	67,8	84,7	64,2	6 648	75,0	80,9	70,8	2 066
15-19	62,5	81,1	58,6	3 429	69,7	75,8	65,1	1 169
20-24	73,4	88,4	70,1	3 220	82,0	87,6	78,2	897
25-29	72,2	87,4	68,9	2 746	83,9	90,0	80,9	700
30-39	74,0	88,7	70,4	3 966	84,5	91,7	81,4	983
40-49	68,3	87,0	65,8	2 328	80,8	88,4	77,4	666
État matrimonial								
Célibataire	70,7	85,2	66,5	4 585	78,2	84,1	74,6	2 737
A déjà eu des rapports sexuels	81,2	85,4	73,2	624	87,8	90,1	83,6	1 065
N'a jamais eu de rapports sexuels	69,1	85,2	65,5	3 960	72,2	80,3	68,8	1 671
En union	69,9	87,2	67,0	10 347	80,8	88,8	77,3	1 608
En rupture d'union	71,5	84,4	65,9	757	93,7	88,5	87,0	71
Milieu de résidence								
Urbain	79,6	89,4	75,4	7 738	86,8	91,7	83,0	2 465
Rural	61,1	83,7	58,5	7 950	70,1	78,6	66,5	1 950
Région								
Dakar	80,1	89,2	76,0	4 078	90,0	94,3	87,2	1 380
Ziguinchor	77,0	85,2	71,4	581	84,4	84,9	76,4	210
Diourbel	63,8	90,2	62,4	1 851	65,3	72,5	63,9	354
Saint-Louis	65,7	85,4	62,6	1 034	58,4	62,8	50,5	266
Tambacounda	51,5	76,0	47,7	725	62,0	77,8	55,4	214
Kaolack	63,7	92,8	62,5	1 172	84,7	92,7	83,5	317
Thiès	82,4	91,0	78,6	2 030	81,8	88,0	78,6	564
Louga	68,3	84,5	64,8	1 130	68,3	80,4	63,4	262
Fatick	69,7	83,9	64,5	717	80,5	86,6	79,3	204
Kolda	61,0	72,6	56,5	640	80,4	85,9	78,1	197
Matam	43,0	77,8	40,2	595	72,2	78,5	64,3	152
Kaffrine	62,4	81,3	60,9	572	83,1	95,8	82,3	141
Kédougou	59,0	81,5	55,5	115	64,0	86,9	58,7	34
Sédhiou	68,4	79,3	63,9	448	73,0	76,1	65,1	120
Niveau d'instruction								
Aucun	62,7	84,4	60,2	9 079	70,0	80,2	66,5	1 739
Elémentaire	75,9	87,6	71,2	3 414	79,3	82,1	74,9	459
Moyen/secondaire ou plus	85,5	91,4	80,9	3 195	87,4	91,4	83,7	2 136
Ensemble 15-49	70,2	86,5	66,8	15 688	79,4	85,9	75,7	4 415
50-59	na	na	na	0	71,7	87,4	70,2	511
Ensemble 15-59	na	na	na	0	78,6	86,1	75,2	4 926

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Le tableau 14.1 présente, parmi les femmes de 15-49 ans, les pourcentages de celles qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuels. On constate que seulement 0,5% des femmes ont eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Tout en restant très faible, cette proportion varie de manière importante et dans certains sous-groupes, comme les femmes en rupture d'union (1,3%) ou celles vivant dans la région de Sédhiou (1,3%) et de Ziguinchor (1,9%). Parmi les quelques femmes (73 cas) ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des douze mois précédant l'enquête, 22% seulement ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels.

Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est estimé à 1,4. Le nombre moyen le plus élevé est observé parmi les femmes de Ziguinchor (2,0) et parmi les femmes

célibataires (1,7). À l'opposé, le nombre moyen le plus faible est observé parmi les femmes de Kaffrine et de Thiès (1,1) et parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (1,1).

Les résultats présentés au tableau 14.2 montrent que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est beaucoup plus élevée que celle des femmes (11% contre 0,5%). Cette proportion atteint 23% parmi le groupe d'âges 40-49 ans, et 17% parmi les hommes en union. Ceci peut être compréhensible pour un pays musulman où la polygamie est très répandue. Les résultats montrent que cette proportion est presque deux fois plus élevée en milieu rural (11,5%) qu'en milieu urbain (6%). Le niveau d'instruction a aussi un impact sur le nombre des partenaires sexuels car 13% de ceux qui sont sans instructions en ont eu deux ou plus au cours des douze derniers mois, contre seulement 6% parmi ceux qui ont une quelconque instruction.

