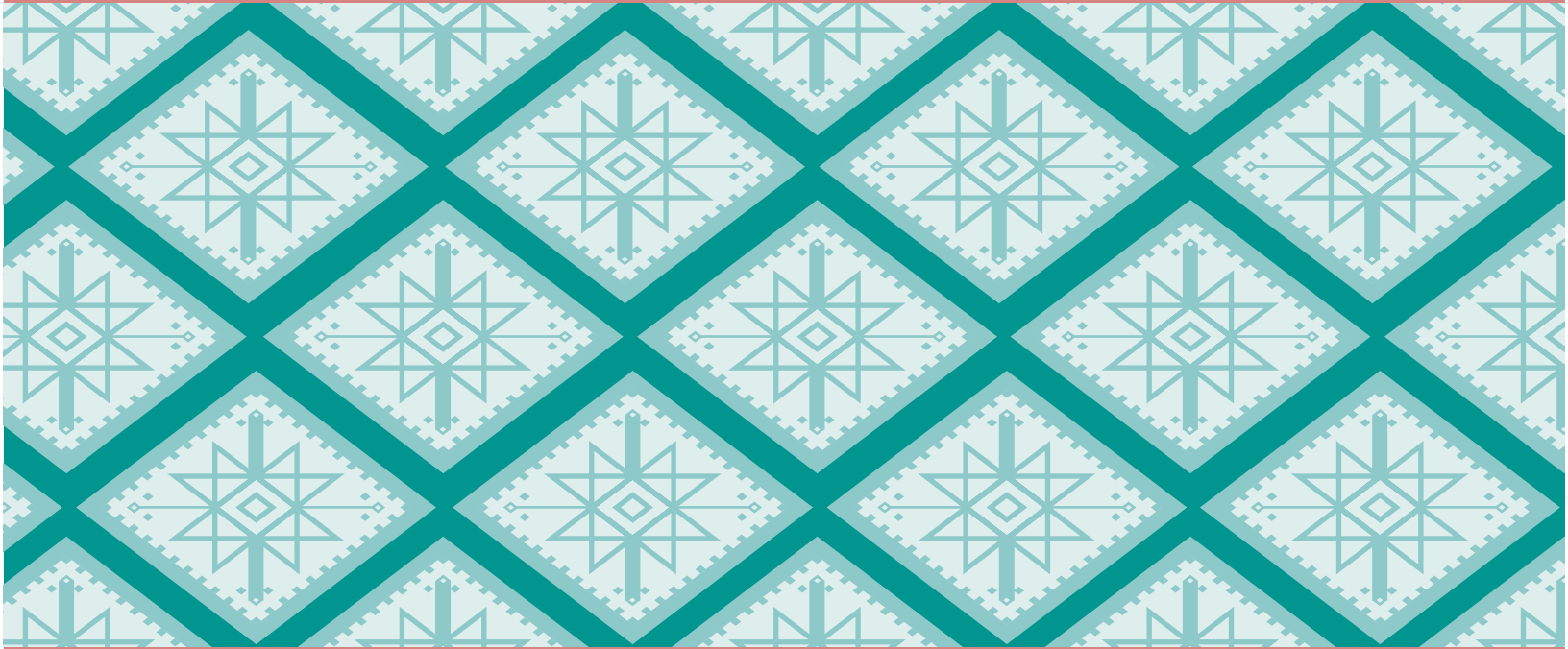


Sénégal



**Enquête Démographique
et de Santé**

2005

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

**Enquête Démographique
et de Santé
Sénégal 2005**

Salif Ndiaye
Mohamed Ayad

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
Centre de Recherche pour le Développement Humain
Dakar, Sénégal

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Avril 2006



Ce rapport présente les principaux résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) réalisée au Sénégal de février à juin 2005. Cette enquête a été réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

L'EDS-IV, initiée par le Gouvernement du Sénégal, fait partie du programme mondial MEASURE DHS+ dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro. Elle a bénéficié de l'appui financier du Gouvernement sénégalais, de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), de la Banque Mondiale, du UNFPA et de l'UNICEF. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement pas la politique de l'USAID, ni celles des autres organismes de coopération.

Pour tout renseignement concernant l'EDS-IV, prière de contacter le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, rue Aimé Césaire, Fann Résidence, BP 4024, Dakar (Téléphone : (221) 869 4242 ; Fax : (221) 869 4249) ; Internet : <http://www.sante.gouv.sn>) ou le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Immeuble A, N° : A7_A8, HLM Hann Maristes, Dakar (Téléphone/Fax : (221) 832 6379).

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone (301) 572-0200 ; Fax (301) 572-0999 ; E-mail : reports@orcmacro.com ; Internet : <http://www.measuredhs.com>).



Citation recommandée :

Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005*. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Liste des tableaux et des graphiques	ix
Préface	xvii
Remerciements.....	xix
Sigles et Abréviations	xxi
Résumé	xxiii
Indicateurs du Millénaire, EDS-IV Sénégal 2005	xxix
Carte du Sénégal	xxx

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Salif Ndiaye et Baka Tambouri Ndiaye

1.1	PRÉSENTATION DU PAYS.....	1
1.1.1	Géographie	1
1.1.2	Économie	1
1.1.3	Population	2
1.1.4	Politique en matière de santé et situation sanitaire	2
1.2	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	3
1.2.1	Objectifs	3
1.2.2	Questionnaires	4
1.2.3	Les manuels et autres documents techniques.....	7
1.2.4	Échantillonnage	7
1.2.5	Activités de l'EDS-IV	8
1.2.6	Saisie et traitement des données.....	11

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Aliou Gaye

2.1	STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION.....	13
2.2	TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES	15
2.2.1	Sexe du chef de ménage	15
2.2.2	Taille des ménages	15
2.3	CONDITION DE VIE DES ENFANTS ET DES ORPHELINS.....	16
2.4	NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE	17
2.5	CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS ET BIENS POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES	24

2.5.1	Caractéristique des logements des ménages.....	24
2.5.2	Biens durables possédés par les ménages	25

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET HOMMES ENQUÊTÉS ET STATUT DES FEMMES

Mohamed Ayad

3.1	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	27
3.2	NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO- DÉMOGRAPHIQUES	30
3.3	ALPHABÉTISATION.....	32
3.4	EXPOSITION AUX MÉDIAS	35
3.5	ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE.....	38
3.6	STATUT DE LA FEMME	44
3.6.1	Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage	45
3.6.2	Prise de décision dans le ménage.....	47
3.6.3	Opinion des femmes sur la violence conjugale.....	50
3.6.4	Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels	52

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

Salif Ndiaye

4.1	NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE	56
4.2	TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ	58
4.3	PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE	60
4.4	INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....	61
4.5	ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE.....	64
4.6	FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES.....	65
4.7	PARITÉ DES HOMMES	67

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

Salif Ndiaye

5.1	CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION.....	69
5.2	UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE	75
5.3	UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION.....	77
5.4	UTILISATION SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME	81
5.5	NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION.....	84
5.6	CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE	84
5.7	SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION	86
5.8	INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES	87
5.9	UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION	89
5.10	RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	89
5.11	MÉTHODE FUTURE PRÉFÉRÉE.....	90
5.12	SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....	91
5.13	DISCUSSIONS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AVEC LE CONJOINT	95
5.14	OPINIONS DES COUPLES SUR LA PLANIFICATION.....	96

CHAPITRE 6	NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE <i>Salif Ndiaye</i>	
6.1	ÉTAT MATRIMONIAL	99
6.2	POLYGAMIE	101
6.3	ÂGE À LA PREMIÈRE UNION	103
6.4	ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS.....	106
6.5	ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE.....	109
6.6	EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE.....	112
6.7	MÉNOPAUSE	114
CHAPITRE 7	PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ <i>Aliou Gaye</i>	
7.1	DÉSIR D'ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES).....	115
7.2	BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE	119
7.3	NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS.....	124
7.4	PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ.....	128
CHAPITRE 8	SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT <i>Salif Ndiaye</i>	
8.1	SOINS PRÉNATALS, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES	133
	8.1.1 Soins prénatals.....	133
	8.1.2 Accouchement	140
	8.1.3 Examens postnatals.....	146
	8.1.4 Statut de la femme et santé reproductive.....	147
8.2	VACCINATION DES ENFANTS	148
8.3	MALADIES DES ENFANTS	153
	8.3.1 Infections respiratoires et fièvre	153
	8.3.2 Prévalence de la diarrhée	156
	8.3.3 Produits nettoyants pour se laver les mains	162
8.4	PROBLEMES PERÇUS POUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE LA FEMME	164
CHAPITRE 9	PALUDISME <i>Mohamed Ayad et Salif Ndiaye</i>	
9.1	ACCÈS AUX MOUSTIQUAIRES	169
	9.1.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages	169
	9.1.2 Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables	171
9.2	TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES..	174
9.3	TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ...	177

CHAPITRE 10	ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL	
	<i>Babou Diahm et Biram Ndiaye</i>	
10.1	ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	181
10.1.1	Début de l’allaitement	181
10.1.2	Allaitement maternel exclusif et introduction des aliments de complément	184
10.1.3	Durée et fréquence de l’allaitement.....	186
10.1.4	Types d’aliments de complément	188
10.2	CONSOMMATION DE SEL IODE, VITAMINE A ET DE FER ET CARENCES EN MICRONUTRIMENTS	191
10.2.1	Consommation de sel iodé par les ménages.....	192
10.2.2	Consommation de vitamine A chez les enfants	193
10.2.3	Consommation de vitamine A et de fer chez les femmes	195
10.3	ANÉMIE PAR CARENCE EN FER	197
10.3.1	Prévalence de l’anémie chez les enfants	198
10.3.2	Prévalence de l’anémie chez les femmes	200
10.4	ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES.....	202
10.4.1	État nutritionnel des enfants.....	202
10.4.2	État nutritionnel des femmes.....	209
CHAPITRE 11	MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	
	<i>Mamadou Matar Guèye</i>	
11.1	MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES	213
11.1.1	Limites d’ordre méthodologique	213
11.1.2	Risques d’erreurs d’enregistrement	214
11.2	NIVEAUX ET TENDANCES	215
11.3	MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE	217
11.4	MORTALITÉ PÉRINATALE	220
11.5	GROUPE À HAUT RISQUE.....	224
CHAPITRE 12	MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE	
	<i>Mohamed Ayad</i>	
12.1	INTRODUCTION.....	227
12.2	COLLECTE DES DONNÉES	228
12.3	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	228
12.4	ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE	231
12.5	ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE.....	233

12.6	DISCUSSION	234
CHAPITRE 13	EXCISION	
	<i>Nafissatou J. Diop</i>	
13.1	CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION	237
13.2	PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FEMMES ENQUÊTÉES	240
	13.2.1 Personne ayant procédé à l'excision	243
13.3	PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES	243
	13.3.1 Pratique de l'excision chez les filles	243
	13.3.2 Âge des filles à l'excision.....	248
	13.3.3 Personne ayant procédé à l'excision	249
	13.3.4 Excision des filles et complications.....	249
13.4	OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION.....	250
	13.4.1 Avantages pour une fille d'être excisée	250
	13.4.2 Avantages pour une fille de ne pas être excisée	253
	13.4.3 Opinions sur l'excision.....	258
CHAPITRE 14	VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	
	<i>Aliou Gaye et Salif Ndiaye</i>	
14.1	CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION	263
	14.1.1 Connaissance du VIH/sida et de l'existence de moyens de prévention	263
	14.1.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida.....	265
	14.1.3 Connaissance correcte de la transmission du VIH/sida et rejet d'idées erronées	267
	14.1.4 Connaissance de la transmission mère-enfant	271
14.2	STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.....	273
14.3	TEST DU VIH	277
14.4	OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DE RAPPORTS PROTÉGÉS AVEC LE CONJOINT.....	282
14.5	CONNAISSANCE PAR LES JEUNES D'UN ENDROIT OÙ SE PROCURER DES CONDOMS	283
14.6	RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE ET UTILISATION DU CONDOM.....	285
14.7	ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES.....	287
	14.7.1 Âge aux premiers rapports sexuels des jeunes	287
	14.7.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom chez les jeunes.....	290

14.8	RAPPORTS SEXUELS PRÉMARITAUX ET UTILISATION DU CONDOM PARMI LES CÉLIBATAIRES DE 15-24 ANS	291
14.9	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST).....	294
14.9.1	Connaissance des IST	294
14.9.2	Prévalence déclarée d'IST.....	297
14.9.3	IST et comportement.....	298
14.10	SURVIE DES PARENTS ET CONDITIONS DE VIE DES ENFANTS.....	299
CHAPITRE 15	PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS <i>Dr Aïssatou Gueye Ndiaye, Dr Astou Gueye Gaye, Ousmane Wade, Ousmane Diouf et Pr Souleymane Mboup</i>	
15.1	APPROCHE SUIVIE POUR LE TEST DU VIH ET DE L'HÉMOGLOBINE	302
15.1.1	Méthodologie	302
15.1.2	Formation et travail de terrain.....	303
15.1.3	Procédures de laboratoire EDS-IV Sénégal	306
15.2	TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH.....	307
15.3	PRÉVALENCE DU VIH.....	311
15.3.1	Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge	311
15.3.2	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	313
15.3.3	Prévalence du VIH et facteurs de risque	314
15.3.4	Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans	316
	RÉFÉRENCES	319
ANNEXE A	PLAN DE SONDAGE	321
A.1	INTRODUCTION.....	321
A.2	BASE DE SONDAGE.....	321
A.3	ÉCHANTILLONNAGE.....	322
A.4	PROBABILITÉS DE SONDAGE.....	323
A.5	RÉSULTAT DES ENQUÊTES.....	323
ANNEXE B	ERREURS DE SONDAGE	331
ANNEXE C	TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	349
ANNEXE D	PERSONNEL DE L'EDS-IV 2005	355
ANNEXE E	QUESTIONNAIRES	359

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

	Page
CHAPITRE 1	PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE
Tableau 1.1	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle 8
CHAPITRE 2	CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe et résidence 13
Tableau 2.2	Composition des ménages 15
Tableau 2.3	Enfants orphelins et résidence des parents avec les enfants 16
Tableau 2.4.1	Niveau d'instruction de la population des hommes 18
Tableau 2.4.2	Niveau d'instruction de la population des femmes) 19
Tableau 2.5	Taux de fréquentation scolaire 21
Tableau 2.6	Caractéristiques des logements 23
Tableau 2.7	Biens durables possédés par les ménages 25
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population 14
Graphique 2.2	Proportion de femmes et d'hommes sans instruction selon le milieu et la région de résidence 20
Graphique 2.3	Caractéristiques des logements selon le milieu de résidence..... 25
CHAPITRE 3	CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET HOMMES ENQUÊTÉS ET STATUT DES FEMMES
Tableau 3.1	Caractéristiques des enquêtés par âge 28
Tableau 3.2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés 29
Tableau 3.3.1	Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques : Femmes..... 30
Tableau 3.3.2	Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques : Hommes 31
Tableau 3.4.1	Alphabétisation des femmes..... 33
Tableau 3.4.2	Alphabétisation des hommes 34
Tableau 3.5.1	Exposition aux média : Femmes..... 36
Tableau 3.5.2	Exposition aux média : Hommes..... 37
Tableau 3.6	Emploi 39
Tableau 3.7	Occupation..... 41
Tableau 3.8	Type d'emploi..... 43
Tableau 3.9	Employeur et formes de revenus 44
Tableau 3.10	Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage..... 46
Tableau 3.11	Contrôle du revenu des femmes 47
Tableau 3.12	Participation des femmes dans la prise de décision 48
Tableau 3.13	Participation des femmes dans la prises de décision selon certaines caractéristiques sociodémographiques 49

Tableau 3.14	Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme.....	51
Tableau 3.15	Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint	53
Graphique 3.1	Proportion d'alphabétisés parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans	35
Graphique 3.2	Travail des femmes de 15-49 ans	40
Graphique 3.3	Type de revenu des femmes de 15-49 ans	43
CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ		
Tableau 4.1	Fécondité actuelle.....	56
Tableau 4.2	Fécondité par caractéristiques sociodémographiques	57
Tableau 4.3	Fécondité par âge selon quatre sources.....	58
Tableau 4.4	Tendance de la fécondité par âge	59
Tableau 4.5	Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes	61
Tableau 4.6	Intervalle intergénéral	63
Tableau 4.7	Âge à la première naissance	64
Tableau 4.8	Âge médian à la première naissance par caractéristiques socio- démographiques	65
Tableau 4.9	Fécondité des adolescentes.....	66
Tableau 4.10	Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes.....	68
Graphique 4.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	56
Graphique 4.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans	58
Graphique 4.3	Taux de fécondité par âge selon l'EDS-I 1986, l'EDS-II 1992, l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005	59
Graphique 4.4	Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDS-IV 2005	60
Graphique 4.5	Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde selon l'EDS-III et l'EDS-IV	67
CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE		
Tableau 5.1.1	Connaissance des méthodes contraceptives : Femmes	71
Tableau 5.1.2	Connaissance des méthodes contraceptives : Hommes	72
Tableau 5.2	Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio- démographiques	74
Tableau 5.3	Utilisation de la contraception à un moment quelconque	76
Tableau 5.4	Utilisation actuelle de la contraception	78
Tableau 5.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio- démographiques	80
Tableau 5.6	Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme	83
Tableau 5.7	Nombre d'enfants à la première utilisation	84
Tableau 5.8	Connaissance de la période féconde.....	85
Tableau 5.9	Source d'approvisionnement.....	86
Tableau 5.10	Choix de la méthode et information	88
Tableau 5.11	Utilisation future	89
Tableau 5.12	Raisons évoquées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception.....	90
Tableau 5.13	Méthode contraceptive future préférée.....	91
Tableau 5.14.1	Exposition aux messages sur la planification familiale : Femmes	92
Tableau 5.14.2	Exposition aux messages sur la planification familiale : Hommes	93

Tableau 5.15	Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale.....	95
Tableau 5.16	Discussion de la planification familiale dans le couple.....	96
Tableau 5.17	Opinion des couples concernant la planification familiale.....	97
Graphique 5.1	Connaissance des méthodes contraceptives par l'ensemble des femmes.....	71
Graphique 5.2	Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode.....	79
Graphique 5.3	Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	81

CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Tableau 6.1	État matrimonial actuel.....	100
Tableau 6.2	Nombre de co-épouses.....	101
Tableau 6.3.1	Âge à la première union : Femmes.....	103
Tableau 6.3.2	Âge à la première union : Hommes.....	104
Tableau 6.4	Âge médian à la première union.....	105
Tableau 6.5.1	Âge aux premiers rapports sexuels : Femmes.....	107
Tableau 6.5.2	Âge aux premiers rapports sexuels : Hommes.....	107
Tableau 6.6	Âge médian aux premiers rapports sexuels.....	108
Tableau 6.7.1	Activité sexuelle récente des femmes.....	110
Tableau 6.7.2	Activité sexuelle récente des hommes.....	111
Tableau 6.8	Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum.....	112
Tableau 6.9	Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques.....	113
Tableau 6.10	Ménopause.....	114
Graphique 6.1	Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge.....	100
Graphique 6.2	Proportions de femmes en union polygame selon le milieu et la région de résidence.....	102
Graphique 6.3	Âge médian des femmes et des hommes à la première union.....	105
Graphique 6.4	Âge médian des femmes et des hommes à la première union selon la région.....	106
Graphique 6.5	Âge médian des femmes aux premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	109

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Tableau 7.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant survivants.....	116
Tableau 7.2.1	Préférences des femmes en matière de fécondité selon l'âge.....	117
Tableau 7.2.2	Préférences des hommes en matière de fécondité selon l'âge.....	118
Tableau 7.3	Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	119
Tableau 7.4	Besoins en matière de planification familiale.....	121
Tableau 7.5	Besoins en matière de planification familiale.....	122
Tableau 7.6	Nombre idéal d'enfants.....	125
Tableau 7.7	Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique.....	127
Tableau 7.8	Planification de la fécondité.....	129
Tableau 7.9	Taux de fécondité désirée.....	130

Tableau 7.10	Nombre idéal d'enfants, besoins non satisfaits en matière de planification familiale et statut de la femme	131
Graphique 7.1	Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants	116
Graphique 7.2	Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes	126
Graphique 7.3	Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes selon la région	128
Graphique 7.4	Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée	131