Parmi les femmes et les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec 2 partenaires ou plus, seulement 15% ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Les niveaux d'utilisation les plus élevés sont observés parmi les célibataires (65%), les hommes du milieu urbain (35%), ceux des régions de Ziguinchor (41%) et de Dakar (38%) et les hommes ayant un niveau d'instruction moyen ou plus (41%).

Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,8 contre 1,4). Le nombre moyen de partenaires par région montre que Tambacounda vient en tête (6 partenaires), suivie de Matam (5,9 partenaires). Par contre, le nombre moyen le plus faible est enregistré à Kaolack avec 1,8.

Tableau 14.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes:		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	0,3	6 648	*	20	1,2	3 114
15-19	0,1	3 429	*	4	1,1	949
20-24	0,5	3 220	*	16	1,2	2 165
25-29	0,7	2 746	*	18	1,3	2 381
30-39	0,7	3 966	(6,9)	30	1,5	3 805
40-49	0,2	2 328	*	5	1,6	2 274
État matrimonial						
Célibataire	0,4	4 585	54,2	16	1,7	621
En union	0,5	10 347	12,3	47	1,3	10 198
En rupture d'union	1,3	757	16,6	10	1,6	755
Milieu de résidence						
Urbain	0,6	7 738	(20,3)	48	1,5	5 109
Rural	0,3	7 950	(26,2)	25	1,3	6 465
Région						
Dakar	0,7	4 078	12,4	29	1,5	2 689
Ziguinchor	1,9	581	*	11	2,0	430
Diourbel	0,0	1 851	*	0	1,2	1 407
Saint-Louis	0,2	1 034	*	2	1,6	739
Tambacounda	0,6	725	*	4	1,4	627
Kaolack	0,1	1 172	*	1	1,2	880
Thiès	0,4	2 030	*	7	1,1	1 408
Louga	0,1	1 130	*	2	1,2	846
Fatick	0,1	717	*	1	1,3	541
Kolda	0,8	640	*	5	1,4	557
Matam	0,6	595	*	3	1,6	497
Kaffrine	0,2	572	*	1	1,1	470
Kédougou	0,8	115	*	1	1,4	100
Sédhiou	1,3	448	*	6	1,5	385
Niveau d'instruction						
Aucun	0,3	9 079	(9,3)	29	1,4	7 816
Elémentaire	1,0	3 414	(18,2)	35	1,4	2 429
Moyen/secondaire ou plus	0,3	3 195	*	9	1,4	1 330
Ensemble	0,5	15 688	22,3	73	1,4	11 575

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.
* Basé sur 0-24 cas non pondérés ; () Basé sur 25-50 cas non pondérés.

Tableau 14.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes:		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	2,4	2 070	48,8	50	2,7	624
15-19	1,3	1 169	*	15	2,3	218
20-24	3,9	901	44,7	(35)	2,9	405
25-29	8,6	700	52,1	60	3,9	506
30-39	11,0	983	16,9	108	3,8	877
40-49	23,1	666	2,0	154	4,9	609
État matrimonial						
Célibataire	3,6	2 737	64,5	99	3,5	1 029
En union	16,5	1 608	3,6	266	4,0	1 518
En rupture d'union	9,2	74	*	7	4,2	67
Milieu de résidence						
Urbain	6,0	2 469	35,4	149	4,0	1 476
Rural	11,5	1 950	11,0	224	3,7	1 138
Région						
Dakar	5,1	1 384	37,8	71	4,1	855
Ziguinchor	18,3	210	41,0	38	4,2	142
Diourbel	9,2	354	3,8	33	2,6	153
Saint-Louis	8,7	266	*	23	3,4	130
Tambacounda	11,6	214	(27,5)	25	6,0	158
Kaolack	10,6	317	4,3	34	1,8	141
Thiès	3,4	564	*	19	3,6	305
Louga	6,9	262	*	18	2,3	145
Fatick	6,7	204	*	14	3,7	129
Kolda	16,7	197	25,2	33	4,3	145
Matam	11,7	152	*	18	5,9	109
Kaffrine	12,3	141	*	17	2,7	92
Kédougou	16,4	34	*	6	2,9	23
Sédhiou	20,2	120	*	24	4,1	86
Niveau d'instruction						
Aucun	11,8	1 743	8,2	206	3,4	1 085
Elémentaire	11,2	459	25,4	51	4,0	316
Moyen/secondaire ou plus	5,3	2 136	41,2	112	4,2	1 176
Ensemble 15-49	8,4	4 419	20,7	372	3,8	2 615
50-59	34,8	511	2,1	178	4,8	462
Ensemble 15-59	11,2	4 930	14,7	550	4,0	3 076

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne
* Basé sur 0-24 cas non pondérés.
() Basé sur 25-50 cas non pondérés.

3.15 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDSV-MICS ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée (imprégnée d'insecticide : MII) ou non et de ceux n'en disposant pas du tout.

Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, mais aussi prennent à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDSV-MICS, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

En général, les femmes enceintes sont relativement plus nombreuses à avoir dormi sous une moustiquaire. Par exemple, dans les ménages disposant d'au moins une MII, 54% des femmes

enceintes (contre 50% d'enfants de moins de 5 ans) ont dormi sous une moustiquaire de ce type (tableau 15).

De façon générale, les populations rurales sont légèrement plus nombreuses à dormir sous une moustiquaire. Cependant, dans les ménages disposant d'au moins une MII, Cette tendance est inversée : 62% des femmes enceintes et 52% d'enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages possédant au moins une MII, ont dormi sous une MII en milieu urbain, contre 50% et 49% respectivement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en milieu rural.

Le tableau 15 montre que 88% des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludiques à titre préventif au cours de la dernière grossesse survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête. En accord avec les directives de la politique de Traitement Préventif Intermittent (TPI), 39% ont reçu le traitement préventif intermittent (TPI) de Fansidar pendant une visite prénatale de routine.

Le tableau 15 montre aussi que parmi les enfants de moins de cinq ans, plus de deux sur dix (23%) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (19%).

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, 6% ont été traités avec des antipaludiques de façon précoce, dont seulement 2% ont été traités avec des combinaisons antipaludiques (CTA). Moins de 1% (0,9%) des mères de ces enfants avaient reçu un TPI au cours d'une visite prénatale.

Au Sénégal, la pulvérisation intradomiciliaire reste relativement faible. Dans l'ensemble, les résultats du tableau 15 montrent que 9% des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leurs habitations ont été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage est resté le même depuis l'ENPS-II de 2008-2009.

Les résultats montrent aussi que 42% des enfants de moins de 5 ans et 44% des femmes enceintes ont dormi sous une MII ou dans un ménage dont les murs de l'habitation ont été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. Ces pourcentages sont plus importants en milieu rural (45% pour les enfants et 47% pour les femmes enceintes) qu'en milieu urbain (38% et 41% respectivement pour les enfants et les femmes).

Tableau 15 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, Sénégal 2010-11

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	60,2	3 864	83,8	4 038	72,3	7 902
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	51,8	3 864	72,6	4 038	62,5	7 902
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	37,1	4 648	44,8	7 746	41,9	12 394
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	31,4	4 648	36,8	7 746	34,8	12 394
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	51,6	2 830	49,0	5 812	49,9	8 642
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	40,1	485	45,3	792	43,3	1 277
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	34,7	485	38,7	792	37,2	1 277
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	61,6	274	50,0	613	53,6	887
Pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide résiduel (PID)						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	7,3	3 864	10,7	4 038	9,1	7 902
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ¹	36,6	4 648	44,5	7 746	41,5	12 394
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ¹	39,5	485	46,4	792	43,8	1 277
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernière naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	93,4	1 703	84,6	2 806	87,9	4 509
Pourcentage des dernière naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	45,5	1 703	34,5	2 806	38,6	4 509
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	28,5	4 242	18,8	6 646	22,6	10 888
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale²						
Une antipaludéen quelconque	10,0	1 210	6,3	1 251	8,1	2 461
SP/Fansidar	1,1	1 210	0,7	1 251	0,9	2 461
ACT	1,1	1 210	1,6	1 251	1,3	2 461
Amodiaquine	2,1	1 210	1,6	1 251	1,8	2 461
Quinine	0,4	1 210	1,3	1 251	0,8	2 461
Combinaison avec artémisinine	3,8	1 210	0,5	1 251	2,1	2 461
Autre antipaludéen	2,9	1 210	0,8	1 251	1,8	2 461
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:						
Une antipaludéen quelconque	7,6	1 210	4,5	1 251	6,0	2 461
SP/Fansidar	0,8	1 210	0,5	1 251	0,6	2 461
ACT	1,1	1 210	1,1	1 251	1,1	2 461
Amodiaquine	1,4	1 210	1,5	1 251	1,4	2 461
Quinine	0,3	1 210	0,8	1 251	0,5	2 461
Combinaison avec artémisinine	3,4	1 210	0,3	1 251	1,9	2 461
Autre antipaludéen	2,0	1 210	0,5	1 251	1,2	2 461

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire pré-imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

² Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

3.16 Excision

Au cours de l'EDSV-MICS, 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 16, la population est largement informée de l'existence de cette pratique : 91% des femmes ont en ont entendu parler. Le degré de connaissance varie peu selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

En ce qui concerne la pratique, près de 26% de l'ensemble des femmes ont déclaré être excisées. En 2005, cette pratique était de 28%.