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Tableau 8.1	Soins prénatals.....	134
Tableau 8.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse	136
Tableau 8.3	Examens au cours des visites prénatales	137
Tableau 8.4	Vaccination antitétanique	139
Tableau 8.5	Lieu de l'accouchement	141
Tableau 8.6	Assistance lors de l'accouchement.....	142
Tableau 8.7	Caractéristiques de l'accouchement	144
Tableau 8.8	Soins postnatals.....	147
Tableau 8.9	Statut de la femme et santé reproductive	148
Tableau 8.10	Vaccinations selon les sources d'information	149
Tableau 8.11	Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques.....	151
Tableau 8.12	Vaccinations au cours de la première année	153
Tableau 8.13	Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre.....	154
Tableau 8.14	Médicaments donnés pour traiter la fièvre	156
Tableau 8.15	Ménages disposant du nécessaire pour se laver les mains.....	157
Tableau 8.16	Évacuation des selles des enfants	158
Tableau 8.17	Prévalence de la diarrhée.....	159
Tableau 8.18	Connaissance des sachets de SRO.....	161
Tableau 8.19	Traitement de la diarrhée.....	163
Tableau 8.20	Alimentation pendant la diarrhée.....	164
Tableau 8.21	Problèmes d'accès aux soins de santé.....	165
Graphique 8.1	Soins prénatals par du personnel qualifié selon certaines caractéristiques sociodémographiques	135
Graphique 8.2	Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement	135
Graphique 8.3	Assistance à l'accouchement par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques	143
Graphique 8.4	Vaccinations des enfants de 12-23 mois.....	150
Graphique 8.5	Pourcentage d'enfants de 12 -23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	152
Graphique 8.6	Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée selon l'âge.....	155
Graphique 8.7	Prévalence de la diarrhée par région	100

CHAPITRE 9 PALUDISME

Tableau 9.1	Possession de moustiquaires	170
Tableau 9.2	Utilisation des moustiquaires par les enfants.....	172
Tableau 9.3	Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes.....	174
Tableau 9.4	Utilisation de traitement préventif par les femmes enceintes	175

Tableau 9.5	Utilisation de Fansidar pour le traitement intermittent.....	177
Tableau 9.6	Prevalence et traitement precoce de la fièvre.....	178
Tableau 9.7	Traitement standard de la fièvre.....	180
Graphique 9.1	Possession de moustiquaires par les ménages.....	170
Graphique 9.2	Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans.....	173
Graphique 9.3	Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse.....	176

CHAPITRE 10 ALLAITEMENT, ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Tableau 10.1	Allaitement initial.....	182
Tableau 10.2	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	184
Tableau 10.3	Durée médiane et fréquence de l'allaitement.....	186
Tableau 10.4	Aliments reçus par les enfants de jour ou de nuit.....	188
Tableau 10.5	Fréquence des aliments reçus par l'enfant durant le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête.....	189
Tableau 10.6	Fréquence des aliments reçus par l'enfant dans les sept derniers jours.....	190
Tableau 10.7	Sel iodée dans le ménage.....	192
Tableau 10.8	Consommation de micronutriments.....	193
Tableau 10.9	Consommation de micronutriments pour les mères.....	195
Tableau 10.10	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	198
Tableau 10.11	Prévalence de l'anémie chez les femmes.....	200
Tableau 10.12	Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère..	201
Tableau 10.13	État nutritionnel des enfants.....	203
Tableau 10.14	État nutritionnel des mères par caractéristiques sociodémographiques.....	210
Graphique 10.1	Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans.....	185
Graphique 10.2	Durée médiane de l'allaitement dans certains pays d'Afrique de l'Ouest.....	187
Graphique 10.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance....	204
Graphique 10.4	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance selon les régions.....	205
Graphique 10.5	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés.....	206
Graphique 10.6	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés selon les régions.....	207
Graphique 10.7	Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDS-II 1992 et l'EDS-IV 2005.....	208

CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Tableau 11.1	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	215
Tableau 11.2	Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	217
Tableau 11.3	Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants.....	219
Tableau 11.4	Mortalité périnatale.....	221
Tableau 11.5	Taux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme.....	223
Tableau 11.6	Comportement procréateur à hauts risques.....	225

Graphique 11.1	Tendances de la mortalité infantile selon l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005	216
Graphique 11.2	Tendances de la mortalité juvénile selon l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005	216

CHAPITRE 12 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

Tableau 12.1	Complétude de l'information sur les frères et soeurs.....	229
Tableau 12.2	Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs.....	230
Tableau 12.3	Estimation de la mortalité adulte par âge.....	232
Tableau 12.4	Estimation directe de la mortalité maternelle.....	234
Graphique 12.1	Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDS-IV et taux des tables types de mortalité.....	233
Graphique 12.2	Mortalité maternelle au Sénégal et en Afrique subsaharienne.....	235

CHAPITRE 13 EXCISION

Tableau 13.1	Connaissance et pratique de l'excision	238
Tableau 13.2	Âge des enquêtées à l'excision	241
Tableau 13.3	Personne qui a procédé à l'excision	243
Tableau 13.4	Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées	244
Tableau 13.5	Type d'excision des filles	247
Tableau 13.6	Âge des filles à l'excision	248
Tableau 13.7	Personne qui a procédé à l'excision des filles	249
Tableau 13.8	Excision des filles et complications	250
Tableau 13.9	Avantages pour une fille d'être excisée.....	251
Tableau 13.10	Avantages pour une fille de ne pas être excisée.....	254
Tableau 13.11	Croyances au sujet de l'excision	257
Tableau 13.12	Opinion par rapport à l'excision selon les caractéristiques socio-démographiques.....	259
Tableau 13.13	Opinion des femmes et des hommes par rapport à l'excision	261
Graphique 13.1	Pratique de l'excision selon l'ethnie	240
Graphique 13.2	Âge à l'excision des femmes enquêtées.....	242
Graphique 13.3	Pratique de l'excision chez les mères et chez les filles selon l'ethnie.....	246
Graphique 13.4	Proportions de femmes et d'hommes favorables à la disparition de la pratique de l'excision selon la région	261

CHAPITRE 14 VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Tableau 14.1	Connaissance du sida.....	264
Tableau 14.2	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	266
Tableau 14.3.1	Idées erronées à propos du sida : femmes.....	267
Tableau 14.3.2	Idées erronées à propos du sida : hommes	270
Tableau 14.4	Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	272
Tableau 14.5.1	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Femmes	274
Tableau 14.5.2	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Hommes	276
Tableau 14.6.1	Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats : Femmes.....	278
Tableau 14.6.2	Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats : Hommes.....	280
Tableau 14.7	Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint	282

Tableau 14.8	Connaissance par les jeunes des moyens de prévention du VIH et d'un endroit où se procurer des condoms	284
Tableau 14.9	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	286
Tableau 14.10.1	Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels	287
Tableau 14.10.2	Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes	289
Tableau 14.11	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois par les jeunes de 15-24 ans	290
Tableau 14.12	Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux	292
Tableau 14.13.1	Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Femmes	295
Tableau 14.13.2	Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Hommes	296
Tableau 14.14	Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés	297
Tableau 14.15	Recherche de traitement pour les IST	298
Tableau 14.16	Enfants orphelins et résidence avec les parents	300
Graphique 14.1	Rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes de 15-24 ans cohabitant et non cohabitant	291
Graphique 14.2	Abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans	293
Graphique 14.3	Recherche de conseils et de traitement pour les IST	299
CHAPITRE 15 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS		
Tableau 15.1	Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence : Échantillon non pondéré	308
Tableau 15.2.1	Couverture du test du VIH chez les femmes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Femmes	309
Tableau 15.2.2	Couverture du test du VIH chez les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Hommes	310
Tableau 15.2.3	Couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Femmes et Hommes	311
Tableau 15.3	Prévalence du VIH selon l'âge	312
Tableau 15.4	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques	314
Tableau 15.5	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel ..	315
Tableau 15.6	Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans	316
Graphique 15.1	Algorithme de dépistage du VIH Laboratoire Bactériologie Virologie de l'Hôpital Le Dantec, Dakar EDS-IV SÉNÉGAL	306
Graphique 15.2	Prévalence du VIH par sexe et âge	313
Graphique 15.3	Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans	317
ANNEXE A PLAN DE SONDAGE		
Tableau A.1	Répartition des DRs par région et par milieu de résidence (RGPH-2002)	321

Tableau A.2	Répartition des ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002)	322
Tableau A.3	Répartition de l'échantillon de ménages et de femmes par région et selon le milieu de résidence	322
Tableau A.4	Résultats de l'enquête : Femmes.....	325
Tableau A.5	Résultats de l'enquête : Hommes.....	326
Tableau A.6	Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques	327
Tableau A.7.1	Couverture du test du VIH parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines variables à risque : Femmes	328
Tableau A.7.2	Couverture du test du VIH parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines variables à risque : Hommes	329

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE

Tableau B.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage	334
Tableau B.2	Erreurs de sondage, échantillon national.....	335
Tableau B.3	Erreurs de sondage, échantillon urbain	336
Tableau B.4	Erreurs de sondage, échantillon rural	337
Tableau B.5	Erreurs de sondage, échantillon Dakar.....	338
Tableau B.6	Erreurs de sondage, échantillon Diorubal.....	339
Tableau B.7	Erreurs de sondage, échantillon Fatick	340
Tableau B.8	Erreurs de sondage, échantillon Kaolack	341
Tableau B.9	Erreurs de sondage, échantillon Kolda	342
Tableau B.10	Erreurs de sondage, échantillon Louga.....	343
Tableau B.11	Erreurs de sondage, échantillon Matam	344
Tableau B.12	Erreurs de sondage, échantillon Saint-Louis	345
Tableau B.13	Erreurs de sondage, échantillon Tambacounda	346
Tableau B.14	Erreurs de sondage, échantillon Thiès	347
Tableau B.15	Erreurs de sondage, échantillon Ziguinchor	348

ANNEXE C TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau C.1	Répartition par âge des ménages	349
Tableau C.2.1	Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées.....	350
Tableau C.2.2	Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés	350
Tableau C.3	Complétude de l'enregistrement.....	351
Tableau C.4	Naissances par année du calendrier depuis la naissance	351
Tableau C.5	Enregistrement de l'âge au décès en jours	352
Tableau C.6	Enregistrement de l'âge au décès en mois	353

Préface

L'Enquête Démographique et de Santé du Sénégal de 2005 (EDS-IV), fait suite à celles de 1986, 1992 et 1997. Comme les précédentes, l'EDS-IV a pour objectif de produire les informations nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes en matière de développement économique et social en général, dans le domaine de la santé en particulier. Je me réjouis de la qualité de la collaboration avec le Ministère de l'Économie et des Finances qui a accepté de laisser le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale piloter cette importante étude devant l'indisponibilité de l'ancienne Direction de la Prévision et de la Statistique qui était en cours de restructuration.

L'EDS-IV, tout en reprenant les thèmes développés dans les précédentes, parmi lesquels la fécondité, la planification familiale, les soins pré et postnataux, les maladies des enfants et leur prévention et leur prise en charge, la mortalité au cours de l'enfance, vient combler l'insuffisance des données sur d'autres questions majeures du Gouvernement, à savoir la malnutrition chez les enfants mais aussi chez les adultes hommes et les femmes à partir des mesures anthropométriques et le niveau d'hémoglobine dans le sang et la mesure de la prévalence du VIH dans la population générale adulte. Les questions sur la mortalité maternelle ont été rééditées et celles sur la prévention du paludisme et l'alimentation des enfants approfondies. Finalement, l'EDS-IV a permis de disposer d'une grande variété de données actualisées ou tout simplement inédites nécessaires à une bonne planification économique et sociale. Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale trouve ici des outils essentiels pour le suivi et l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007.

Des efforts importants ont été faits pour faciliter l'accès aux données pour la communauté scientifique, et surtout pour le Gouvernement et de ses partenaires au développement. À la suite du présent rapport, viendront onze fascicules régionaux qui constitueront des références précieuses pour les planificateurs au niveau périphérique et local. Des affiches et des dépliants portant sur les indicateurs de base seront également élaborés et vulgarisés. Enfin, toute la documentation sur l'enquête sera accessible en ligne ou directement auprès du CRDH et de Macro International. Je suis convaincu que tous sauront tirer profit de cette mine d'informations qu'est l'EDS-IV pour une meilleure planification de leurs activités.

L'EDS-IV a été réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) avec le concours de Macro International Inc. Le Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar a apporté son appui dans la mise en œuvre du volet sérologique du VIH. Dans le cadre du programme international des EDS, le CRDH aura été la première firme à bénéficier de la confiance d'un Gouvernement, des partenaires au développement et de Macro International pour la réalisation d'une enquête de cette envergure. Le succès avec lequel le CRDH a réalisé ce projet confirme la pertinence du choix du Gouvernement à faire confiance dans son expertise locale. J'exprime donc mes félicitations au Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) et mes remerciements sincères à Macro International pour son appui précieux.

La mise en œuvre de l'Enquête Démographique et de Santé du Sénégal de 2005 a mobilisé des ressources financières importantes. L'Agence américaine pour le Développement International (USAID), la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en ont assuré le financement. Je leur adresse mes sincères remerciements. Mes remerciements vont à tous les partenaires institutionnels et toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette importante investigation. J'exprime également toute gratitude à la population et aux services de l'Etat pour la disponibilité dont ils ont fait montre pendant la collecte des données sur le terrain.



Abdou FALL

Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale

REMERCIEMENTS

La quatrième Enquête Démographique et de Santé du Sénégal de 2005 (EDS-IV) a été réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH).

La réalisation de cette enquête a mobilisé des ressources financières importantes et nécessité la disponibilité et la compétence de plusieurs personnes.

Je voudrais donc, à l'occasion de la publication du présent rapport, adresser mes sincères remerciements au Gouvernement du Sénégal, à ses partenaires au développement qui l'ont appuyé dans cette recherche et à ORC Macro d'avoir fait confiance au CRDH. En effet, cela aura été la première fois qu'une structure privée se sera vu confier la conduite d'une enquête de cette envergure dans le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Je voudrais aussi, remercier :

- les personnels techniques et administratifs du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, au niveau central comme au niveau périphérique ; leur collaboration a été précieuse ;
- les personnels de la Direction de la Prévision et de la Statistique : leur appui a été important dans l'échantillonnage, le dénombrement des ménages et la supervision des enquêteurs ;
- les chercheurs de l'équipe technique pour leur compétence et leur disponibilité ;
- les personnels de terrain : chauffeurs, enquêteurs, contrôleuses, chefs d'équipe et superviseurs. Leur professionnalisme, leur dévouement et leur endurance ont été déterminants pour la réussite de l'enquête ;
- les personnels de bureau du CRDH pour leur efficacité dans la discrétion.

Enfin, je voudrais saluer les populations des localités enquêtées ainsi que les autorités administratives, locales, coutumières et religieuses pour l'accueil chaleureux qu'elles ont réservé aux personnels de terrain.

Salif Ndiaye

Directeur du CRDH

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AEC	Agences d'Exécution Communautaires
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Vaccin antituberculeux)
BEN	Bureau Exécutif National de la CLM
BER	Bureau Exécutif Régional (du PRN)
CAID	Campagne d'Aspersion Intra-Domiciliaire
CD	Compact Disk
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États Unis)
CDV	Centres de Dépistage Volontaire
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CSPro	Census and Survey Processing System
DANSE	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif intra utérin
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSSP	Division des Soins de Santé Primaires
DTCoq	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIPRN	Enquête Initiale pour l'évaluation de l'impact du Programme de Renforcement de la Nutrition en Milieu Rural dans les régions de Fatick, Kaolack et Kolda (2004)
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé de 1999
ESP	Enquête Sur les Priorités, 1991
ICP	Infirmiers Chefs de Poste
IDA	Association Internationale de Développement
IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IMC	Indice de masse corporelle
IRA	Infections respiratoires aiguës
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISF	Indice synthétique de fécondité désirée
IST	Infections sexuellement transmissibles
LBV	Laboratoire de bactériologie et de virologie (CHU Hôpital, Le Dantec)

MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MCD	Médecins Chefs de District
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
NCHS	National Center for Health Statistics
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations pour le Développement
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TPI	Traitement préventif intermittent
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-IV) est la quatrième enquête du genre réalisée dans le pays. L'EDS-IV est une enquête par sondage, représentative au niveau national, commanditée par le Gouvernement Sénégalais et conduite par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) avec l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Le projet EDS-IV a été financé par le Gouvernement du Sénégal à travers un prêt de la Banque Mondiale ; il a bénéficié aussi de l'appui financier de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) et du Fonds des Nations Unies Pour la Population (UNFPA).

L'EDS-IV fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'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. De nouveaux volets inclus lors de la collecte portent sur la pratique de l'excision, l'utilisation des moustiquaires et les tests du VIH et de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDS-IV permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992, 1997 et 2000.

Au cours de l'enquête réalisée sur le terrain de février à mai 2005, 7 412 ménages ont été enquêtés avec succès (soit un taux de réponse de 98,5 %) ; dans ces ménages, 14 602 femmes âgées de 15-49 ans et 3 761 hommes de

15-59 ans ont été interviewés avec succès et parmi ces enquêtés 4 278 femmes de 15-49 ans et 3 226 hommes de 15-59 ans ont été effectivement testés pour le VIH (échantillon pondéré).

Les informations recueillies dans l'enquête sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des onze régions administratives.

Les principaux résultats développés dans ce rapport sont résumés dans ce qui suit.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Moins de la moitié des ménages au Sénégal disposent de l'électricité (47 %), avec une grande disparité entre les villes (80 %) et les campagnes (16 %). Environ, 60 % des ménages ont accès à l'eau de robinet ou à une borne fontaine publique. Près de quatre ménages sur dix disposent de toilettes avec chasse (38 %) ; cependant, beaucoup de ménages (23 %), essentiellement ruraux, n'en disposent pas du tout dans le logement.

Il ressort de l'enquête que 23 % des chefs de ménage sont de sexe féminin. Près de six enfants sur dix (58 %) de moins de 15 ans vivent avec leurs deux parents biologiques et 13 % d'entre eux ne vivent avec aucun de leurs parents dans le ménage.

FÉCONDITÉ

Niveau et tendance de la fécondité. Les données de l'EDS-IV montrent que la fécondité des femmes en 2005 demeure encore élevée au Sénégal. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnerait naissance en moyenne à 5,3 enfants à la fin de sa vie féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 19 % des filles de moins de 20 ans ont déjà eu au moins une naissance vivante ou étaient enceintes au moment de l'enquête. Cependant, la fécondité continue de baisser : l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,6 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997 et 5,3 en 2005. Au

Sénégal, moins de 3,0 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 40 à 49 ans n'ont jamais eu d'enfant et pourraient être considérées comme stériles.

Fécondité différentielle. Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme urbaine a un niveau de fécondité nettement plus faible (ISF de 4,1) que qu'une femme rurale (6,4). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon importante selon les régions ; de 3,7 enfants à Dakar, il dépasse 6 dans les régions de Kolda, Fatick, Diourbel et Tambacounda. Ce nombre varie également selon le niveau d'instruction des femmes (3,0 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 6,1 chez celles sans niveau d'instruction) et le niveau de vie de leur ménage d'appartenance: 3,8 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 7,0 pour celles des ménages les plus pauvres.

NUPTIALITÉ

Parmi les femmes de 15-49 ans, 68 % étaient en union au moment de l'enquête. La proportion de femmes qui restent encore célibataires à 35-39 ans est de 4 % seulement ; à plus de 40 ans, elle est inférieure à 1 %. Ainsi, le mariage qui demeure le cadre privilégié de l'activité sexuelle (94 % des célibataires n'ont jamais eu de rapports sexuels) et de la procréation est pratiquement universel au Sénégal. En outre, la pratique de la polygamie est assez répandue ; quatre femmes sur dix (40 %) sont en union polygame. L'entrée en union demeure précoce : 46 % des femmes de 20-49 ans étaient déjà en union à 18 ans et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 18,5 ans. En 1997, les valeurs correspondantes étaient respectivement de 50 % et 18,0 ans chez les femmes des mêmes âges. Les premiers rapports sexuels se produisent également tôt et sont essentiellement déterminés par l'entrée en union ; 44 % des femmes de 20-49 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels et la moitié des femmes étaient sexuellement actives à 18,7 ans. En 1997 (EDS-III), les

valeurs correspondantes étaient de 55 % et 17,5 ans chez les femmes des mêmes âges.

Les hommes contractent leur première union à un âge beaucoup plus tardif ; l'âge médian à la première union des hommes de 30 à 59 ans étant de 28,1 ans. Quant à l'âge aux premiers rapports sexuels pour les hommes âgés de 25-59 ans, il est 20,9 ans, ce qui implique que, contrairement aux femmes, les hommes commencent la vie sexuelle longtemps avant le mariage.

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance des méthodes contraceptives.

Bien que la connaissance des méthodes contraceptives soit généralisée (plus de 90 % connaissent au moins une méthode moderne), peu de femmes les utilisent (10 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne).

Prévalence contraceptive. En effet, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union est seulement de 12 %, toutes méthodes confondues, et 10 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la prévalence des méthodes modernes a légèrement augmenté depuis 1997 où elle était de 8 %. L'utilisation des méthodes modernes de contraception reste essentiellement le fait de certains groupes : les femmes urbaines (18 % contre 5 % en milieu rural), celles résidant dans les régions de Ziguinchor, Dakar et Thiès (entre 15 et 21 %) et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (34 %).

Besoins non satisfaits. Bien que l'utilisation actuelle de la contraception soit relativement faible, les besoins en matière de planification familiale sont assez importants chez les femmes en union. Une femme en union sur trois (32 %) en expriment le besoin mais essentiellement, pour l'espacement des naissances (24 %). Actuellement, 27 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union se trouve satisfaite au Sénégal. Si tous les besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive des femmes en union serait de 43 %, c'est-à-dire près de quatre fois plus que ce qu'elle est actuellement.

SANTÉ DE LA MÈRE

Soins prénatals. En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour la grande majorité (83 %) des naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête, les mères ont effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel qualifié et 40 % en ont fait quatre ou plus. Plus d'une mère sur cinq (22 %) a été protégée contre le tétanos néonatal par une dose de vaccin antitétanique (VAT) et deux mères sur trois en ont reçu deux ou plus. Plus de six naissances sur dix (62 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire 52 % d'entre elles ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Les femmes urbaines ont été relativement plus nombreuses à avoir reçu quatre consultations prénatales ou plus (51 % contre 33 % en milieu rural). Par ailleurs, les femmes rurales (52 %), celles sans niveau d'instruction (46 %), celles résidant dans les régions de Kolda et de Tambacounda (65 %), celles appartenant aux ménages les plus pauvres (70 %) et celles n'ayant reçu aucun soin prénatal (86 %) ont, beaucoup plus fréquemment que les autres, accouché à domicile.

Tendances des soins prénatals. Par rapport à l'EDS-III de 1997, le pourcentage de naissances pour lesquelles les mères ont bénéficié d'au moins une visite prénatale auprès d'un personnel de santé qualifié n'a pratiquement pas bougé (82 % en 1997 contre 83 % en 2005) ; cependant le pourcentage de naissances pour lesquelles les mères ont effectué 4 visites ou plus a plus que doublé, passant de 17 % à 40 % en 2005. En ce qui concerne le VAT, la couverture est restée au même niveau : 18 % des mères avaient reçu une seule dose (contre 22 % en 2005) et deux mères sur trois en avaient reçu deux ou plus. Enfin, le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans une formation sanitaire a beaucoup augmenté : 48 % en 1997 contre 62 % en 2005.

SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccination des enfants. Pour la couverture vaccinale des enfants, on relève que

la majorité a reçu certains vaccins : 91 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 74 % les trois doses de DTCoq, 69 % celles de la Polio et 61 % ont été vaccinés contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Au total, près de la moitié des enfants de 12-23 mois (48 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) (sans la fièvre jaune) avant l'âge de 12 mois. À l'inverse, seulement 5 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

Maladies de l'enfance. Au Sénégal, les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Plus d'un enfant sur dix (13 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et trois enfants sur dix ont eu la fièvre pendant cette période. S'agissant de la diarrhée, plus d'un enfant sur cinq (22 %) a eu une ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 27 % des enfants ont reçu une TRO (SRO ou solution préparée à la maison) et dans 28 % des cas, ils n'ont reçu aucun traitement.

POSSESSION ET UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES

L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Pour les moustiquaires imprégnées à un moment quelconque, les résultats de l'enquête indiquent que seulement 27 % des ménages ont déclaré en posséder au moins une et seulement 16 % en ont deux plus. Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire est légèrement plus élevé dans les campagnes (29 %) que dans les villes (25 %) et est peu variable selon le niveau de bien-être économique. Un enfant de moins de cinq ans sur sept (14 %) a dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Globalement, 13 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans et 14 % des femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

NUTRITION

Allaitement des enfants. Plus de neuf enfants sur dix (96 %) nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Bien que la majorité des enfants (80 %) soient allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, 48 % ont reçu des

aliments avant le début de l'allaitement. L'assistance à l'accouchement et partant, le lieu où celui-ci s'est déroulé, influe légèrement sur le début de l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché dans une formation sanitaire, 83 % ont été allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, contre 76 % de ceux dont la mère a accouché à domicile. Par contre, l'assistance à l'accouchement et le lieu d'accouchement n'ont aucune incidence sur le début de l'allaitement dans l'heure qui a suivi la naissance. Plus d'un enfant sur trois de moins de six mois (34 %) étaient encore exclusivement allaités au sein.

Sevrage et aliments de complément. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Sénégal, une proportion importante d'enfants consomme des céréales et des tubercules ou racines avant l'âge de 6 mois. Par contre, entre 6 et 7 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement un enfant sur deux est nourri de cette façon (50 %); à 8-9 mois, cette proportion concerne pratiquement les trois-quarts des enfants (73 %).

Supplémentation en vitamine A. La carence en vitamine A (avitaminose A) affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants, affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Elle peut être évitée par des compléments en vitamine A ou l'enrichissement des aliments. Dans l'ensemble, trois enfants de moins de cinq ans sur quatre (75 %) ont reçu des compléments de vitamine A. Les enfants du milieu urbain (78 % contre 74 % en milieu rural), ceux des régions de Ziguinchor (85 %), de Kolda (84 %) et de Fatick (82 %) ont été proportionnellement plus nombreux à avoir bénéficié de ce complément nutritionnel.

Prévalence de l'anémie chez les enfants. Les résultats de l'enquête montrent que plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (83 %) sont

atteints d'anémie : 20 % sous une forme légère, 55 % sous une forme modérée et 7 % sont atteints d'anémie sévère. Des différences importantes sont observées selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction des mères.

Etat nutritionnel des enfants. Les indices concernant l'état nutritionnel montrent que 16 % des enfants au Sénégal souffrent de retard de croissance et plus d'un enfant sur vingt cinq (5 %) souffre de retard de croissance sévère (indice taille-pour-âge). En ce qui concerne l'émaciation ou la maigreur (poids-pour-taille), environ un enfant sur douze (8 %) est atteint de maigreur sous forme modérée ou sévère. Les enfants de 10-23 mois souffrent plus fréquemment de ce type de malnutrition. Selon l'indice taille-pour-âge, près d'un enfant sur six (17 % contre 20 % en 1992-93) souffrent d'insuffisance pondérale et 3 % d'insuffisance pondérale sévère (contre 5 % dans l'EDS-II de 1992-93).

MORTALITÉ INFANTILE

Niveau de mortalité. La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 61 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (35 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 26 ‰ entre 1 et 12 mois exacts); sur 1 000 enfants âgés d'un an, 64 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire.

Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 121 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur huit.

Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisée en 1997 (EDS-III), les niveaux de la mortalité des enfants obtenus en 2005 sont légèrement plus bas : mortalité infantile de 61 ‰ à l'EDS-IV contre 68 ‰ en 1997 pour les cinq dernières années; mortalité infanto-juvénile de 121 ‰ en 2005 contre 139 ‰ dans l'EDS-III.

Mortalité différentielle. Les niveaux de mortalité sont nettement plus bas dans les villes que dans les campagnes : la mortalité infantile est de 49 ‰ en milieu urbain (contre 82 ‰ en milieu rural); pour la mortalité infanto-juvénile, les quotients sont respectivement de 91 ‰ et 160 ‰. Les

disparités sont également très fortes selon la région : aux deux extrêmes, on trouve Dakar (44 %) et Kolda et Tambacounda (100 %). Les enfants de mères de niveau secondaire ou plus et ceux de mères appartenant à des ménages riches ont également des risques de décès nettement plus bas que les autres.

MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle est l'indicateur de santé montrant la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. En Afrique subsaharienne, une femme a une chance sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre une chance sur 4 000 dans les pays riches.

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'ED-IV pour la période 1998-2005 est de 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux a connu une baisse non négligeable par rapport à celui estimé par l'EDS-II de 1992-1993 où il était de 510 pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 1986-1992.

EXCISION

Prévalence. La pratique de l'excision est assez répandue au Sénégal puisque qu'elle concerne 28 % des femmes de 15-49 ans. La pratique de l'excision est essentiellement déterminée par l'appartenance ethnique. Dans deux des principaux groupes ethniques, à savoir les Wolof et les Serer, le pourcentage de femmes excisées n'atteint pas 2 %. Chez les Soninké, les Mandingue, les Poular et les Diola, il varie de 60 à 78 %.

Perspectives. Chez les femmes ayant au moins une fille vivante, 20 % avaient une fille excisée ; mais seulement 4 % avaient l'intention de faire exciser une fille dans l'avenir.

SIDA ET AUTRES IST

Connaissance du sida. Le VIH/sida est connu par pratiquement toute la population (97 % des femmes et 98 % des hommes). Dans l'ensemble, plus 70 % des femmes et des

hommes ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms lors des rapports sexuels et en limitant des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté.

La majorité des femmes (plus de 60 %) ont déclaré savoir qu'à certaines occasions (pendant la grossesse, par l'allaitement, à l'accouchement), une mère peut transmettre le virus du VIH à son enfant.

Sida et stigma. Le comportement que les gens adopteraient face à des personnes vivant avec le VIH/sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Plus de sept femmes sur dix (71 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du sida. Selon la région, les résultats montrent que c'est surtout à Dakar que les femmes seraient le plus disposées à s'occuper d'un parent vivant avec le VIH chez elles (83 %) ; à l'opposé, dans celles de Kolda (42 %) et de Tambacounda (52 %), ces proportions sont beaucoup plus faibles. Parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et chez celles vivant dans les ménages les plus riches, ces proportions sont les plus fortes (respectivement 89 % et 83 %).

Rapports à hauts risques et utilisation du condom. Un des objectifs essentiels du Conseil National de Lutte contre le Sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDS-IV fournit les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ainsi que les proportions de ceux/celles qui ont utilisé un condom au cours de ces rapports sexuels. Seulement 6 % des femmes et 43 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Près de quatre femmes sur dix (38 %) et plus six hommes sur dix (62 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

PRÉVALENCE DU VIH

Taux de couverture. Les résultats de l'EDS-IV indiquent que plus de huit personnes sur dix ont consenti à donner quelques gouttes de leur sang pour être testées sur le VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes (85 %) que chez les hommes (76 %). Les taux d'acceptation chez les femmes et les

hommes du milieu rural sont nettement plus élevés que chez ceux du milieu urbain. Dans l'ensemble, 83 % des personnes dans les zones rurales ont accepté, contre 78 % chez celles des villes. Enfin, les meilleurs taux de couverture ont été observés dans les régions Diourbel et Kolda (89 %) et les plus bas concernent Matam (71 %), Dakar (73 %) et Saint-Louis (74 %).

VIH et vulnérabilité des femmes. Les résultats de l'EDS-IV de 2005 montrent que 0,7 % des adultes au Sénégal âgés de 15-49 ans sont séropositifs au VIH. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,9 % contre 0,4 %. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2,25 ; autrement dit, il y a 225 femmes infectées pour 100 hommes. Ce chiffre comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, confirme la plus grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes.

Différentiels du niveau de prévalence du VIH. Les femmes des régions de Ziguinchor (3,4 %) et de Kolda (2,8 %), celles qui travaillaient au moment de l'enquête (1,4 %) et celles de niveau primaire (1,2 %) ont des taux de séroprévalence nettement plus élevés que les autres. Chez les hommes, c'est dans la région de Kolda (1,1 %) et, dans une moindre mesure, de Fatick (0,9 %), Ziguinchor et Matam (0,8 %) que le niveau de la séroprévalence est le plus élevé.

Les femmes en rupture d'union (3,8 %) ont une prévalence environ quatre fois plus élevée que celles en union (0,9 %). Les femmes en union sont elles aussi environ trois fois plus fréquemment infectées que les célibataires (0,9 % contre 0,3 %). Par ailleurs, les femmes ayant déclaré être enceintes sont deux fois plus infectées que les autres : 1,6 % contre 0,8 % des femmes qui ne sont pas enceintes ou qui n'en sont pas sûres.

Indicateurs du Millénaire, EDS-IV Sénégal 2005

Objectif	Indicateur	Valeur	
1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	Masculin : 16,3 % Féminin : 18,3 %	Ensemble : 17,3 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous	Taux net de scolarisation dans le primaire ¹	Masculin : 57,0 % Féminin : 57,7 %	Ensemble : 57,5 %
	Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième ¹	Masculin : 40,6 % Féminin : 38,8 %	Ensemble : 39,7 %
	Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans ²	Masculin : 50,9 % Féminin : 30,8 %	Ensemble : 34,7 %
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire	Primaire : 1,02 Secondaire : 0,83	
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes ²		0,61
	Pourcentage de salariées dans le secteur non agricole qui sont des femmes ³		31,3 %
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		121 pour 1 000
	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)		61 pour 1 000
	Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	Masculin : 73,2 % Féminin : 73,9 %	Ensemble : 73,5 %
5. Améliorer la santé maternelle	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		401 pour 100 000
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié		51,9 %
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs (une méthode moderne, femmes 15-49 en union)		14,6 %
	Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (population âgée de 15 à 24) ⁴	Masculin : 52,4 % Féminin : 36,0 %	
	Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida ⁵	Masculin : 23,7 % Féminin : 19,3 %	
	Taux d'utilisation de la contraception (une méthode moderne, femmes 15-49 actuellement en union)		10,3 %
7. Assurer un environnement durable	Proportion de la population utilisant des combustibles solides ⁶	Urbain : 24,4 % Rural : 88,8 %	Ensemble : 60,7 %
	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure ⁷ , zones urbaines et rurales	Urbain : 89,0 % Rural : 44,2 %	Ensemble : 63,8 %
	Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement ⁸ , zones urbaines et rurales	Urbain : 95,6 % Rural : 63,4 %	Ensemble : 77,5 %

¹ Non compris les enfants dont le statut des parents est manquant.

² Correspond aux enquêtés qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière.

³ L'emploi salarié comprend les enquêtés qui ont été payés en argent ou en argent et en nature.

⁴ On entend par rapports sexuels à hauts risques, les rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant au cours des 12 mois précédant l'enquête.

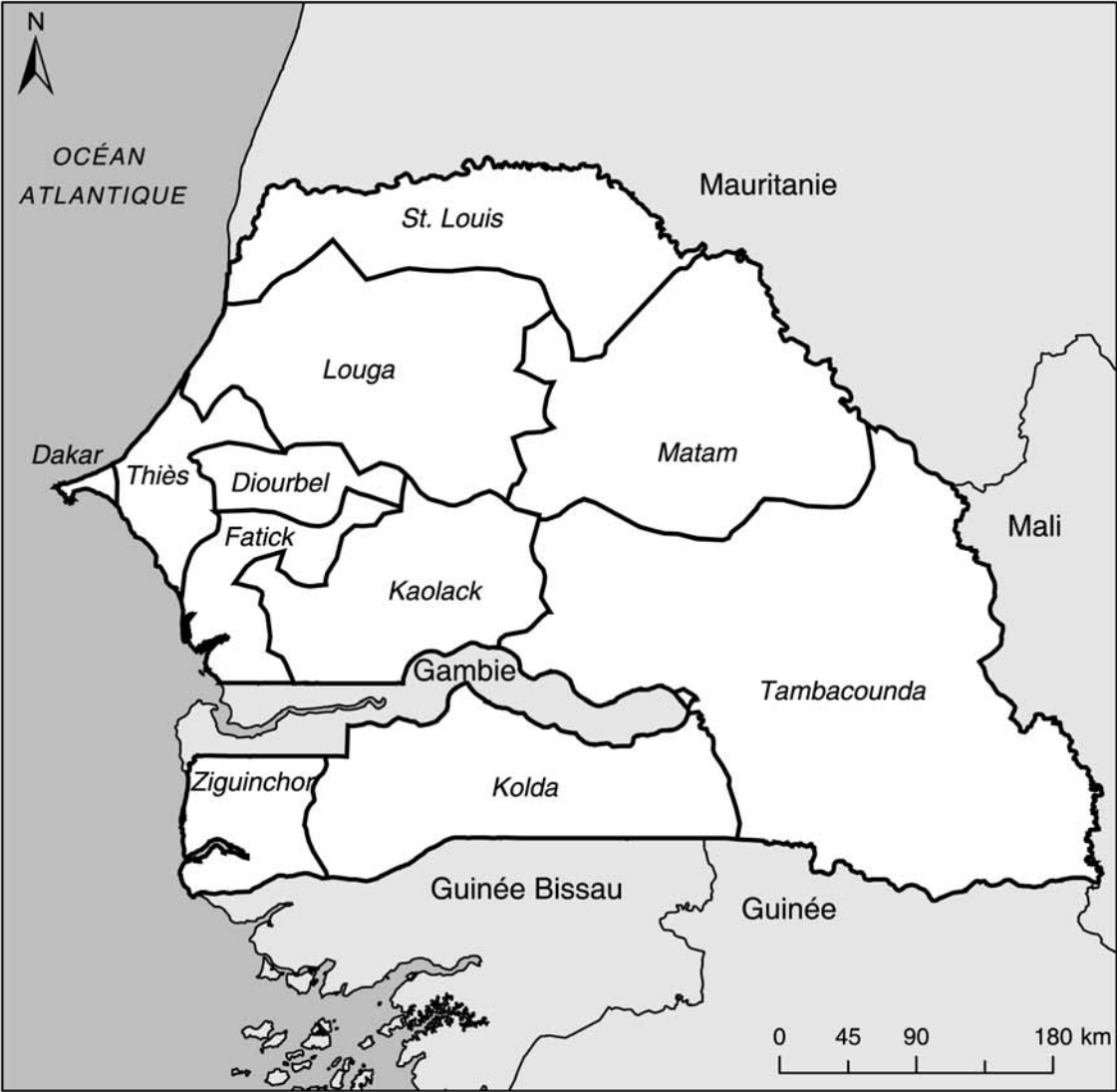
⁵ Sont considérés comme ayant une bonne connaissance générale, les femmes et les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Au Sénégal, les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par les piqûres de moustiques et le fait de partager les repas avec une personne infectée.

⁶ Charbon de bois, bois à brûler, paille ou bouse.

⁷ Eau de robinet, forage ou puits protégés.

⁸ Chasse d'eau, fosse/latrines non couvertes, fosse/latrines couvertes ou fosse/latrines ventilée améliorées.

SÈNÈGAL



Salif Ndiaye et Baka Tambouri Ndiaye

Ce premier chapitre présente le pays ainsi que le contexte de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV, 2005). Ses objectifs et sa méthodologie y sont également abordés.

1.1 PRÉSENTATION DU PAYS

1.1.1 Géographie

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est limité au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions sénégalaises de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'océan atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat ; l'altitude dépasse rarement 100 mètres et le point culminant, le mont Assiriki situé au sud-est du pays, a une hauteur de 381 mètres.

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'Est en Ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays.

Au niveau administratif, le territoire compte 11 régions administratives, la dernière née étant celle de Matam (créée en 2002). Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 34). On dénombre 66 communes (assimilées au milieu urbain), 94 arrondissements et 320 communautés rurales.

1.1.2 Économie

Le Sénégal est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il est classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et éligible à l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le phénomène de la pauvreté est apparu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages malgré un taux de croissance économique qui tournait autour de 4,3 % dans la période 1995-2003. Cette croissance était essentiellement générée par le secteur tertiaire (51,1 %), le secteur secondaire (20,2 %) et le secteur primaire (17,1 %).

Bien que le niveau de vie des Sénégalais se soit amélioré entre 1994 (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. En effet, les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données de l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM I, 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirment la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49 % des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002 contre plus de 61 % en 1994/1995. Toutefois, la contribution des ménages ruraux à la pauvreté (c'est-à-dire le poids des ménages ruraux pauvres par rapport à l'ensemble des ménages pauvres) a augmenté, passant de moins de 62 % à 65 %. Les performances enregistrées sur le plan macroéconomique au cours des dernières années (avec un taux de croissance de 6,3 % en 2004) n'ont pas été suffisantes pour créer les conditions d'un développement durable soutenu.

1.1.3 Population

Le Sénégal a réalisé trois recensements (RGP de 1976, RGPH de 1988 et RGPH de 2002) et plusieurs enquêtes d'envergure nationale : Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, et trois Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992/1993 et 1997). Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates.

Estimée à 6 896 000 habitants en 1988, la population est passée à 8,6 millions en 1996, puis à 10 564 300 en 2004. La densité moyenne est de 43 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 11 régions administratives du pays. La région la moins étendue, celle de Dakar, occupe 0,3 % de la superficie du territoire national et abrite près de 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % seulement de la population.

La croissance démographique demeure encore élevée (2,4 %). Le rythme d'accroissement rapide de la population est principalement dû à la forte fécondité (ISF de 6,7 en 1997) malgré une mortalité en baisse sensible mais toujours élevée. La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 50 % ont moins de 20 ans.

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %) ; Ziguinchor suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 %. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartient à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Poular (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 % de musulmans). On y trouve aussi des chrétiens (4 %). L'animisme et les autres religions représentent 2 % de la population.

1.1.4 Politique en matière de santé et situation sanitaire

La nouvelle constitution de Janvier 2001, en son article 17, a réaffirmé et renforcé la responsabilité de l'Etat et des Collectivités locales pour l'accès à la santé et au bien-être des populations. Le décret de novembre 2002 relatif aux attributions du Ministère chargé de la Santé met un accent particulier sur le développement des actions de prévention. Les activités de santé sont toujours orientées vers la réalisation des objectifs prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1998-2007), notamment la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis.