La moyenne nationale cache cependant des disparités importantes. Au niveau de l'âge, les femmes de 15-24 ans sont moins nombreuses à avoir été excisées : 24% ; au-delà de 35 ans, la proportion de femmes excisées varie entre 27% et 29%. En ce qui concerne l'urbanisation, la pratique de l'excision est moins répandue dans les villes (23%) que dans les campagnes (28%). Par ailleurs, la fréquence de l'excision diminue avec le niveau d'instruction : 28% chez les femmes non scolarisées, 24% chez celles de niveau primaire et 20% chez celles de niveau moyen ou plus.

Les différences selon la religion sont importantes. Près de 27% des musulmanes ont subi l'excision, contre seulement moins de 7% des femmes chrétiennes.

Les disparités les plus importantes sont observées selon l'ethnie et la région. En effet, alors que l'excision est pratiquement inexistante chez les Wolof (moins de 1% d'excisées) et les Sérér (2,2%), elle concerne plus de huit femmes sur dix dans le groupe Mandingue (82%). La proportion de femmes excisées se situe à 65% chez les Soninké, près de 55% chez les Poular et près de 52 % chez les Diola. Les différences inter ethniques expliquent en partie les écarts inter régionaux. Ainsi dans les régions de Kédougou, Matam, Sédhiou, Tambacounda et Kolda à majorité Poular et Mandingue, entre 85% et 92% des femmes sont excisées. Elles sont suivies de Ziguinchor (56%), Saint-Louis (40%), Dakar (20%) et Kaffrine (10%). À Diourbel (moins de 1%), Thiès (moins de 4%), Louga (moins de 4%), Kaolack (moins de 6%) et Fatick (7%), la pratique de l'excision est marginale.

Pour ce qui est de l'âge à l'excision des femmes enquêtées (tableau 17), il apparaît que la moitié des enquêtées (51%) n'ont pas été en mesure de donner un âge précis, mais situe l'évènement durant la petite enfance. Cependant, dans 11% des cas, les femmes ont déclaré avoir été excisées lorsqu'elles avaient entre 0-1 an, 10% lorsqu'elles avaient entre 2-4 ans, et dans 14% des cas, l'excision a eu lieu entre 5-9 ans et pour 7% des femmes, l'excision a été effectuée à un âge plus tardif (après 10 ans). En outre, on note que seulement 8% des femmes n'ont pu donner aucune indication concernant l'âge auquel elles ont été excisées.

Tableau 16 Connaissance et pratique de l'excision

Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant l'excision et répartition (en%) des femmes excisées selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage connaissant l'excision	Pourcentage de femmes excisées	Effectif de femmes
Groupe d'âges			
15-19	85,4	24,0	3 429
20-24	91,1	24,3	3 220
25-29	92,6	26,1	2 746
30-34	92,4	24,9	2 148
35-39	94,9	29,0	1 817
40-44	94,1	26,9	1 379
45-49	95,6	28,5	949
Milieu de résidence			
Urbain	95,1	23,4	7 738
Rural	87,6	27,8	7 950
Région			
Dakar	96,2	20,1	4 078
Ziguinchor	90,4	55,5	581
Diourbel	91,0	0,5	1 851
Saint-Louis	89,9	39,5	1 034
Tambacounda	96,9	85,3	725
Kaolack	76,6	5,6	1 172
Thiès	92,7	3,5	2 030
Louga	83,9	3,8	1 130
Fatick	76,0	7,3	717
Kolda	96,7	84,8	640
Matam	97,3	87,2	595
Kaffrine	93,8	10,3	572
Kédougou	98,3	92,0	115
Sédhiou	96,7	86,3	448
Niveau d'instruction			
Aucun	90,3	28,4	9 079
Elémentaire	91,8	24,1	3 414
Moyen ou plus	93,5	19,6	3 195
Religion			
Musulman	91,6	26,5	14 967
Chrétien	85,5	6,5	656
Autre	78,8	19,3	65
Ethnie			
Wolof	90,3	0,9	6 066
Poular	94,4	54,5	4 164
Serer	85,2	2,2	2 353
Mandingue	98,0	81,9	652
Diola	90,3	51,5	634
Soninké	98,0	64,9	362
ND/non sénégalais	92,2	37,7	1 458
Ensemble 15-49	91,3	25,7	15 688

C'est en milieu rural et parmi les femmes non instruites que le pourcentage d'excisées pendant la petite enfance est le plus important. Les groupes ethniques qui pratiquent le plus l'excision, sont aussi ceux qui le font à cet âge. L'âge à l'excision varie à peine selon l'âge des enquêtées.