Le budget du Ministère de la santé qui représente 6 % du budget de l'Etat est en hausse régulière depuis 1990 avec une augmentation de 0,5 point par an en vue d'atteindre la recommandation de l'OMS selon laquelle 9 % du budget national doit être allouée à la santé. Les dépenses publiques de santé représentent 2,6 % du PIB, soit 12 dollars US par an et par habitant (rapport PNUD 2000). Le système public de santé est financé par quatre différentes sources : le budget de l'Etat, les collectivités locales, la contribution financière directe des utilisateurs (comités de santé) et l'aide extérieure.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont encore à un niveau très élevé. Sur 1000 naissances vivantes, 143 meurent avant l'âge de cinq ans. La mortalité maternelle est toujours estimée à 510 pour 100 000 naissances vivantes. Le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 40 % des cas notifiés en 2001 dans les formations sanitaires en particulier chez les femmes enceintes et les

enfants de 0 à 5 ans. L'infection VIH/sida a progressé malgré sa faible prévalence. Le niveau de prévalence au sein de la population générale adulte de 15 à 49 ans (considérée comme sexuellement active) est estimé à 1 % malgré la forte prévalence dans les groupes à risques (5 à 25 %). La situation vaccinale qui a connu un regain d'activités à partir de 2001 est marquée par une amélioration des taux de couverture dans certaines régions, notamment les régions de Tambacounda, Kaolack et Kolda. Pour les consultations prénatales, on note que pour 82 % des naissances, les mères ont bénéficié de la première visite ; dans 64 % des cas, elles ont eu au moins trois consultations prénatales (Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé, 1999). Environ 50 % des accouchements ont lieu dans un établissement sanitaire. En 2001, le Sénégal comptait, en moyenne, un hôpital pour 444 400 habitants. Cette couverture n'a pas évolué de manière significative au cours des dernières années malgré l'accroissement de la population. Il existe au moins un centre de santé dans chaque département du Sénégal.

1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Démographique et de Santé du Sénégal de 2005 (EDS-IV) est la quatrième du genre après celles de 1986, 1992/93 et 1997. L'EDS-IV a été réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) avec l'assistance technique de Macro International, l'organisme américain en charge du programme international des EDS (Demographic and Health Surveys-DHS). Le Laboratoire Bactériologie Virologie du CHU Le Dantec de Dakar a apporté son appui dans la mise en oeuvre du volet portant sur le test du VIH (formation des agents, prélèvements et analyses des échantillons de sang).

Pour la mise en œuvre de l'enquête, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal, commanditaire de la recherche, a mis en place un comité de pilotage chargé de suivre et d'appuyer l'équipe technique de l'EDS-IV. Le Gouvernement du Sénégal a bénéficié de l'appui financier de la Banque Mondiale, de l'USAID, de l'UNICEF et de l'UNFPA.

1.2.1 Objectifs

L'EDS-IV a été effectuée auprès d'un échantillon de femmes en âge de procréation de 15 à 49 ans et d'hommes de 15 à 59 ans. Elle a pour objectifs de :

- recueillir des données au niveau régional qui permettront de calculer les taux démographiques, et en particulier les taux de fécondité, de mortalité générale et infantile ;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité ;
- mesurer les taux de connaissance et de pratique en matière de contraception par méthode selon la région ;
- évaluer les besoins non satisfaits en matière de contraception ;
- recueillir des informations sur la connaissance et les comportements en matière d'IST/VIH/sida ;
- recueillir des informations sur la pratique de l'excision ;
- recueillir des informations sur la santé familiale : vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies d'enfants de moins de cinq ans, consultations prénatales,

assistance pendant l'accouchement, allaitement maternel et consultations post-natales, prévention du paludisme ;

- collecter des informations sur la mortalité maternelle au niveau national ;
- recueillir des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des services communautaires ;
- collecter des informations sur la nutrition (anthropométrie, alimentation), et l'anémie (test du sang) ;
- recueillir des informations sur la prévalence du VIH dans la population générale à partir des prélèvements de sang séché.

1.2.2 Questionnaires

Les questionnaires préparés par le projet DHS+ sont les instruments de base de l'EDS-IV. Trois questionnaires ont été développés dans le cadre de cette enquête :

- un questionnaire ménage ;
- un questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ; et
- un questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

Les premiers changements ont été déjà apportés aux questionnaires de base à la lumière des expériences passées du Sénégal en matière d'enquête et des premiers besoins en informations exprimés par les partenaires.

En plus des sections habituelles, les questionnaires comprendront aussi les modules suivants :

- un module sur le paludisme (questionnaires ménage et femme) ;
- un module sur l'excision ;
- un module sur le VIH/sida de façon à obtenir les informations nécessaires au calcul des indicateurs de suivi évaluation adaptés aux besoins du CNLS conformément aux recommandations de l'ONUSIDA (questionnaires femme et homme) ;
- enfin, un module sur la mortalité maternelle.

Les contenus spécifiques de ces différents questionnaires sont les suivants :

Le questionnaire ménage

La page de couverture contient les informations relatives à l'identification du ménage, aux résultats de l'interview qui permettent de calculer le taux de couverture de l'enquête et aux contrôles de terrain et de bureau. Ce questionnaire a permis de collecter des informations sur les membres habituels du ménage et les visiteurs qui y ont passé la nuit précédant l'interview. Les informations recueillies portent sur le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la survie des parents, la déclaration des enfants à l'état civil, la prise en charge des jeunes enfants au niveau préscolaire et les cases des tout petits et le travail des enfants.

Par ailleurs, d'autres informations portant sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau de construction, disponibilité de l'électricité, possession de biens durables, etc.), la possession, l'utilisation et le traitement des moustiquaires, ainsi que l'utilisation du sel iodé dans la préparation des repas, ont été également collectées. Des questions relatives à l'accès à la propriété foncière et à la sécurité résidentielle ont également été posées dans la région de Dakar. Ces informations sont recueillies afin d'évaluer les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées.

En outre, le questionnaire ménage a permis d'identifier les hommes et les femmes éligibles pour l'interview individuelle.

De plus, dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes (soit un ménage sur trois), le questionnaire ménage permet de recueillir les résultats des mesures anthropométriques de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les enfants de moins de 5 ans des ménages enquêtés de façon à déterminer leur état nutritionnel (émaciation, insuffisance pondérale et retard de croissance pour les enfants, et Indice de Masse Corporelle pour les femmes).

Le questionnaire ménage a, enfin, servi à enregistrer certaines informations sur les tests du VIH et de l'hémoglobine (anémie) qui ont été inclus dans l'enquête. Les tests sont effectués dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes. À partir d'un prélèvement sanguin, on mesure par un test direct, le niveau d'hémoglobine de toutes les femmes de 15-49 ans, de tous les hommes de 15-59 ans et de tous les enfants de moins de 5 ans. Ce même prélèvement a servi pour le test du VIH/sida sur toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans. Il est important de noter que les tests du VIH/sida et de l'hémoglobine sont opérés sur les enquêtés qui acceptent de s'y soumettre volontairement, après lecture d'un consentement éclairé. Pour les mineurs de moins de 18 ans, le consentement est demandé aux parents ou personnes en charge des mineurs, avant de demander le consentement personnel du mineur.

Le questionnaire individuel femme

Il constitue l'élément central de l'EDS-IV. Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification du ménage, le résultat de l'interview qui permet de calculer le taux de couverture de l'enquête et les contrôles de terrain et de bureau ainsi que dix sections qui servent à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- **Caractéristiques sociodémographiques** : cette section porte sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion, l'ethnie et l'exposition aux médias.
- **Reproduction** : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.
- **Connaissance et utilisation de la contraception** : cette section permet de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des différentes méthodes contraceptives, ainsi que sur la source d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non utilisation d'une méthode. De plus, quelques questions sur la connaissance et l'utilisation de l'allaitement comme moyen de retarder une grossesse ont été posées aux femmes.

- Grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants : cette section porte sur les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête. Elle est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels. La deuxième partie porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) et la santé des enfants de moins de cinq ans, plus particulièrement sur la prévalence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée.
- Mariage et activité sexuelle : cette section porte sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, le type de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et l'âge aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- Préférences en matière de fécondité : cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et l'opinion concernant la taille de la famille. Elle donne également des informations sur les interruptions de grossesses.
- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme : les questions qui ont été posées permettent de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de celles-ci.
- IST et sida : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence des infections sexuellement transmissibles, sur les modes de transmission et les moyens de prévention du sida.
- Excision : on collecte ici des informations sur la fréquence de la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles aînées, ainsi que sur l'attitude vis-à-vis de cette pratique.
- Mortalité maternelle : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions supplémentaires sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.

Le questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme administré aux hommes de 15-59 ans est une forme allégée du questionnaire individuel femme. Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire femme et sept sections servant à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Fécondité ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Connaissance et opinions sur l'excision.

Les questionnaires définitifs ont été traduits dans les quatre principales langues nationales (Wolof, Sérér, Poular et Mandingue). Ces questionnaires traduits ont été utilisés pendant la formation théorique et pratique et sur le terrain.

1.2.3 Les manuels et autres documents techniques

En plus des questionnaires, d'autres documents techniques ont été élaborés. Il s'agit en particulier :

- du manuel des enquêteurs/enquêtrices ;
- du manuel des chefs d'équipe/contrôleuses ;
- des fiches d'affectation des enquêteurs/contrôleuses ;
- du manuel pour l'anthropométrie ;
- du manuel de cartographie et de dénombrement des ménages ;
- du manuel du test d'anémie et du test du VIH ;
- des fiches de contrôle et de gestion pour le test du VIH.

1.2.4 Échantillonnage

Pour atteindre les objectifs assignés à cette enquête, un échantillon national stratifié de 8 000 ménages a été tiré ; il était attendu d'enquêter environ 12 000 femmes de 15-49 ans et 3 400 hommes de 15-59 ans dans ces ménages. Des prélèvements de sang ont été effectués auprès d'un tiers de l'échantillon global, soit environ 2 600 ménages, auprès de 3 400 hommes et 4 000 femmes.

La procédure d'échantillonnage retenue pour l'EDS-IV est un tirage aréolaire stratifié à deux degrés. L'unité primaire de sondage, appelée aussi grappe, est le district de recensement (DR) ou une partie du DR lorsque ce dernier est de très grande taille. La partie urbaine et la partie rurale de chaque région correspondent chacune à une strate d'échantillonnage. Au total, 22 strates ont été créées. L'échantillon de premier degré a été tiré indépendamment dans chaque strate et l'échantillon de second degré l'a été indépendamment dans chaque unité primaire tirée au premier degré. Le plan de sondage détaillé est présenté en annexe.

Au premier degré de sondage, 377 grappes (158 grappes en milieu urbain et 219 grappes 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 la liste de ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Au second degré de sondage, 21 ménages ont été sélectionnés dans chaque grappe à partir de la liste des ménages dénombrés. Toutes les femmes de 15 à 49 ans, résidentes habituelles ou visiteuses, identifiées dans ces ménages ont été individuellement enquêtées.

Dans les ménages sélectionnés pour l'enquête des femmes, un ménage sur trois a été sélectionné pour l'enquête des hommes, c'est-à-dire 7 ménages dans chacune des grappes. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans dans les ménages sélectionnés pour l'enquête homme ont été interrogés. Les tests d'anémie et de VIH avec prélèvement de sang ainsi que les mesures anthropométriques ont été effectués dans ce même sous échantillon.

Au cours de l'EDS-IV, 7 412 ménages, 14 602 femmes âgées de 15-49 ans et 3 761 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès. Les taux de couverture détaillés sont indiqués dans le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle			
Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005			
Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
FEMMES			
Enquête ménages			
Ménages sélectionnés	3 320	4 539	7 859
Ménages identifiés	3 205	4 323	7 528
Ménages enquêtés	3 115	4 297	7 412
Taux de réponse des ménages	97,2	99,4	98,5
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	6 748	8 839	15 587
Effectif de femmes éligibles enquêtées	6 312	8 290	14 602
Taux de réponse des femmes éligibles	93,5	93,8	93,7
HOMMES			
Enquête ménages			
Ménages sélectionnés	1 105	1 509	2 614
Ménages identifiés	1 058	1 441	2 499
Ménages enquêtés	1 021	1 432	2 453
Taux de réponse des ménages	96,5	99,4	98,2
Enquête individuelle homme			
Effectif d'hommes éligibles	2 160	2 215	4 375
Effectif d'hommes éligibles enquêtées	1 847	1 914	3 761
Taux de réponse des hommes éligibles	85,5	86,4	86,0

1.2.5 Activités de l'EDS-IV

L'EDS-IV s'est déroulée en trois étapes principales : le dénombrement des ménages des zones échantillonnées (septembre 2004), l'enquête pilote (novembre 2004) et l'enquête principale (février à juin 2005). Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées par les chercheurs du CRDH et des chercheurs extérieurs.

Cartographie et dénombrement

Sur environ 150 dossiers d'agents cartographes, 25 ont été présélectionnés après un test d'évaluation, pour suivre une formation étalée sur la période du 16 au 18 septembre 2004. La formation en salle a consisté en des exposés théoriques sur la définition des concepts de base, sur la procédure et la méthodologie de cartographie ainsi que sur le remplissage des supports techniques (fiches de cartographie et de dénombrement, fiche de segmentation et d'enregistrement des coordonnées géographiques avec un GPS). Des exercices pratiques de terrain et des évaluations continues étaient organisés pour apprécier le niveau de chaque agent. Sur la base des différentes évaluations organisées pendant la formation, 20 agents ont été définitivement retenus pour l'enquête.

Sur le plan technique, 5 équipes de 4 personnes ont été formées et le territoire national a été subdivisé en 6 zones géographiques qui épousent les spécificités régionales, linguistiques et en général culturelles de la population et dans lesquelles les grappes sont à peu près également réparties à l'exception de la zone de Dakar. Les 5 équipes ont cartographié et dénombré ensemble les grappes de la zone de Dakar et ensuite chacune d'elles a été affectée dans une zone.

Enquête pilote

Le pré-test a été exécuté par quatre équipes de 3 enquêtrices et un enquêteur préalablement sélectionnés et formés pendant 19 jours dans la période du 26 octobre au 19 novembre 2004. La formation a été assurée par les chercheurs du CRDH et des chercheurs extérieurs dont un nutritionniste. L'équipe du Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de l'Hôpital Le Dantec a assuré la formation sur le volet anémie/VIH. Le pré-test a également bénéficié de l'appui technique de ORC Macro.

La collecte des données sur le terrain du pré test s'est déroulée entre 21 et 25 novembre et a eu lieu dans le quartier de Guinaw Rail Sud du Département de Pikine et le village de Niaga Ouolof de la Communauté rurale de Sangalkam. À cette occasion 41 ménages ont été visités.

Le pré-test a été l'occasion d'apprécier la réaction des populations devant certaines questions en vue de prendre des mesures correctives, notamment dans la sensibilisation sur les objectifs de l'enquête et la formulation des questions.

L'évaluation du pré-test a porté sur divers points : l'organisation, la logistique, la conduite des mesures anthropométriques, le test anémie/VIH, la passation des questions (manière de poser les questions, surtout dans les langues locales), la réaction des enquêtés, l'enregistrement des réponses et l'appréciation de la qualité des supports.

Les questionnaires et les manuels d'instructions des enquêteurs ont été mis à jour à la lumière des leçons tirées de la pré-enquête.

Recrutement et formation des personnels de terrain

Sur un fichier d'environ 400 candidats ayant subi des tests de niveau, 96 personnes dont 25 hommes ont été retenus pour suivre la formation de l'enquête principale qui s'est déroulée entre le 23 décembre 2004 et le 28 janvier 2005 au Service National de l'Information et de l'Éducation pour la Santé. La formation a été assurée par l'équipe du CRDH et des personnes ressources extérieures. Le Laboratoire de Bactériologie Virologie de l'Hôpital Le Dantec a assuré la formation sur le volet sérologique tandis qu'un nutritionniste a formé les agents sur les techniques de mesures anthropométriques. Deux missions de Macro ont appuyé l'équipe locale dans la formation et le démarrage des travaux de terrain et de traitement des données.

Tous les agents de terrain ont reçu une formation de plus de quatre semaines. Le programme comprenait l'étude des sujets liés à la santé familiale et reproductive (morbidité, soins prénatals, accouchement, vaccinations et maladies d'enfants), la nutrition et une description détaillée des méthodes contraceptives, ainsi que les techniques de l'interview. En outre, une partie des agents de terrain ont été formés pour réaliser le test d'anémie ainsi que les prélèvements de sang pour le test du VIH.

Une formation spéciale a été organisée pour les personnes qui étaient en charge du test d'anémie et de celui du VIH. Cette formation a été organisée de façon à ce que les tests puissent être inclus aux exercices pratiques sur le terrain. Dans cette formation, on a insisté sur les procédures à employer pour obtenir des enquêtés leur consentement éclairé et volontaire, sur les techniques à utiliser pour effectuer les prélèvements, sur l'utilisation de l'HemoCue (appareil de mesure du taux d'hémoglobine) pour l'anémie ;

en outre, cette formation a porté sur les procédures pour référer les participants ayant besoin d'un suivi pour l'anémie et pour référer les personnes pour des conseils et un test VIH gratuits (CTV) ainsi que sur les procédures pour manipuler et stocker les prélèvements sur papier filtre jusqu'à leur transport au laboratoire et les procédures pour éliminer les produits bio dangereux. Tout le personnel du bureau central de l'EDS-IV et celui du Laboratoire qui ont été impliqués dans les activités de test du VIH, ainsi que le personnel de terrain ont participé à cet aspect de la formation. Le personnel du Laboratoire a été également formé sur la façon d'enregistrer les résultats des tests et sur la façon de restituer les résultats quand toutes les activités d'enquête seront achevées.

Une demi-journée de formation a été consacrée à l'information de tous les personnels de l'EDS-IV (qu'ils soient impliqués ou non dans le test du VIH) sur l'épidémie de sida et les moyens de prévention ainsi que sur les raisons pour lesquelles le test du VIH est inclus dans l'enquête. Les questions de stigmatisation, de conceptions erronées et les questions de confidentialité ont été abordées au cours de cette formation.

À l'issue de la formation, 75 personnes (45 enquêtrices, 15 contrôleuses et 15 chefs d'équipe) ont été définitivement retenues pour participer à l'enquête. Les superviseurs, chefs d'équipe et contrôleuses ont reçu par la suite une formation complémentaire de trois jours axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique ainsi que le contact avec les autorités et les populations.

Préparation de la collecte des données sur le terrain

Organisation des personnels

Quinze équipes ont été constituées pour le travail de terrain ; chaque équipe était composée de 3 enquêtrices chargées des enquêtes femmes, une contrôlease pour les tests de l'anémie et du VIH et un chef d'équipe pour les enquêtes hommes et l'anthropométrie. La contrôlease était chargée en outre de contrôler la qualité des données et d'appuyer le Chef d'équipe dans la gestion logistique et technique de l'équipe. Le chef d'équipe était responsable des performances de ses équipes ; il gérait les ressources de l'équipe et prenait les contacts nécessaires auprès des autorités et des populations.

Chaque groupe était dirigé par un superviseur ayant une grande expérience en matière d'enquête dans des positions similaires. Le superviseur était le représentant permanent du CRDH sur le terrain. Il avait la charge de faire face à toutes les questions (techniques, logistiques et administratives) de ses équipes. En particulier, il passait successivement avec chaque équipe le temps nécessaire pour s'assurer que le travail se déroulait dans les meilleures conditions. En outre, à chaque fois que cela était nécessaire, il devançait les équipes dans les grappes pour préparer les autorités et les populations à les recevoir. Des transferts d'équipes d'une zone à une autre pouvaient être opérés à tout moment compte tenu de l'avancement du travail.

Sensibilisation et information

Les méthodes traditionnelles d'information et de sensibilisation ont été mises en œuvre pour atteindre les autorités et les populations : lettres circulaires aux autorités régionales et élus locaux. Auparavant, les agents de terrain qui ont effectué le dénombrement des ménages et la cartographie avaient déjà profité de leur présence sur le terrain pour entamer cette activité. Des visites ont été effectuées dès décembre 2004 par des membres de l'encadrement pour prendre contact avec les autorités administratives et certaines personnes relais. Des présentations de l'enquête ont été faites aux autorités régionales et départementales à l'occasion de ces visites qui ont quelques fois coïncidé avec des réunions des Comités Locaux de Développement (CLD). Une brève note de présentation de la méthodologie et des objectifs de l'enquête était également distribuée.

Les médias ont également été mobilisés. À cet égard, une conférence de presse présidée par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a été organisée le 31 janvier 2005 à la veille du démarrage de la collecte des données. La Radio Télévision nationale, les Radios privées et la presse écrite ont largement fait écho de cette rencontre. Une équipe de reportage a également suivi les équipes sur le terrain pour prendre des images des différentes séquences de l'enquête et interviewer des ménages, des partenaires au développement, des utilisateurs et des autorités et responsables administratifs et locaux. Ces différents éléments ont permis de faire plusieurs reportages à la télévision nationale pour informer et sensibiliser les populations.

Un dossier administratif comprenant l'ensemble des correspondances adressées par Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale aux autorités régionales et élus locaux, une carte professionnelle et un ordre de mission a été constitué pour chaque agent.

Collecte des données sur le terrain

La collecte des données sur le terrain s'est effectuée entre le 1er février et le 10 juin 2005. Pour permettre aux équipes de bénéficier d'une supervision rapprochée des membres de l'encadrement pendant l'étape cruciale du démarrage de la collecte, il a été décidé de faire travailler toutes les équipes en même temps à Dakar. Cette approche a permis en outre d'alimenter plus facilement et plus rapidement les opératrices de saisie en questionnaires remplis.

Conformément à la méthodologie de l'enquête, les prélèvements de sang pour les tests d'anémie et du VIH étaient menés en même temps que les interviews auprès des ménages. Les résultats des tests d'anémie étaient immédiatement communiqués aux intéressés par les personnels d'enquête. Les échantillons de sang étaient récupérés à l'occasion des missions de supervision et transmis au Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de l'Hôpital Le Dantec.

Après l'administration des questionnaires dans un ménage, des dépliants d'information sur l'anémie et la nutrition (fournis par Macro international) et sur la santé de l'enfant (BASICS-II) ont été distribués au ménage.

Une première évaluation des travaux de terrain, doublée d'une séance de consolidation de la formation a eu lieu après une semaine de travail dans la région de Dakar. Les équipes ont été par la suite affectées dans les différentes régions de l'intérieur du pays.

Le personnel technique de l'enquête, y compris les personnels spécialisés (anémie/VIH et anthropométrie) suivaient les équipes sur le terrain pour s'assurer du bon déroulement des travaux. En particulier, ils observaient la manière des enquêteurs de s'introduire dans les ménages, de présenter l'enquête, d'administrer les questionnaires y compris le consentement volontaire et éclairé et ils vérifiaient les questionnaires remplis. Les membres du Comité National d'Éthique ainsi que des partenaires au développement ont été associés à ces visites de terrain.

1.2.6 Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été effectués en utilisant le logiciel CS Pro (Census and Survey Processing System) développé par le programme MEASURE DHS+ de Macro et le Bureau of Census des Etats Unis.

Macro a envoyé un informaticien pour la formation et le démarrage des travaux de saisie en collaboration avec l'informaticien responsable du traitement des données du CRDH et son assistant. L'informaticien de Macro a également procédé à l'installation des programmes informatiques nécessaires

pour la saisie des résultats d'analyse au LBV. La chaîne de traitement des informations sur les échantillons de sang a été testée avec succès.

Vingt opératrices de saisie ont été présélectionnées pour les travaux de saisie. Ces vingt personnes ont été soumises à un test de sélection (31 janvier 2005) à l'issue duquel 14 ont été retenues. Elles ont subi une formation de mise à niveau de trois jours (3, 4 et 5 février 2005) pour se familiariser avec les questionnaires de l'EDS-IV. Les travaux de saisie proprement dits ont démarré le 9 février 2005, soit une semaine après le démarrage de l'enquête sur le terrain.

Quatre agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Près de 60 % des questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, dans certains cas, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par une équipe d'informaticiens de Macro en collaboration avec l'équipe technique de l'enquête.

Aliou Gaye

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages (structure par âge et sexe, taux de fréquentation scolaire, niveau d'instruction scolaire) et sur les caractéristiques des logements ainsi que sur les biens durables possédés par les ménages. L'objectif de ce chapitre est de présenter un profil des ménages et certaines caractéristiques de l'environnement socioéconomique immédiat des hommes, des femmes et des enfants ciblés par l'enquête. Une telle description est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socioéconomiques et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population.

2.1 STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION

Dans les 7 412 ménages enquêtés avec succès (taux de réponse de 99 %), 63 494 personnes résidentes de fait ont été dénombrées, c'est-à-dire que ces personnes ont passé la nuit ayant précédé l'enquête dans le ménage sélectionné même si celui-ci n'est pas leur résidence habituelle. En premier lieu, on peut constater au tableau 2.1 un déséquilibre de la structure par sexe. En effet, le rapport de masculinité qui est de 90 hommes pour 100 femmes indique une sous représentation des hommes par rapport aux femmes. Ce rapport de masculinité qui était de 91 hommes pour 100 femmes à l'EDS de 1992-1993 est passé à 89 à l'EDS-III de 1997 et à 90 à l'enquête actuelle. Cette sous représentation des hommes par rapport aux femmes est sans nul doute la résultante de phénomènes migratoires qui touche essentiellement les hommes.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe et résidence

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Ensemble		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5 ans	14,7	12,6	13,6	20,6	17,4	18,9	17,9	15,3	16,5
5-9	12,2	11,7	11,9	18,5	15,7	17,0	15,6	14,0	14,8
10-14	12,5	12,4	12,4	15,1	12,9	14,0	13,9	12,7	13,3
15-19	12,5	12,4	12,5	9,9	10,0	10,0	11,1	11,1	11,1
20-24	10,1	10,4	10,3	5,9	7,9	7,0	7,8	9,0	8,4
25-29	8,3	8,2	8,2	4,7	6,7	5,8	6,3	7,3	6,9
30-34	6,7	6,9	6,8	4,1	5,5	4,8	5,3	6,1	5,7
35-39	5,2	5,8	5,5	3,4	4,5	4,0	4,2	5,1	4,7
40-44	4,2	4,2	4,2	3,0	3,6	3,3	3,6	3,9	3,7
45-49	3,9	3,6	3,7	3,0	2,8	2,9	3,4	3,2	3,3
50-54	2,8	3,4	3,1	2,6	3,9	3,3	2,7	3,7	3,2
55-59	1,8	2,4	2,1	1,8	2,5	2,2	1,8	2,5	2,2
60-64	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
65-69	0,9	1,4	1,2	1,6	1,6	1,6	1,3	1,5	1,4
70-74	1,0	1,2	1,1	1,6	1,5	1,6	1,3	1,4	1,4
75-79	0,8	0,7	0,7	1,1	0,7	0,9	0,9	0,7	0,8
80 +	0,5	0,7	0,6	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7
NSP/ND	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	13 483	14 474	27 957	16 507	19 028	35 538	29 990	33 502	63 494

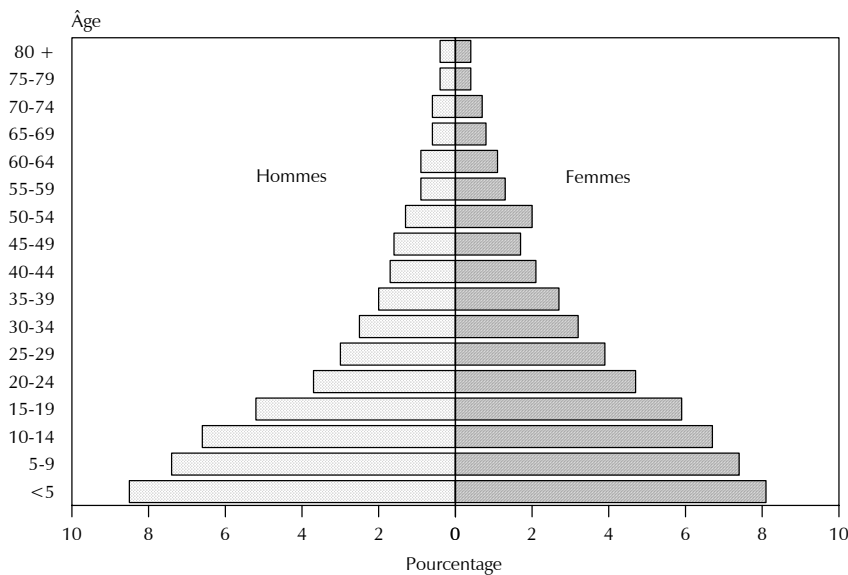
Note : Le total inclut les personnes dont le sexe n'a pas été établi

En outre, on remarque que le déficit d'hommes est plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain : rapport de masculinité 87 hommes pour 100 femmes en rural contre 93 en urbain. Cette situation est surtout induite par un exode rural accru, suite aux cycles de sécheresse qu'a connu le pays au cours des dernières décennies. À l'EDS-III de 1997, ce rapport de masculinité était de 88 hommes pour 100 femmes pour le milieu rural contre 91 en urbain.

En outre, l'examen de la structure par âge révèle que la population sénégalaise est jeune : 45 % ont moins de 15 ans et seulement 4 % ont plus de 65 ans. Ces résultats sont concordants avec ceux observés lors des EDS précédentes et au cours de différentes enquêtes réalisées dans les dix dernières années. L'allure de la pyramide des âges (graphique 2.1) qui présente une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés rend compte de la jeunesse de cette population. Cette forme de la pyramide des âges est également caractéristique des populations à forte fécondité et à mortalité élevée. Toutefois, il faut noter que l'on assiste de plus en plus à un vieillissement de la population qui se traduit par une diminution progressive du poids des moins de 15 ans, au cours des dix dernières années : 48 % dans l'EDS de 1997 contre 45 % dans celle 2005. La diminution de la proportion des moins de 15 ans est plus prononcée en milieu urbain (-17,4 points) qu'en milieu rural (-0,9 point), au cours de la période.

Par ailleurs, la structure par âge présente peu d'irrégularités au niveau de chaque sexe mis à part le déficit en hommes souligné précédemment. Néanmoins, pour la population féminine, on observe un gonflement des effectifs à 50-54 ans, au détriment du groupe d'âge 45-49 ans. Cela est certainement dû à un transfert d'effectifs du groupe 45-49 ans vers le groupe 50-54 ans.

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



EDS IV 2005

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

2.2.1 Sexe du chef de ménage

Les résultats du tableau 2.2 révèlent que dans l'ensemble, au Sénégal, l'essentiel des ménages sont dirigés par des hommes. En effet, dans 77 % des cas, les ménages ont, à leur tête, un homme ; néanmoins dans près d'un ménage sur quatre (23 %) le chef de ménage est une femme. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : 29 % contre 17 %. Au cours de la période 1992-2005, on note une augmentation progressive, tant au niveau national que dans chaque milieu de résidence de la proportion de ménages ayant à leur tête une femme. Au niveau national, on constate qu'entre 1997 et 2005, cette proportion est passée de 18 % à 23 %, soit une augmentation de 28 % et, entre 1992-1993 et 1997, elle était passée de 16 % à 18 %, soit une augmentation de 13 %, moins importante qu'entre les deux enquêtes précédentes. Selon le milieu de résidence, on note, en urbain comme en rural, une augmentation importante de la proportion de ménages dirigés par une femme. En milieu urbain, la proportion est passée de 23 % en 1992-1993 à 26 % en 1997 et à 29 % en 2005 soit une augmentation de 26 % entre la première enquête et la troisième enquête. Cet écart peut être le résultat de l'augmentation de la proportion de femmes vivant seules avec leurs enfants, suite à un divorce ou un veuvage. En milieu rural, on note également que l'augmentation a été importante, la proportion étant passée de 11 % en 1992-93 à 13 % en 1997 et à 17 % en 2005. Cette augmentation importante de la proportion de ménages dirigés par une femme en milieu rural s'explique sûrement, en grande partie, par le phénomène d'émigration masculine qui touche les zones rurales ; de plus ce résultat est cohérent avec le rapport de masculinité qui est de 87 hommes pour 100 femmes en milieu rural. Toutefois, il ne faut pas oublier que cette constatation peut être fortement influencée par la définition du ménage qui se réfère au statut de résidence. Par exemple, un homme polygame est recensé comme étant chef de ménage seulement chez sa première épouse, alors que les autres épouses sont considérées comme chef de ménage dans le cas de résidence séparées, même si le mari dort chez elle de façon tournante. En outre, dans le cas des locataires, le chef de ménage est celui qui est reconnu comme tel sans considération de relation de dépendance.

2.2.2 Taille des ménages

Le tableau 2.2 présente également la taille moyenne des ménages. On remarque que les ménages sénégalais sont de grande taille : un ménage compte, en moyenne, 8,7 personnes. À l'EDS-III de 1997, cette moyenne était de 9 personnes. La dispersion autour de la moyenne est assez importante puisque 43 % des ménages compte 9 personnes ou plus. Les ménages ruraux sont composés, en moyenne, de plus

Tableau 2.2 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef du ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Sexe du chef de ménage			
Masculin	70,6	82,8	76,9
Féminin	29,4	17,2	23,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif des résidents habituels			
0	0,2	0,0	0,1
1	11,3	2,1	6,6
2	6,2	2,1	4,1
3	7,3	4,1	5,6
4	7,6	6,0	6,7
5	7,7	8,5	8,1
6	8,5	9,7	9,1
7	7,8	9,8	8,8
8	6,2	9,8	8,0
9+	37,2	48,0	42,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	3 590	3 822	7 412
Taille moyenne	7,8	9,5	8,7

Note. : Les calculs ne prennent en compte que les membres qui résident habituellement dans les ménages (population de jure ou de droit).

de personnes que ceux du milieu urbain : respectivement 9,5 et 7,8 personnes en moyenne. Entre 1997 et 2005, on note une diminution de la taille moyenne des ménages en milieu urbain (8,2 contre 7,8 personnes) alors qu'en milieu rural cet indice est demeuré stable au cours de cette période. Il convient de noter que les ménages de taille supérieure ou égale à 5 personnes sont plus fréquents en milieu rural ; tandis que la tendance inverse se dégage pour les ménages de taille réduite (inférieure ou égale à 4 personnes).

2.3 CONDITION DE VIE DES ENFANTS ET DES ORPHELINS

Le tableau 2.3 présente les proportions d'enfants âgés de moins de 15 ans selon la résidence des parents et l'état de survie de leurs parents biologiques selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Ces résultats montrent qu'un peu plus d'un enfant de moins de 15 ans sur deux (58 %) vit avec ses deux parents biologiques. Cette situation semble être négativement corrélée avec l'âge de l'enfant. En effet, plus l'enfant avance en âge, plus la proportion vivant avec les deux parents diminue : passant ainsi de 67 % chez les moins de 2 ans à 52 % parmi les 10-14 ans. Dans 24 % des cas, les enfants de moins de 15 ans vivent seulement avec leur mère biologique, que le père soit en vie ou non et, dans 3 % des cas, les enfants vivent seulement avec leur père biologique, que la mère soit en vie ou non.

Tableau 2.3 Enfants orphelins et résidence des parents avec les enfants

Répartition (en %) de la population d'enfants (de droit) de moins de 15 ans par état de survie des parents et par résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Vivant avec ses deux parents	Vivant avec la mère seulement		Vivant avec le père seulement		Ne vit avec aucun des parents					Effectif d'enfants derniers nés	
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux en vie	Père seulement en vie	Mère seulement en vie	Les deux parents décédés	Manque d'information sur le père/mère		
												Total
Groupe d'âges												
<2	66,9	29,3	1,8	0,4	0,1	0,6	0,2	0,0	0,1	0,8	100,0	4 514
2-4	61,9	24,2	2,2	1,7	0,4	7,3	0,5	0,4	0,3	1,1	100,0	6 036
5-9	57,3	18,4	3,5	3,1	1,0	12,9	0,9	1,2	0,6	1,2	100,0	9 415
10-14	51,5	14,0	6,2	3,5	1,6	14,6	1,2	2,1	1,6	3,7	100,0	8 494
Sexe												
Masculin	59,2	19,2	3,9	3,0	0,9	9,5	0,7	1,2	0,7	1,7	100,0	14 319
Féminin	56,9	20,9	3,6	1,9	0,9	11,0	0,9	1,0	0,8	2,0	100,0	14 140
Milieu de résidence												
Urbain	54,8	22,2	4,5	2,6	0,8	9,8	0,8	0,8	0,9	2,7	100,0	10 554
Rural	60,0	18,8	3,3	2,4	1,0	10,5	0,8	1,3	0,6	1,4	100,0	17 905
Région												
Dakar	58,0	19,2	5,2	2,6	1,1	7,3	0,5	0,6	1,3	4,1	100,0	5 131
Diourbel	49,3	29,1	4,3	1,8	0,5	10,9	1,1	1,0	0,4	1,7	100,0	3 191
Fatick	59,0	16,9	3,8	2,4	0,8	12,1	0,8	1,5	0,8	1,8	100,0	1 791
Kaolack	65,8	13,4	3,7	1,7	0,7	9,7	0,8	1,3	1,5	1,5	100,0	3 648
Kolda	65,0	11,4	3,5	3,8	1,0	11,0	1,1	1,5	0,9	1,1	100,0	2 559
Louga	56,0	28,0	2,8	1,0	0,4	9,8	0,6	0,9	0,2	0,4	100,0	1 969
Matam	51,0	27,0	3,1	3,5	1,3	10,1	0,5	1,3	0,4	1,9	100,0	1 177
Saint-Louis	57,2	20,7	2,6	3,4	1,7	11,0	0,6	1,0	0,1	1,7	100,0	1 941
Tambacounda	68,5	14,8	4,1	1,7	1,6	5,6	0,6	0,9	0,4	1,9	100,0	2 016
Thiès	54,8	23,7	3,2	2,0	0,6	12,3	0,8	1,4	0,4	0,7	100,0	3 923
Ziguinchor	46,3	18,5	2,8	6,2	0,6	20,6	1,3	1,2	0,4	1,9	100,0	1 113
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	67,6	13,2	3,2	2,2	0,9	8,9	0,7	1,3	0,8	1,2	100,0	6 510
Second	60,4	18,1	3,3	2,6	1,0	10,5	0,8	1,1	0,7	1,4	100,0	6 377
Moyen	53,4	22,3	4,3	2,6	0,9	12,6	0,8	1,2	0,4	1,5	100,0	5 880
Quatrième	55,3	22,8	5,2	2,3	0,7	8,7	0,7	0,7	0,9	2,6	100,0	5 217
Le plus riche	50,2	26,6	2,9	2,7	1,0	10,6	0,8	1,1	0,9	3,1	100,0	4 476
Ensemble	58,1	20,0	3,8	2,5	0,9	10,3	0,8	1,1	0,7	1,9	100,0	28 459

Ces résultats révèlent également qu'au Sénégal une proportion importante d'enfants de moins de 15 ans (15 %) ne vit avec aucun des deux parents biologiques. On remarque que cette proportion augmente rapidement avec l'âge de l'enfant : passant de 2 % chez les moins de 2 ans à 23 % pour les enfants de 10-14 ans. Ces fortes proportions d'enfants vivant sans leurs parents peuvent s'expliquer par la scolarisation. En effet, étant donné l'insuffisance des écoles de second cycle, il est fréquent que les enfants admis en 6e aillent poursuivre leurs études dans des écoles éloignées de leur domicile familial et soient ainsi confiés à d'autres parents ou amis de la famille.

En outre, les résultats font apparaître que la proportion d'orphelins de moins de 15 ans vivant seulement avec leur mère biologique est plus élevée que celle des enfants qui vivent seulement avec leur père biologique, quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée.

Selon le milieu de résidence, on observe que la proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques est plus importante en milieu rural (60 %) qu'en milieu urbain (55 %). Il faut noter en fonction des régions que c'est dans que les régions de Tambacounda (69 %), Kaolack (66 %) et Kolda (65 %) que l'on observe les proportions les plus élevées d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents. Le niveau le plus faible est observé à Ziguinchor (46,3 %). Quelle que soit la région considérée, on constate que les proportions d'enfants vivant seulement avec leur mère (variant d'un maximum de 31 % dans Louga à 15 % dans Kolda) sont plus élevées que celles des enfants vivant seulement avec leur père ou vivant sans aucun des deux parents.

En outre, les résultats du tableau 2.3 semblent mettre en évidence une association négative entre le niveau de bien-être des parents et la proportion d'enfants vivant avec les deux parents biologiques. En effet, la proportion d'enfants vivant avec les deux parents diminue au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage s'améliore, passant ainsi de 68 % chez ceux du quintile le plus pauvre à 50 % chez ceux du quintile le plus riche. Par contre, la proportion d'enfants vivant seulement avec leur mère biologique, que le père soit en vie ou non, est positivement associée au niveau de bien-être du ménage : elle varie de 16 % chez les plus pauvres à 30 % chez les plus riches. Cependant, en ce qui concerne les proportions d'enfants vivant seulement avec leur père biologique, on ne constate pas de variation significative avec le niveau de bien-être du ménage.