Tableau 17 Âge des enquêtées à l'excision

Répartition des femmes excisées par âge à l'excision selon certaines caractéristiques sociodémographiques Sénégal 2010-11

Caractéristique sociodémographique	Âge à l'excision							Total	Effectif de femmes excisées
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+	NSP		
Groupe d'âges									
15-19	51,9	12,1	8,4	13,7	6,3	0,3	7,3	100,0	822
20-24	52,7	9,7	10,4	13,4	4,4	1,1	8,3	100,0	784
25-29	51,5	11,1	11,4	12,4	5,4	0,5	7,7	100,0	716
30-34	51,6	8,5	8,6	15,7	6,4	1,1	8,2	100,0	535
35-39	47,5	12,8	8,4	13,5	10,0	0,2	7,6	100,0	526
40-44	50,4	8,5	9,5	14,3	7,6	1,2	8,5	100,0	371
45-49	48,0	12,5	9,0	14,4	1,6	0,1	14,4	100,0	270
Milieu de résidence									
Urbain	47,7	8,6	9,5	17,6	7,7	0,6	8,5	100,0	1 813
Rural	53,7	12,5	9,5	10,6	4,7	0,7	8,2	100,0	2 211
Région									
Dakar	44,2	8,6	10,5	19,2	9,2	0,5	7,8	100,0	822
Ziguinchor	53,0	2,2	9,5	22,0	10,5	1,4	1,4	100,0	323
Diourbel	15,9	13,4	38,2	23,1	9,3	0,0	0,0	100,0	9
Saint-Louis	49,0	7,9	11,4	13,2	2,3	1,0	15,1	100,0	409
Tambacounda	45,3	30,2	4,3	9,1	3,6	0,2	7,4	100,0	618
Kaolack	59,4	3,5	9,7	12,5	8,3	0,0	6,5	100,0	65
Thiès	31,2	3,2	17,9	23,7	12,4	3,3	8,4	100,0	72
Louga	53,9	9,4	15,3	5,8	4,4	0,0	11,1	100,0	42
Fatick	23,9	7,7	13,4	11,3	24,1	11,1	8,5	100,0	52
Kolda	54,3	10,8	11,5	13,6	2,4	0,4	7,0	100,0	543
Matam	66,6	7,0	7,4	2,4	2,5	0,2	14,0	100,0	519
Kaffrine	33,7	8,8	11,2	9,6	5,2	0,0	31,6	100,0	59
Kédougou	60,8	0,7	5,4	25,1	6,7	0,4	1,0	100,0	106
Sédhiou	55,5	5,5	11,1	15,8	9,5	0,2	2,4	100,0	387
Niveau d'instruction									
Aucun	53,5	12,0	9,0	11,3	4,6	0,4	9,2	100,0	2 578
Elémentaire	47,9	7,8	10,6	15,9	9,3	1,5	7,1	100,0	821
Moyen/secondaire ou plus	44,7	9,4	10,1	21,0	7,8	0,5	6,5	100,0	625
Religion									
Musulman	50,9	10,8	9,6	13,7	5,9	0,7	8,4	100,0	3 969
Chrétien	56,7	2,0	2,6	20,1	14,0	1,5	3,2	100,0	43
Autre	50,1	17,6	11,7	8,4	12,2	0,0	0,0	100,0	13
Ethnie									
Wolof	46,1	3,2	8,1	10,2	16,1	3,1	13,1	100,0	57
Poular	53,5	13,3	9,4	10,7	3,1	0,3	9,8	100,0	2 270
Serer	26,3	12,9	6,5	12,3	23,4	9,5	9,0	100,0	53
Mandingue	55,8	7,1	9,9	16,9	7,0	0,7	2,6	100,0	534
Diola	35,6	3,0	14,0	26,2	16,2	2,6	2,4	100,0	326
Soninké	61,5	10,0	3,3	5,1	3,7	0,0	16,4	100,0	235
ND/Autres/non sénégalais	43,2	9,6	10,0	20,3	9,5	0,2	7,2	100,0	549
Ensemble 15-49	51,0	10,8	9,5	13,8	6,0	0,7	8,3	100,0	4 025