2.4 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Au cours de l'enquête ménage, des informations relatives au niveau d'instruction atteint et à la dernière classe achevée à ce niveau ont été collectées pour toutes les personnes âgées de 6 ans et plus recensées dans le ménage. L'instruction de la population et surtout celle des femmes est un élément important pour l'amélioration des conditions de vie des ménages. Entre autres, le niveau d'instruction des membres du ménage influe sur le comportement procréateur, le recours à la contraception moderne, le comportement en matière de santé, la scolarisation des autres membres du ménage, ainsi que sur les habitudes en matière d'hygiène et de nutrition.

Malgré les efforts importants consentis par le gouvernement en matière d'éducation, le niveau d'instruction de la population de 6 ans et plus demeure encore faible, surtout chez les femmes. Dans l'ensemble, un homme sur deux (49 %) et près de six femmes sur dix (60 %) n'ont aucune instruction (tableaux 2.4.1 et 2.4.2). On note également que quel que soit le niveau atteint, les hommes sont plus scolarisés que les femmes. Par ailleurs, les proportions d'hommes et de femmes ayant terminé un cycle est très faible : seulement 4 % des hommes et moins de 3 % des femmes ont achevé le niveau primaire, tandis que 31 % des hommes et 28 % des femmes n'ont pas achevé ce cycle. Seulement 3,4 % des hommes et 1,4 % des femmes ont déclaré avoir achevé le cycle secondaire ou atteint le niveau supérieur ; alors que la proportion de ceux qui ont déclaré n'avoir pas terminé le cycle secondaire est de 11 % chez les hommes et 8 % chez les femmes.

L'examen des résultats selon l'âge met en évidence une nette amélioration du niveau de scolarisation des générations anciennes aux plus récentes. En effet, la proportion des hommes sans niveau d'instruction est passée de 89 % chez ceux âgés de 65 ans et plus à 34 % chez ceux de 10-14 ans. Le pourcentage plus élevé de non instruits chez les garçons de 6-9 ans (52 % contre 34 % chez ceux de 10-14 ans) s'expliquerait par le fait que certains des garçons de 6-9 ans n'ont pas encore intégré le système scolaire. Chez les femmes, les progrès ont été plus rapides au cours de la période récente. En effet, la proportion de celles sans niveau d'instruction est passée de 96 % parmi celles de 65 ans et plus à 36 % à 10-14 ans et à 49 % chez celles de 15-19 ans, soit à un niveau inférieur à celui des garçons du même âge (38 %).

Tableau 2.4.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) des hommes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet ¹	Secondaire incomplet	Secondaire complet ²	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif
Groupe d'âges									
6-9	51,8	47,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,1	100,0	3 722
10-14	33,9	59,1	3,0	3,3	0,0	0,0	0,7	100,0	4 180
15-19	37,8	32,0	5,3	23,5	0,5	0,2	0,7	100,0	3 319
20-24	43,2	24,1	3,5	21,0	4,7	2,5	1,0	100,0	2 339
25-29	42,7	25,4	6,2	15,9	3,2	5,0	1,7	100,0	1 897
30-34	50,0	15,8	8,0	17,4	1,9	4,9	1,9	100,0	1 581
35-39	54,7	15,7	5,4	14,1	2,7	5,5	1,9	100,0	1 260
40-44	60,1	13,6	3,3	13,5	2,0	4,8	2,8	100,0	1 066
45-49	60,6	12,3	6,7	11,4	2,2	4,6	2,2	100,0	1 017
50-54	61,7	11,9	2,3	15,5	1,4	5,2	1,9	100,0	802
55-59	71,9	6,2	3,7	10,2	0,2	4,0	3,9	100,0	544
60-64	77,1	7,3	3,6	5,4	0,8	2,1	3,8	100,0	596
65+	88,6	3,9	2,5	2,7	0,2	0,6	1,4	100,0	1 302
NSP/Manquant	56,4	4,9	0,0	0,0	3,4	0,0	35,3	100,0	17
Milieu de résidence									
Urbain	31,3	34,4	6,3	19,5	2,6	4,0	1,9	100,0	11 152
Rural	65,4	27,5	1,5	4,0	0,2	0,4	1,0	100,0	12 492
Région									
Dakar	27,9	32,1	8,5	21,0	2,8	5,4	2,3	100,0	6 022
Diourbel	75,1	17,6	0,8	4,0	0,5	0,6	1,3	100,0	2 160
Fatick	54,3	33,6	1,6	8,1	0,5	0,9	1,0	100,0	1 370
Kaolack	63,1	24,2	1,5	8,1	0,7	1,0	1,6	100,0	2 544
Kolda	49,8	39,5	3,3	6,1	0,4	0,4	0,4	100,0	1 953
Louga	69,3	22,1	1,9	4,6	0,5	0,4	1,3	100,0	1 343
Matam	68,2	24,6	2,3	3,5	0,2	0,4	0,8	100,0	811
Saint-Louis	52,9	32,5	2,8	8,5	0,7	1,4	1,3	100,0	1 504
Tambacounda	57,7	32,3	2,0	5,6	0,7	0,3	1,5	100,0	1 570
Thiès	48,5	33,5	1,8	12,3	1,3	1,8	0,9	100,0	3 287
Ziguinchor	24,6	48,3	5,6	16,6	2,7	1,3	1,0	100,0	1 079
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	71,7	24,6	1,0	1,6	0,1	0,1	0,9	100,0	4 521
Second	63,4	30,3	1,4	3,8	0,1	0,1	0,8	100,0	4 456
Moyen	54,0	31,5	4,1	8,3	0,7	0,5	1,0	100,0	4 651
Quatrième	38,8	34,7	5,7	14,6	1,9	2,0	2,3	100,0	5 059
Le plus riche	22,7	32,1	6,1	26,3	3,6	7,2	2,0	100,0	4 956
Ensemble	49,3	30,8	3,8	11,3	1,3	2,1	1,4	100,0	23 643

¹ Le niveau primaire comprend 6 classes

² Le niveau secondaire comprend 7 classes

De même, dans les jeunes générations, on constate que les proportions de femmes ayant fréquenté l'école primaire sont très proches de celles des hommes : ainsi à 15-19 ans, 32 % des femmes ont déclaré avoir atteint le niveau primaire contre 37 % des hommes ; à 20-24 ans les pourcentages correspondants pour les femmes et pour les hommes sont identiques (28 %). Par contre, l'accès au cycle secondaire ou plus reste encore limité pour les femmes : à 15-19 ans, 18 % des femmes contre 24 % des hommes ont déclaré avoir atteint un niveau secondaire ou plus et à 20-24 ans, ces proportions sont, respectivement, de 15 % et 28 %.

Tableau 2.4.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) des femmes des ménages, âgées de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet ¹	Secondaire incomplet	Secondaire complet ²	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif
Groupe d'âges									
6-9	48,7	49,4	0,0	0,2	0,0	0,1	1,6	100,0	3 725
10-14	36,0	57,2	2,7	3,3	0,0	0,0	0,8	100,0	4 260
15-19	49,3	28,7	3,0	17,7	0,6	0,1	0,7	100,0	3 703
20-24	56,6	24,1	3,6	11,6	2,5	0,7	0,8	100,0	3 013
25-29	59,7	20,6	4,0	11,4	1,7	1,4	1,3	100,0	2 454
30-34	64,6	16,8	4,1	9,8	1,6	2,0	1,2	100,0	2 035
35-39	70,4	13,9	2,3	9,6	1,2	1,3	1,3	100,0	1 694
40-44	71,5	13,8	2,6	8,7	1,1	0,8	1,5	100,0	1 303
45-49	71,8	14,5	4,0	7,5	0,9	0,6	0,7	100,0	1 056
50-54	85,1	5,6	1,3	4,4	0,5	0,7	2,4	100,0	1 224
55-59	90,5	3,8	1,3	1,9	0,0	0,4	2,0	100,0	828
60-64	96,5	1,7	0,8	0,3	0,0	0,0	0,7	100,0	667
65+	95,5	1,7	0,4	0,4	0,0	0,3	1,8	100,0	1 432
NSP/Manquant	88,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,6	100,0	20
Milieu de résidence									
Urbain	41,3	35,3	4,4	14,7	1,7	1,2	1,4	100,0	12 303
Rural	74,7	21,7	0,8	1,7	0,1	0,1	1,0	100,0	15 110
Région									
Dakar	36,8	33,8	6,2	17,2	2,2	1,9	1,8	100,0	6 532
Diourbel	80,3	15,3	0,5	2,5	0,2	0,1	1,0	100,0	2 960
Fatick	63,2	28,7	1,5	5,3	0,3	0,2	0,9	100,0	1 489
Kaolack	71,5	21,2	0,9	4,2	0,2	0,2	1,7	100,0	3 182
Kolda	68,3	28,4	1,2	1,7	0,1	0,0	0,3	100,0	2 076
Louga	74,1	21,0	0,8	2,7	0,2	0,1	1,2	100,0	1 806
Matam	72,1	22,7	1,5	2,1	0,2	0,1	1,4	100,0	1 075
Saint-Louis	59,3	31,0	2,8	5,3	0,5	0,4	0,7	100,0	1 813
Tambacounda	72,7	22,5	0,8	2,5	0,2	0,0	1,2	100,0	1 670
Thiès	56,2	32,8	1,0	8,3	0,7	0,2	0,7	100,0	3 709
Ziguinchor	41,4	43,9	3,6	9,2	0,9	0,2	0,9	100,0	1 103
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	80,6	17,8	0,3	0,3	0,0	0,0	0,9	100,0	5 092
Second	74,6	22,5	0,8	1,3	0,0	0,0	0,8	100,0	5 333
Moyen	64,0	28,8	1,9	4,0	0,2	0,1	0,9	100,0	5 489
Quatrième	49,1	35,1	3,5	9,9	0,8	0,3	1,4	100,0	5 489
Le plus riche	34,4	33,3	5,2	20,2	2,7	2,2	1,9	100,0	6 010
Ensemble	59,7	27,8	2,4	7,5	0,8	0,6	1,2	100,0	27 413

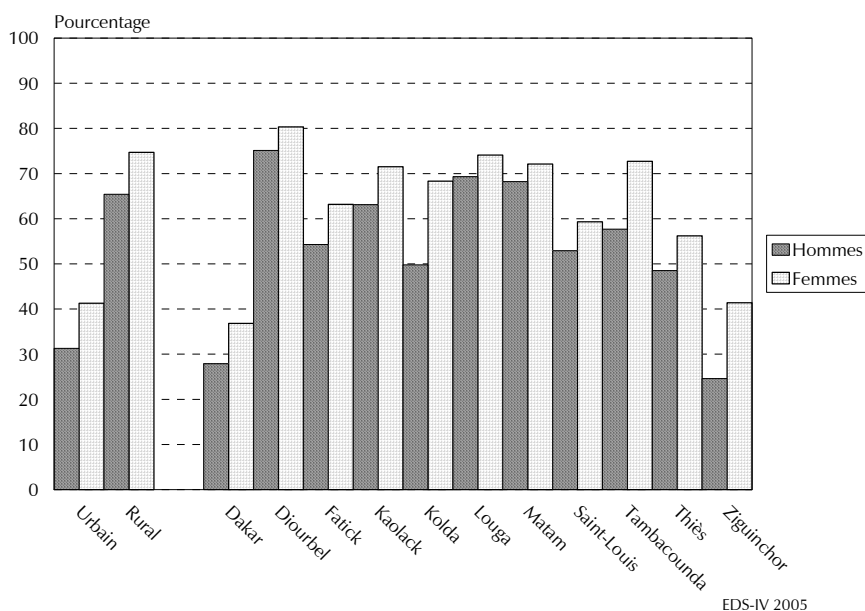
¹ Le niveau primaire comprend 6 classes

² Le niveau secondaire comprend 7 classes

D'autre part, on constate qu'aussi bien pour les femmes que pour les hommes, les écarts entre les villes et les campagnes sont énormes. En milieu urbain 31 % des hommes et 41 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre respectivement 65 % et 75 % en milieu rural. En outre, en urbain, les proportions de personnes ayant atteint un niveau secondaire ou plus sont de 26 % pour les hommes et 18 % pour les femmes contre respectivement 5 % et 2 % en milieu rural.

Les disparités entre les régions sont également importantes. La région de Dakar se caractérise par de faibles proportions de non scolarisés : 28 % des hommes et 37 % des femmes de 6 ans et plus sans niveau suivie par celle de Ziguinchor dans laquelle 25 % des hommes et 41 % des femmes n'ont jamais été à l'école. À l'opposé, la région de Diourbel détient le plus faible niveau de scolarisation : 75 % des hommes et 80 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction (graphique 2.2).

Graphique 2.2 Proportion de femmes et d'hommes sans instruction selon le milieu et la région de résidence



Enfin, la scolarisation est positivement corrélée avec le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, plus le niveau de bien-être est élevé, plus les proportions de personnes n'ayant jamais été à l'école sont faibles, pour les hommes, elles passent de 72 % du quintile le plus pauvre à 23 % dans le plus riche ; chez les femmes, ces proportions sont, respectivement, de 81 % et 34 %.

Le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d'aller à l'école donne une indication sur l'accès actuel de la population au système éducatif et de manière indirecte sur le niveau de développement socioéconomique. Au cours de l'enquête, des questions concernant la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 6 à 24 ans. Le tableau 2.5 présente les taux nets et les taux bruts de fréquentation scolaire selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 2.5 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNF) et taux brut de fréquentation scolaire (TBF) de la population (de droit) des ménages, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Taux net de scolarisation ¹			Taux brut de scolarisation ²			Indice de parité du genre ³
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	
PRIMAIRE							
Milieu de résidence							
Urbain	74,2	75,2	74,7	104,8	101,4	103,0	0,97
Rural	47,2	47,2	47,2	71,9	66,6	69,3	0,93
Région							
Dakar	78,1	77,9	78,0	108,5	102,6	105,4	0,95
Diourbel	27,6	29,2	28,4	43,6	40,2	41,8	0,92
Fatick	58,5	62,2	60,2	94,2	92,0	93,1	0,98
Kaolack	44,7	43,5	44,1	64,9	62,5	63,7	0,96
Kolda	70,9	62,5	66,8	115,0	85,4	100,5	0,74
Louga	38,4	45,5	42,0	53,6	60,1	56,9	1,12
Matam	44,8	53,6	49,3	59,8	74,9	67,5	1,25
Saint-Louis	56,6	62,1	59,5	81,6	84,2	82,9	1,03
Tambacounda	58,5	49,3	54,0	87,4	68,0	77,9	0,78
Thiès	55,4	62,4	58,7	76,3	83,9	80,0	1,10
Ziguinchor	91,8	89,1	90,5	147,9	147,2	147,6	0,99
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	42,2	41,8	42,1	65,8	57,6	61,8	0,88
Second	51,8	50,3	51,1	80,9	71,3	76,1	0,88
Moyen	54,0	57,9	55,9	76,7	83,2	79,9	1,08
Quatrième	67,7	68,0	67,9	95,6	91,3	93,4	0,96
Le plus riche	80,7	77,6	79,0	114,5	103,8	108,7	0,91
Ensemble	57,0	57,9	57,5	83,9	79,9	81,9	0,95
SECONDAIRE							
Milieu de résidence							
Urbain	31,3	29,5	30,4	50,7	41,2	45,8	0,81
Rural	9,2	4,8	6,9	13,5	6,6	9,9	0,49
Région							
Dakar	30,1	31,3	30,7	47,0	43,1	44,9	0,92
Diourbel	9,7	6,8	8,0	13,5	8,9	10,9	0,66
Fatick	17,1	15,0	16,1	25,9	24,9	25,5	0,96
Kaolack	18,5	8,7	13,0	28,1	12,8	19,5	0,46
Kolda	13,4	5,9	9,7	23,8	8,5	16,2	0,36
Louga	12,3	7,8	9,8	19,2	9,6	13,7	0,50
Matam	12,1	6,9	9,3	14,0	8,6	11,1	0,62
Saint-Louis	16,5	14,4	15,4	25,0	17,9	21,3	0,72
Tambacounda	15,5	8,4	11,9	21,2	10,5	15,8	0,50
Thiès	19,9	19,1	19,5	32,3	26,4	29,4	0,82
Ziguinchor	29,6	26,6	28,1	61,3	42,6	52,1	0,69
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	4,8	1,5	3,1	6,1	2,2	4,1	0,36
Second	7,7	4,0	5,8	13,5	6,1	9,6	0,45
Moyen	20,0	12,1	15,7	31,7	16,3	23,3	0,51
Quatrième	24,4	19,9	22,1	39,3	28,1	33,6	0,72
Le plus riche	38,0	39,2	38,6	59,3	54,2	56,6	0,91
Ensemble	19,5	16,1	17,7	30,9	22,4	26,4	0,72

¹ Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (7-12 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (13-18 ans) qui fréquente l'école secondaire. Par définition le taux net de fréquentation ne peut excéder 100 pour cent.

² Le taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire (7-12 ans). Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion des élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire (13-18 ans). Le taux brut de fréquentation scolaire peut excéder 100 pour cent.

³ L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TBFS au niveau primaire des filles sur le TBFS des garçons. L'indice de parité de genre pour l'école secondaire est le ratio du TBFS au niveau secondaire des filles sur le TBFS des garçons.

Le taux net de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les enfants d'âge officiel scolaire c'est-à-dire 7-12 ans pour le niveau primaire et 13-19 ans pour le niveau secondaire. Le taux brut de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les jeunes de n'importe quel âge compris entre 6 et 24 ans. Il équivaut au pourcentage de la population de 6-24 ans qui fréquente un niveau donné par rapport à la population d'âge scolaire officiel pour ce niveau. Pour un niveau d'étude donné, le taux brut est pratiquement toujours plus élevé que le taux net du fait que des enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge normal de ce niveau sont inclus dans son calcul. Un taux net de 100 % signifierait que tous les enfants ayant l'âge normal d'un niveau d'étude donné fréquentent ce niveau ; le taux brut peut être supérieur à 100 % si un nombre significatif d'enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge normal de fréquentation d'un niveau scolaire fréquentent ce niveau. La différence entre ces deux taux indique que des enfants trop jeunes ou trop âgés fréquentent un niveau scolaire donné.

Le tableau 2.5 révèle que dans l'ensemble, près de six enfants de 7-12 ans (58 %) fréquentent l'école primaire. On ne constate pas d'écart entre les hommes et les femmes (58 % contre 57 %). Par contre, il est nettement plus élevé en milieu urbain (75 %) qu'en milieu rural (47 %). Les régions de Ziguinchor (91 %) et de Dakar (78 %) se caractérisent par les taux nets de fréquentation de l'école primaire les plus élevés ; à l'opposé, Diourbel enregistre le niveau le plus faible du pays, avec seulement 28 %. Dans les régions, on constate que dans celles de Tambacounda (59 % contre 49 %), Kolda (71 % contre 63 %) et Ziguinchor (92 % contre 89 %), le taux net de fréquentation scolaire est plus élevé pour les garçons que pour les filles. Par contre, dans celles de Thiès (62 % contre 55 %), de Saint-Louis (62 % contre 57 %), Matam (54 % contre 45 %), Louga (46 % contre 38 %) et Fatick (62 % contre 59 %), on constate l'inverse, le taux net des filles étant plus élevé que celui des garçons. Le niveau de fréquentation de l'école primaire est positivement corrélé au niveau de bien-être du ménage : il passe de 42 % pour les plus pauvres à 79 % pour les plus riches. La même tendance se dégage, aussi bien chez les garçons que chez les filles.

En outre, dans l'ensemble, près de 82 personnes sur 100 ayant l'âge officiel du primaire fréquentent ce niveau. La valeur du taux brut supérieure à celle du taux net indique qu'un nombre important de personnes qui n'ont pas l'âge du niveau primaire fréquentent néanmoins ce niveau. Il s'agirait dans ce cas de personnes trop âgées par rapport à l'âge officiel. Selon le sexe, on constate que le taux brut masculin (84 %) est supérieur à celui des filles (80 %), en d'autres termes, il y a plus de garçons que de filles trop âgés par rapport à l'âge officiel qui fréquentent l'école primaire. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que le taux brut de fréquentation du primaire est plus élevé en milieu urbain (103 %) qu'en milieu rural (69 %). Les régions de Ziguinchor (148 %) de Dakar (105 %) et de Kolda (101 %) se caractérisent par les taux bruts de fréquentation les plus élevés. Avec seulement 42 %, c'est la région de Diourbel qui a le taux brut de fréquentation en primaire le plus faible. On constate qu'à Kolda, le taux brut de fréquentation scolaire est beaucoup plus élevé pour les garçons que pour les filles (115 % contre 85 %).

Les résultats du tableau 2.5 montrent également que le niveau de fréquentation scolaire du cycle secondaire est très faible puisque seulement 18 % des enfants de 13-19 ans le fréquentent. Ce taux net est beaucoup plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural : 30 % contre 10 %. Selon la région, il varie de 11 % dans Diourbel à 45 % dans Dakar. Ce taux net est légèrement plus élevé chez les garçons que chez les filles, quelle que soit la caractéristique socioéconomique considérée, sauf dans Dakar où on ne constate pratiquement aucun écart entre les filles (31 %) et les garçons (30 %), de même que dans Thiès (respectivement 19 % et 20 %).

Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire atteint 26 % ce qui signifie que sur 100 personnes ayant l'âge officiel du secondaire, seulement un peu plus du quart fréquente ce niveau secondaire. Bien que très faible, la valeur du taux brut supérieure à celle du taux net indique qu'un nombre important de personnes qui n'ont pas l'âge du niveau secondaire fréquentent néanmoins ce niveau. On remarque une variation importante selon le milieu de résidence : 46 % pour le milieu urbain contre 10 % en milieu rural. Quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée, le taux brut de fréquentation du niveau secondaire est plus élevé pour les garçons que pour les filles. Les écarts les plus importants sont observés dans les régions de Ziguinchor (61 % des hommes contre 43 %), Kaolack (28 % contre 13 %) et Kolda (24 % contre 9 %) ainsi que dans le quintile moyen (32 % contre 16 %) alors que l'écart le plus faible est observé dans la région de Fatick (26 % contre 25 %).

Le tableau 2.5 présente également l'indice de parité de genre qui est le rapport entre le taux brut de fréquentation scolaire des femmes et celui des hommes. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart de fréquentation scolaire entre les genres est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale. Au Sénégal, l'indice estimé à 0,95 pour le niveau primaire montre que les filles sont désavantagées sur le plan scolaire. Au niveau secondaire, le désavantage est plus important puisque l'indice de parité n'est que de 0,7. Que ce soit au niveau primaire ou secondaire, l'importance de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre. Cet indice est plus faible en rural qu'en urbain ; pour le primaire dans certaines régions comme Thiès, Saint-Louis, Matam et Louga, l'indice de parité est supérieur à 1. Par contre, c'est dans les régions de Kolda et de Tambacounda qu'il est le plus faible (respectivement, 0,74 et 0,78). Pour le niveau secondaire, on constate que l'indice de parité est toujours plus faible que pour le primaire ; dans les régions de Louga et de Tambacounda, il est particulièrement faible (0,5 dans les deux cas). Il est nettement plus élevé dans les régions de Dakar (0,92), et de Fatick (0,96). Enfin, on constate que, quelque soit le niveau, cet indice est toujours plus élevé dans

Tableau 2.6 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Electricité			
Oui	80,4	15,8	47,1
Non	19,6	84,1	52,8
NSP/ND	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Source d'eau potable			
Eau du robinet dans le logement	50,4	6,6	27,8
Eau du robinet dans la cour/concession	25,2	9,5	17,1
Fontaine publique	13,5	24,1	19,0
Puits ouvert dans le logement	0,9	1,4	1,2
Puits ouvert dans la cour	1,6	3,4	2,5
Puits public ouvert	3,8	39,9	22,4
Puits protégé dans le logement	0,5	0,7	0,6
Puits protégé dans la cour/concession	0,2	0,6	0,4
Puits public protégé	1,2	9,2	5,3
Source	0,0	0,3	0,2
Rivière, fleuve	0,0	1,4	0,7
Mare, lac	0,0	0,2	0,1
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0
Camion citerne	0,0	0,0	0,0
Eau en bouteille	0,4	0,1	0,2
Manquant	2,2	2,5	2,3
Total	100,0	100,0	100,0
Temps pour la source d'eau			
Pourcentage <15 minutes	90,7	54,2	71,9
Temps moyen pour la source d'eau	0,0	9,7	0,0
Type de toilettes			
Chasse d'eau	18,3	0,4	9,1
Chasse branchée à fosse	47,2	12,3	29,2
Fosse rudimentaire	20,4	36,5	28,7
Fosse/latrine améliorées	9,3	10,0	9,6
Pas de toilette, nature	4,1	40,3	22,8
Autre/NSP	0,6	0,5	0,6
Total	100,0	100,0	100,0
Type de sol			
Terre, sable	9,1	52,0	31,2
Boue	0,3	5,7	3,1
Palme, bambous	0,0	0,0	0,0
Parquet, bois poli	0,1	0,0	0,1
Vinyle, linoléum	15,3	7,6	11,3
Carreaux	23,1	2,5	12,5
Ciment	50,3	31,2	40,5
Moquette	1,4	0,4	0,9
Autre/NSP	0,3	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	0,4	32,6	17,0
Second	3,2	34,8	19,5
Moyen	19,5	22,5	21,0
Quatrième	38,8	6,9	22,3
Le plus riche	38,2	3,2	20,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	3 590	3 822	7 412

les ménages les plus riches que dans les plus pauvres. Cependant, même dans les ménages les plus riches, il n'est pas égal à 1.

2.5 CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS ET BIENS POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES

Au cours de l'enquête, certaines questions ont été posées en vue de saisir les caractéristiques socioéconomiques du ménage et le niveau de confort du logement qui peut être évalué, d'une part, par la disponibilité de l'électricité, la nature des matériaux de construction et, d'autre part, par les équipements, notamment le type de toilettes, la source d'approvisionnement en eau potable, la possession de certains biens de consommation et de moyens de transport. Ces caractéristiques, pouvant fournir une indication sur la situation socioéconomique du ménage, ont également une influence certaine sur l'état de santé des membres du ménage.

2.5.1 Caractéristique des logements des ménages

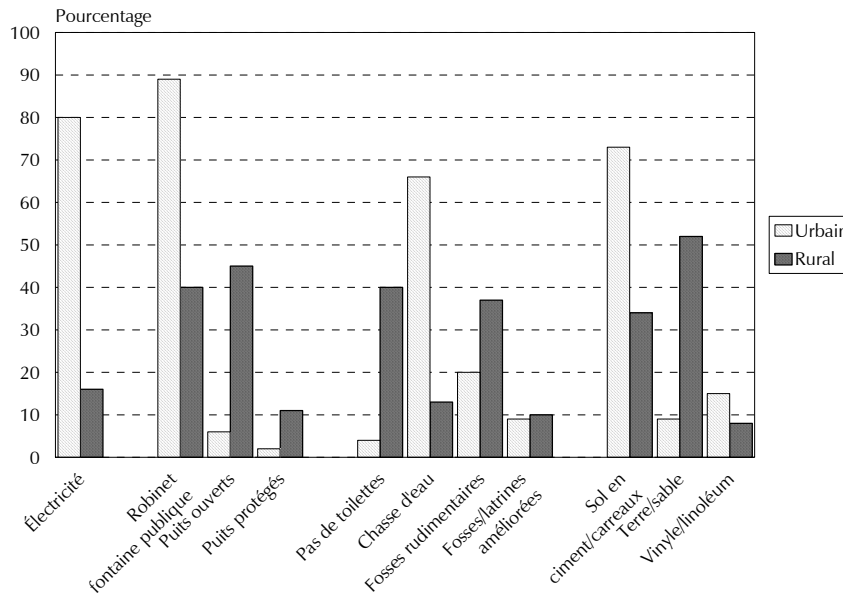
Dans l'ensemble, les résultats présentés au tableau 2.6 montrent que 47 % des ménages enquêtés (contre 32 % à l'EDS-III de 1997) disposent de l'électricité. Les résultats mettent en évidence des disparités importantes selon le milieu de résidence. Le milieu rural est nettement défavorisé, seulement 16 % des ménages y disposent de l'électricité contre 80 % en milieu urbain (graphique 2.3). Toutefois, il faut noter qu'entre 1997 et 2005, le niveau d'accès des ménages à l'électricité dans le milieu rural est passé du simple à plus du double (6 % contre 16 %). Cette situation est, sans nul doute, le résultat de l'accélération de la mise en œuvre de la politique d'électrification villageoise, au cours des dix dernières années.

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable, on constate que les sources auxquelles s'alimentent l'essentiel des ménages sénégalais (96 %) sont l'eau de robinet (64 %) et l'eau de puits (32 %). Ces niveaux étaient respectivement de 49 % et 43 % à l'EDS-III de 1997. Quelque soit le milieu de résidence, ces deux sources constituent les principales sources d'approvisionnement en eau de la population. En milieu urbain 89 % des ménages utilisent de l'eau provenant d'un robinet et 32 % de l'eau provenant de puits alors qu'en milieu rural plus de la moitié des ménages (55 %) utilisent de l'eau des puits et quatre ménages sur dix (40 %) l'eau de robinet. Toutefois, il faut noter qu'entre 1997 et 2005, l'utilisation d'eau provenant de puits a considérablement diminué, aussi bien en milieu rural (65 % contre 55 %) qu'en milieu urbain (13 % contre 8 %) ; alors que l'on observe une hausse de la proportion des ménages qui utilisent de l'eau d'un robinet, en milieu rural (24 % contre 40 %) et en milieu urbain (84 % contre 89 %).

Les résultats du tableau 2.6 montrent que pour plus de cinq ménages sénégalais sur sept (72 %), il faut moins de 15 minutes pour s'approvisionner en eau. En milieu rural, cette proportion est plus faible qu'en urbain (54 % contre 91 %).

S'agissant du type de toilettes dont disposent les ménages, on constate que le milieu rural est aussi défavorisé par rapport au milieu urbain. Alors qu'en moyenne 23 % de l'ensemble des ménages ne disposent pas de toilettes, on note qu'en milieu rural cette proportion est de 40 % contre seulement 4 % en milieu urbain (tableau 2.6). En 1997, les proportions de ménages ne disposant pas de toilettes étaient, dans l'ensemble, de 35 % et de 54 % en milieu rural contre 8 % en milieu urbain. Ainsi, de plus en plus de ménages disposent de toilettes et cette amélioration est particulièrement perceptible en milieu rural. Ce progrès est le résultat des efforts considérables déployés par le Sénégal dans le cadre de la politique de l'amélioration des conditions d'assainissement de l'environnement immédiat des ménages. Ce constat est corroboré par l'augmentation entre 1997 et 2005 de la proportion de ménages équipés de toilettes avec chasse d'eau, 12 % contre 38 % au niveau national ; 27 % contre 66 % en milieu urbain et 0,8 % contre 13 % pour le milieu rural.

Graphique 2.3 Caractéristiques des logements selon le milieu de résidence



EDS-IV 2005

Certains types de revêtement du sol peuvent faciliter la propagation de certains germes responsables de maladies. Pour cette raison, des questions ont été posées sur le type de revêtement de sol des logements. On observe qu’au Sénégal, 64 % des ménages ont un logement dont le sol est en ciment, en carreaux ou en vinyle (contre 59 % à l’EDS-III de 1997) et pour 31 % des ménages, le sol est revêtu de terre ou de sable (contre 37 % en 1997). En milieu rural, les ménages vivent plus fréquemment dans un logement dont le sol est recouvert de terre/sable (52 %) et de ciment (31 %). En milieu urbain, dans 50 % des cas, les ménages vivent dans un logement dont le sol est recouvert de ciment et dans 32 % des cas, le sol est recouvert de carreaux.

2.5.2 Biens durables possédés par les ménages

Au cours de l’enquête pour évaluer le niveau socioéconomique des ménages, on a cherché à savoir si les ménages possédaient certains biens considérés comme des indicateurs du niveau socioéconomique et de manière indirecte de leur niveau d’accès à l’information et aux services sociaux.

Dans l’ensemble, on constate que seulement 10 % des ménages ont déclaré ne rien posséder (tableau 2.7). Près de neuf ménages sur dix (87 %) possèdent une radio qui constitue ainsi, et de loin, le canal d’informations le plus répandu au Sénégal, que ce soit en milieu urbain (90 %) ou en milieu rural (84 %).

Outre la radio, les biens durables les plus fréquemment possédés par les ménages sénégalais sont la télévision (40 %), le réfrigérateur (20 %), le téléphone (16 %) et la bicyclette (13 %). En milieu urbain, la proportion de ménages qui possèdent chacun de ces biens est plus élevée qu’en milieu rural : 28 % des ménages urbains possèdent un téléphones contre seulement 5 % en milieu rural. En ce qui concerne un réfrigérateur, les proportions sont respectivement de 36 % et de 6 %.

Biens durables	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Radio	90,3	84,4	87,2
Télévision	63,4	18,2	40,1
Téléphone	27,7	5,4	16,2
Réfrigérateur	36,3	5,5	20,4
Bicyclette	9,2	16,1	12,8
Mobylette	7,4	4,6	5,9
Voiture/camion	11,7	3,1	7,3
Aucun	6,6	12,8	9,8
Effectif de ménages	3 590	3 822	7 412

Mohamed Ayad

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Tout comme le questionnaire ménage, les questionnaires individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des enquêté(e)s. Dans cette partie, sont également analysés les résultats sur l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport. Enfin, les résultats à certaines questions concernant le pouvoir de décision de la femme au sein du ménage, son droit à disposer de l'argent gagné et son opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels ont permis d'évaluer le statut de la femme au Sénégal.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise, lorsque l'enregistrement écrit des événements (notamment des faits d'état civil) n'est pas encore ancré dans les habitudes de certaines populations, comme c'est le cas du Sénégal. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête individuelle. On a d'abord demandé aux enquêtés leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice/enquêteur contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêté(e) ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice/enquêteur essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité, acte de naissance, etc.) où figure la date de naissance. Lorsque aucun document n'était disponible, l'enquêtrice/enquêteur devait estimer l'âge de l'enquêté(e), soit par comparaison avec l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de l'enquêté(e), ou encore en utilisant des références historiques.

Les résultats présentés dans le tableau 3.1 montrent que les répartitions des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges quinquennaux présentent une allure assez régulière, les proportions de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés. Pour les femmes, elles passent de 24 % pour les 15-19 ans à 7 % pour la tranche d'âges 45-49 ans. Pour les hommes, les proportions varient de 25 % à 15-19 ans à 4 % à 55-59 ans.

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes éligibles de l'échantillon (tableau 3.2). Dans le cadre de l'EDS-IV, ont été considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate que plus d'une femme sur quatre (27 %) est célibataire, plus des deux tiers (65 %) sont en union, et 6 % sont en rupture d'union (divorcées, séparées ou veuves). Chez les hommes, au moment de l'enquête, environ un homme sur deux est célibataire (47 %), un homme sur deux (50 %) est en union, et moins de 4 % sont en rupture d'union.

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que presque la moitié des femmes et la majorité des hommes enquêtés vivent en milieu urbain (respectivement, 49 % et 56 %). Les données par région montrent que pratiquement plus d'une femme sur quatre (27 %) et environ un homme sur trois (32 %) vivent dans la région de Dakar et la région de Thiès regroupe une femme ou un homme sur sept (14 %). C'est la région de Matam qui se caractérise par les proportions les plus faibles de femmes et d'hommes (respectivement, moins de 4 % et moins de 3 %).

Tableau 3.1 Caractéristiques des enquêtés par âge

Répartition (en %) des femmes et hommes enquêtés selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

Âge	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
15-19	24,4	3 556	3 658	24,6	926	1 008
20-24	19,5	2 844	2 844	17,1	645	656
25-29	16,3	2 379	2 370	14,3	537	475
30-34	13,4	1 953	1 888	10,6	399	389
35-39	11,0	1 613	1 581	8,5	318	301
40-44	8,6	1 249	1 250	8,4	316	292
45-49	6,9	1 009	1 011	7,3	275	283
50-54	na	na	na	5,7	216	216
55-59	na	na	na	3,5	130	141
Total	100,0	14 602	14 602	100,0	3 761	3 761

na = Non applicable

La distribution selon le niveau d'instruction montre que six femmes sur dix (60 %) et plus de quatre hommes sur dix (43 %) n'ont aucune instruction ; Une femme sur quatre (25 %) près de trois hommes sur dix (27 %) ont un niveau primaire, et seulement 15 % des femmes ont un niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, la proportion de ceux avec une instruction secondaire ou plus est le double de celle des femmes (30 %).

Le même tableau 3.2 présente également la répartition des hommes et des femmes selon le niveau de bien-être économique du ménage. On constate qu'au moins une femme sur six vit dans un ménage du quintile le plus pauvre (17 %), cette proportion est légèrement plus faible pour les hommes (15 %). À l'opposé, un quart des femmes (25 %) et une proportion légèrement plus élevée d'hommes (29 %) vivent dans un ménage classé dans le quintile le plus riche.

En ce qui concerne la religion, la très grande majorité des enquêtés se sont déclarés de confession musulmane (95 % des femmes et 96 % des hommes). La religion chrétienne est pratiquée par 4 % des femmes et des hommes.

Quant à la répartition de la population selon l'ethnie, trois grands groupes apparaissent : les Wolof (40 % des femmes et 39 % des hommes) ; les Poular (25 % des femmes et 23 % des hommes) ; les Serer (16 % des femmes et 15 % des hommes). Puis viennent les Mandingues (5 % des femmes et 7 % des hommes) ; les Diola (5 % des femmes et 5 % des hommes) et les Soninké (3 % des femmes et 4 % des hommes). Les autres groupes ethniques, les étrangers et les non déclarés du Sénégal représentent en tout 7 % chez les femmes et 4 % chez les hommes.

Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Célibataire	27,0	3 941	3 636	46,8	1 759	1 670
En union	67,6	9 866	10 221	49,6	1 866	1 929
Divorcée, séparée, veuve	5,4	795	745	3,6	135	162
Milieu de résidence						
Urbain	48,7	7 117	6 312	55,9	2 101	1 847
Rural	51,3	7 485	8 290	44,1	1 660	1 914
Région						
Dakar	26,5	3 866	1 536	31,5	1 186	497
Diourbel	10,6	1 548	1 523	8,2	309	302
Fatick	4,8	708	1 140	4,6	174	292
Kaolack	11,2	1 642	1 625	9,8	369	383
Kolda	7,2	1 047	1 289	7,8	295	393
Louga	6,3	915	1 312	4,1	155	235
Matam	3,7	543	1 226	2,9	109	239
Saint-Louis	6,5	947	1 244	5,6	210	287
Tambacounda	5,8	851	1 169	6,6	247	373
Thiès	13,5	1 974	1 533	14,3	538	421
Ziguinchor	3,8	562	1 005	4,5	170	339
Niveau d'instruction						
Aucun	59,6	8 699	9 183	43,1	1 621	1 682
Primaire	25,2	3 677	3 533	26,8	1 007	1 037
Secondaire ou plus	15,2	2 226	1 886	30,1	1 133	1 042
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	16,7	2 433	2 637	15,4	581	668
Second	17,6	2 565	3 097	14,8	556	696
Moyen	19,4	2 839	3 569	18,0	678	891
Quatrième	21,6	3 154	2 773	22,4	842	756
Le plus riche	24,7	3 610	2 526	29,4	1 104	750
Religion						
Musulmane	95,4	13 931	13 980	95,7	3 600	3 587
Chrétienne	4,4	647	596	3,9	146	163
Autres/ND	0,1	24	26	0,4	15	11
Ethnie						
Wolof	39,7	5 799	5 017	39,4	1 481	1 227
Poular	25,2	3 684	4 341	22,9	861	1 029
Serer	15,9	2 316	2 159	15,4	580	572
Mandingue	4,6	674	753	7,1	267	323
Diola	4,9	710	804	5,1	194	262
Soninké	2,8	402	523	4,2	160	131
Autre/ND	7,0	1 018	1 005	3,7	139	139
Total	100,0	14 602	14 602	100,0	3 761	3 761

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

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent les données selon le niveau d'instruction atteint par les enquêtés. Les résultats sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate que la proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction formelle est nettement plus élevée que celle des hommes (60 % contre 43 %). Les écarts se resserrent au niveau d'instruction primaire où la différence des proportions est faible (25 % de femmes contre 27 % d'hommes). Par contre, les proportions d'hommes ayant atteint le niveau secondaire ou plus sont nettement plus élevées que celles des femmes (respectivement, 30 % et 15 %).

Caractéristique sociodémographique	Instruction			Total	Effectif de femmes
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus		
Âge					
15-19	47,7	31,8	20,6	100,0	3 556
20-24	56,4	28,5	15,1	100,0	2 844
25-29	59,1	25,6	15,3	100,0	2 379
30-34	62,5	23,3	14,2	100,0	1 953
35-39	71,3	16,9	11,8	100,0	1 613
40-44	71,1	17,3	11,6	100,0	1 249
45-49	72,5	18,6	8,9	100,0	1 009
Milieu de résidence					
Urbain	37,5	35,3	27,2	100,0	7 117
Rural	80,5	15,6	3,9	100,0	7 485
Région					
Dakar	32,2	36,2	31,6	100,0	3 866
Diourbel	81,7	13,5	4,8	100,0	1 548
Fatick	67,8	21,0	11,2	100,0	708
Kaolack	74,3	17,2	8,5	100,0	1 642
Kolda	78,0	17,8	4,2	100,0	1 047
Louga	78,4	15,9	5,7	100,0	915
Matam	77,9	17,3	4,8	100,0	543
Saint-Louis	60,2	28,3	11,5	100,0	947
Tambacounda	80,5	14,2	5,3	100,0	851
Thiès	53,5	30,4	16,1	100,0	1 974
Ziguinchor	39,4	39,7	20,9	100,0	562
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	89,2	9,7	1,1	100,0	2 433
Second	82,5	14,6	2,8	100,0	2 565
Moyen	66,2	25,4	8,5	100,0	2 839
Quatrième	47,9	34,2	17,9	100,0	3 154
Le plus riche	28,3	35,1	36,6	100,0	3 610
Total	59,6	25,2	15,2	100,0	14 602

Cependant, on constate, quel que soit le sexe, que généralement le niveau d'instruction s'améliore des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes. En effet, la proportion des femmes sans niveau d'instruction diminue avec l'âge (passant de 73 % parmi celles de 45-49 ans à 48 % parmi celles 15-19 ans); on note également que la proportion de femmes ayant un niveau d'instruction secondaire varie de 9 % chez celles de 45-49 ans à 21 % chez celles de 15-19 ans. On note chez les hommes ce même effet de génération puisque des générations anciennes aux plus récentes, les proportions de ceux sans niveau d'instruction sont passées de 65 % parmi ceux de 50-54 ans à 29 % parmi ceux de 15-19 ans. En ce qui concerne le niveau secondaire ou plus, les proportions varient de 20 % parmi les hommes âgés de 45-49 ans à l'enquête à 37 % parmi les hommes de 15-19 ans.

Caractéristique sociodémographique	Instruction			Total	Effectif d'hommes
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus		
Âge					
15-19	28,6	34,8	36,6	100,0	926
20-24	38,2	29,2	32,6	100,0	645
25-29	35,3	30,3	34,4	100,0	537
30-34	47,7	26,7	25,6	100,0	399
35-39	53,0	21,0	26,1	100,0	318
40-44	55,0	22,1	22,9	100,0	316
45-49	61,9	18,0	20,1	100,0	275
50-54	64,9	9,1	25,9	100,0	216
55-59	59,6	16,7	23,7	100,0	130
Milieu de résidence					
Urbain	25,8	28,9	45,3	100,0	2 101
Rural	65,0	24,1	11,0	100,0	1 660
Région					
Dakar	23,6	29,0	47,4	100,0	1 186
Diourbel	71,6	15,1	13,3	100,0	309
Fatick	55,3	26,8	17,9	100,0	174
Kaolack	53,3	22,5	24,1	100,0	369
Kolda	54,5	29,4	16,1	100,0	295
Louga	64,8	25,0	10,2	100,0	155
Matam	64,8	24,6	10,6	100,0	109
Saint-Louis	51,5	25,3	23,2	100,0	210
Tambacounda	60,1	25,7	14,1	100,0	247
Thiès	38,5	27,9	33,5	100,0	538
Ziguinchor	18,7	39,8	41,4	100,0	170
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	74,1	21,5	4,4	100,0	581
Second	66,5	24,2	9,3	100,0	556
Moyen	49,0	30,5	20,6	100,0	678
Quatrième	34,0	30,5	35,6	100,0	842
Le plus riche	18,4	25,7	55,8	100,0	1 104
Total	43,1	26,8	30,1	100,0	3 761

Par ailleurs, le niveau d’instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. On constate en effet, que les proportions de femmes et d’hommes instruits sont plus élevées en milieu urbain qu’en milieu rural : en effet, seuls 38 % des femmes et 26 % des hommes vivant en milieu urbain n’ont pas de niveau d’instruction contre, respectivement, 81 % et 65 % en milieu rural

Les résultats selon les régions mettent également en évidence de fortes disparités. La proportion de femmes sans aucun niveau d’instruction est particulièrement élevée dans les régions de Diourbel, Tambacounda, Matam, Louga, Kolda et Kaolack, où elle varie entre 74 % et 82 %. Chez les hommes, la proportion la plus élevée des non scolarisés est observée à Diourbel, Louga, Matam et Tambacounda, où elle varie entre 60% et 72 %. À l’opposé, Dakar et Ziguinchor sont les deux régions les plus fortement scolarisées. Ainsi, seulement 19 % des hommes et 39 % des femmes de Ziguinchor, et 24 % des hommes et 32 % des femmes de Dakar se trouvent sans aucune instruction.

Les données de ce tableau montrent qu’il y a une relation positive entre le niveau d’instruction et le niveau de bien-être économique du ménage : en effet, les proportions de femmes et d’hommes sans instruction diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches.

3.3 ALPHABÉTISATION

Au cours de l’enquête, mises à part les questions posées sur la dernière classe achevée et le niveau d’instruction atteint par les enquêtés, on a demandé à ceux qui n’avaient aucun niveau d’instruction et à ceux qui avaient déclaré avoir atteint le niveau primaire de lire une phrase rédigée dans une des langues officielles ou nationales préparées par les agents enquêteurs. Trois modalités ont été retenues : « *peut lire toute la phrase* », « *une partie de la phrase* », ou, « *ne peut pas lire du tout* ». Les enquêtés ayant atteint le niveau secondaire ou plus ont été considérés d’office comme étant alphabétisés. Les résultats sont présentés au tableau 3.4.1 pour les femmes et 3.4.2 pour les hommes ainsi qu’au graphique 3.1.

Un peu plus du tiers des femmes (35 %) et plus de la moitié des hommes (54 %) sont considérés comme étant alphabétisés. En d’autres termes, dans l’ensemble, la proportion de femmes analphabètes est pratiquement une fois et demi plus élevée que celle des hommes (65 % contre 44 %).

En comparant les tableaux 3.3.1 et 3.4.1, on remarque que la proportion de femmes qui ne savent pas du tout lire est supérieure à la proportion de celles qui n’ont jamais fréquenté l’école (65 % contre 60 %). Cette différence révèle qu’une partie de la population féminine n’a pas fréquenté suffisamment l’école au point de savoir lire et écrire ou bien qu’après avoir quitté l’école, elle est redevenue analphabète en ayant oublié ce qu’elle avait appris (*phénomène de la désalphabétisation fonctionnelle*).

Les proportions de femmes et d’hommes alphabétisés varient sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 53 % des femmes et 70 % des hommes sont alphabétisés contre respectivement 18 % et 32 % en milieu rural.

L’examen des résultats selon les régions met également en évidence des disparités spatiales de l’alphabétisation en plus des disparités selon le sexe : que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, comme il a été indiqué plus haut concernant la scolarisation, c’est dans les deux régions de Dakar (57 % des femmes et 74 % des hommes) et de Ziguinchor (52 % des femmes et 72 % des hommes) que l’on observe les proportions d’alphabétisés les plus élevées. En dehors de ces deux régions, les deux autres régions qui comptent les proportions les plus élevées de personnes alphabétisées sont : Thiès (38 % des femmes et 59 % des hommes) et Saint Louis (34 % des femmes et 45 % des hommes).

Tableau 3.4.1 Alphasbétisation des femmes

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction				Total ¹	Effectif	Pourcentage alphabétisées ²
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue			
Âge								
15-19	20,6	12,8	9,4	55,9	0,8	100,0	3 556	42,8
20-24	15,1	11,6	10,3	62,1	0,6	100,0	2 844	37,0
25-29	15,3	12,2	8,1	63,8	0,4	100,0	2 379	35,6
30-34	14,2	11,5	6,6	67,2	0,2	100,0	1 953	32,3
35-39	11,8	7,2	6,7	73,7	0,4	100,0	1 613	25,7
40-44	11,6	9,6	5,7	72,6	0,3	100,0	1 249	26,9
45-49	8,9	11,6	4,2	74,7	0,2	100,0	1 009	24,7
Milieu de résidence								
Urbain	27,2	15,8	9,6	46,7	0,3	100,0	7 117	52,6
Rural	3,9	7,0	6,6	81,6	0,7	100,0	7 485	17,5
Région								
Dakar	31,6	15,9	9,7	42,1	0,2	100,0	3 866	57,2
Diourbel	4,8	7,2	5,4	81,0	1,4	100,0	1 548	17,4
Fatick	11,2	9,5	7,4	70,9	0,8	100,0	708	28,1
Kaolack	8,5	8,4	6,9	74,9	1,0	100,0	1 642	23,9
Kolda	4,2	4,8	9,3	81,3	0,1	100,0	1 047	18,3
Louga	5,7	8,9	6,7	78,2	0,1	100,0	915	21,2
Matam	4,8	6,7	6,7	81,5	0,2	100,0	543	18,1
Saint-Louis	11,5	13,9	8,7	65,8	0,0	100,0	947	34,1
Tambacounda	5,3	4,2	4,8	85,2	0,2	100,0	851	14,4
Thiès	16,1	14,6	7,7	60,5	0,8	100,0	1 974	38,4
Ziguinchor	20,9	17,6	13,6	47,7	0,1	100,0	562	52,1
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	1,1	4,2	5,5	88,6	0,4	100,0	2 433	10,8
Second	2,8	4,8	6,7	84,8	0,5	100,0	2 565	14,3
Moyen	8,5	11,8	7,4	71,9	0,3	100,0	2 839	27,6
Quatrième	17,9	13,7	9,9	57,6	0,7	100,0	3 154	41,5
Le plus riche	36,6	18,4	9,5	34,4	0,5	100,0	3 610	64,5
Total	15,2	11,3	8,0	64,6	0,5	100,0	14 602	34,6

¹ Le total inclut les non déclarés.
² Correspond aux femmes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.

Pour ce qui est du quintile de bien être, comme il fallait s'y attendre, les proportions de femmes et d'hommes qui sont alphabétisés augmentent des ménages les plus pauvres aux plus riches. Par exemple, le pourcentage de femmes alphabétisées passe de 11 % parmi celles appartenant au quintile le plus pauvre à 65 % parmi celles appartenant au quintile le plus riche. Pour les hommes, le pourcentage pour ces deux catégories passe de 23 % à 79 %.

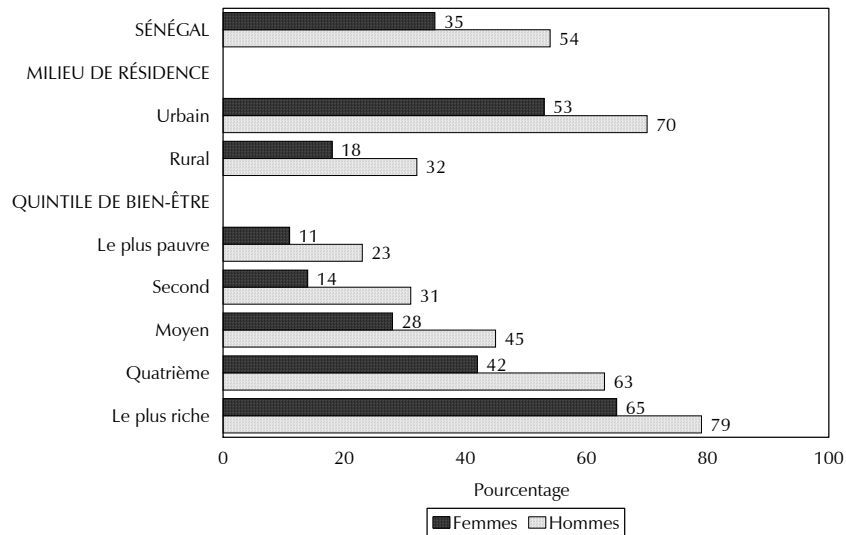
Tableau 3.4.2 Alphabétisation des hommes

Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction				Total ¹	Effectif	Pourcentage alphabétisés ²
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue			
Âge								
15-19	36,6	17,3	7,8	36,2	1,7	100,0	926	61,7
20-24	32,6	10,6	9,0	44,3	2,6	100,0	645	52,2
25-29	34,4	16,2	11,1	36,5	1,3	100,0	537	61,7
30-34	25,6	17,4	11,8	41,2	3,8	100,0	399	54,8
35-39	26,1	12,4	6,3	52,9	2,1	100,0	318	44,8
40-44	22,9	16,1	9,8	47,4	3,4	100,0	316	48,7
45-49	20,1	16,0	9,1	53,9	0,4	100,0	275	45,2
50-54	25,9	5,0	6,7	58,6	3,1	100,0	216	37,7
55-59	23,7	10,8	6,2	56,6	2,0	100,0	130	40,6
Milieu de résidence								
Urbain	45,3	17,1	7,8	27,1	2,3	100,0	2 101	70,2
Rural	11,0	11,2	10,3	65,0	2,0	100,0	1 660	32,4
Région								
Dakar	47,4	19,3	7,4	22,4	3,2	100,0	1 186	74,0
Diourbel	13,3	8,8	6,5	69,1	1,9	100,0	309	28,7
Fatick	17,9	11,2	8,2	58,7	3,8	100,0	174	37,3
Kaolack	24,1	12,4	8,0	53,6	1,5	100,0	369	44,5
Kolda	16,1	10,9	13,1	54,9	3,6	100,0	295	40,1
Louga	10,2	9,6	8,9	70,7	0,0	100,0	155	28,7
Matam	10,6	9,6	11,3	68,2	0,0	100,0	109	31,5
Saint-Louis	23,2	12,1	10,0	53,7	0,0	100,0	210	45,3
Tambacounda	14,1	9,4	11,3	60,0	4,5	100,0	247	34,8
Thiès	33,5	17,3	7,9	40,4	0,5	100,0	538	58,8
Ziguinchor	41,4	14,4	16,4	26,2	1,1	100,0	170	72,3
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	4,4	9,1	9,1	74,2	2,5	100,0	581	22,5
Second	9,3	10,5	11,5	65,2	2,5	100,0	556	31,2
Moyen	20,6	14,7	9,7	53,7	1,0	100,0	678	45,0
Quatrième	35,6	17,8	9,3	36,0	1,2	100,0	842	62,6
Le plus riche	55,8	16,6	6,8	16,9	3,4	100,0	1 104	79,3
Total	30,1	14,5	8,9	43,8	2,2	100,0	3 761	53,5

¹ Le total inclut les non déclarés.² Correspond aux hommes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.

Graphique 3.1 Proportion d’alphabétisés parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans



EDS-IV 2005

3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

Les données relatives à l’exposition des femmes et des hommes aux médias sont particulièrement importantes pour la mise en place des programmes d’éducation et de diffusion d’informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale. Les tableaux 3.5.1 et 3.5.2 présentent les données sur l’exposition des femmes et des hommes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite).

On constate que les hommes sont moins exposés que les femmes aux médias. En effet, plus de deux hommes sur cinq (45 %) et seulement moins d’une femme sur huit (12 %) ne sont exposés à aucun média. De tous les médias, la radio¹ est celui qui est le plus écouté : plus de huit femmes sur dix (81 %) et plus de la moitié des hommes (52 %) ont déclaré écouter la radio, au moins, une fois par semaine. La télévision² vient en seconde position : elle est regardée, au moins, une fois par semaine par plus de six femmes sur dix (63 %) et par près de la moitié des hommes (48 %). On note cependant que les hommes ont déclaré plus fréquemment que les femmes qu’ils lisaient des journaux : seulement 10 % des femmes contre 23 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés à la fois aux trois médias sont très faibles : seulement 9 % des femmes et 21 % des hommes.

Selon l’âge, on constate que les jeunes générations sont généralement plus exposées aux médias que les plus âgées. En effet, les proportions d’hommes exposés à aucun média varient de 39 % chez ceux de 15-19 ans à 59 % chez les hommes de 50-54 ans. Chez les femmes, les écarts sont beaucoup plus faibles.

¹ 87 % des ménages au Sénégal possèdent un poste radio (voir tableau 2.7).

² 40 %, un poste de télévision (voir tableau 2.7).

Tableau 3.5.1 Exposition aux média : Femmes

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	9,7	68,5	78,7	8,4	10,8	3 556
20-24	9,4	66,5	81,4	8,7	11,0	2 844
25-29	11,3	63,2	83,5	10,1	11,0	2 379
30-34	9,6	61,9	82,2	8,8	12,1	1 953
35-39	8,9	59,2	82,0	8,1	13,2	1 613
40-44	10,7	51,8	79,2	9,1	15,1	1 249
45-49	9,3	50,3	80,1	8,6	14,4	1 009
Milieu de résidence						
Urbain	18,2	86,7	86,4	16,7	4,0	7 117
Rural	1,9	39,8	75,8	1,3	19,4	7 485
Région						
Dakar	24,2	90,9	86,3	22,1	2,6	3 866
Diourbel	3,1	58,3	81,4	2,5	13,2	1 548
Fatick	5,1	42,3	79,2	3,9	16,3	708
Kaolack	4,5	38,9	75,1	3,6	19,4	1 642
Kolda	1,7	31,5	73,2	1,4	23,8	1 047
Louga	2,3	53,2	84,4	2,1	11,2	915
Matam	2,5	47,6	79,1	2,2	17,3	543
Saint-Louis	6,3	66,9	84,9	6,0	8,1	947
Tambacounda	2,3	42,6	71,4	2,2	23,1	851
Thiès	9,0	71,7	83,4	7,8	8,7	1 974
Ziguinchor	6,7	54,4	72,6	5,7	19,3	562
Niveau d'instruction						
Aucun	0,4	47,8	77,0	0,2	16,9	8 699
Primaire	10,9	80,2	85,5	9,6	6,2	3 677
Secondaire ou plus	45,1	91,8	88,9	41,2	1,9	2 226
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,8	15,3	70,3	0,2	27,4	2 433
Second	1,2	32,9	72,4	0,7	22,8	2 565
Moyen	3,4	59,9	80,5	2,7	12,0	2 839
Quatrième	11,3	87,4	85,9	10,0	3,2	3 154
Le plus riche	25,9	96,3	90,3	24,2	1,2	3 610
Total	9,9	62,7	81,0	8,8	11,9	14 602

Selon le milieu de résidence, les résultats font apparaître des différences significatives. En milieu rural, les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont proportionnellement plus nombreuses (19 %) qu'en milieu urbain (4 %). Chez les hommes, l'écart est également important, la proportion variant de 67 % en rural à 28 % en urbain.

Tableau 3.5.2 Exposition aux média : Hommes

Pourcentage d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	15,9	54,0	54,1	15,2	39,2	926
20-24	20,8	50,3	53,5	20,2	45,3	645
25-29	28,6	55,7	60,0	25,6	37,1	537
30-34	27,6	49,7	56,3	26,6	42,3	399
35-39	26,2	38,3	45,8	22,7	53,4	318
40-44	29,6	44,6	48,4	25,2	48,1	316
45-49	21,0	36,3	45,1	18,9	54,3	275
50-54	22,0	33,3	40,7	20,7	58,6	216
55-59	26,0	31,8	43,0	25,4	57,0	130
Milieu de résidence						
Urbain	36,7	68,2	68,9	34,2	27,7	2 101
Rural	5,4	22,0	30,8	4,6	67,0	1 660
Région						
Dakar	46,1	73,7	73,7	43,5	22,9	1 186
Diourbel	6,9	24,8	29,9	6,7	69,7	309
Fatick	11,0	28,0	35,4	8,5	60,4	174
Kaolack	10,9	32,8	39,2	9,5	56,7	369
Kolda	6,2	29,1	42,0	5,1	56,4	295
Louga	5,7	24,2	27,4	5,4	71,1	155
Matam	5,4	24,5	28,1	5,4	69,3	109
Saint-Louis	7,8	39,9	40,1	7,3	55,6	210
Tambacounda	9,1	26,4	33,4	8,2	63,0	247
Thiès	25,4	51,7	56,6	22,5	40,8	538
Ziguinchor	15,2	58,5	69,3	13,5	28,9	170
Niveau d'instruction						
Aucun	1,7	9,4	13,2	1,2	86,3	1 621
Primaire	18,8	60,1	66,8	17,5	28,3	1 007
Secondaire ou plus	56,9	91,9	94,6	53,0	0,9	1 133
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,6	10,6	22,1	1,3	77,1	581
Second	3,5	20,4	30,8	2,4	67,1	556
Moyen	12,5	38,0	42,0	10,3	54,8	678
Quatrième	30,3	57,6	59,9	27,7	36,7	842
Le plus riche	44,7	79,7	78,7	42,7	17,5	1 104
Total	22,9	47,8	52,1	21,1	45,0	3 761

Les résultats selon les régions mettent également en évidence des disparités : la proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est faible dans les régions de Dakar, Saint-Louis et Thiès (respectivement, 3 %, 8 % et 9 %). Elle est, par contre, très élevée dans certaines régions : 23 % pour la région de Tambacounda et 24 % pour Kolda. Chez les hommes, la proportion de ceux n'ayant aucun accès aux médias varie d'un minimum de 23 % à Dakar à un maximum de 71 % à Louga. En outre, le niveau d'instruction semble influencer de manière significative le niveau d'exposition aux médias. Que ce

soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 41 % des femmes et 53 % des hommes contre seulement 6 % des femmes et 18 % des hommes ayant le niveau d'instruction primaire. Par ailleurs, les résultats montrent que 17 % des femmes sans niveau d'instruction ne sont exposées à aucun média contre 2 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Ces proportions sont respectivement de 86 % et 1 % pour les hommes.

De même que pour le niveau d'instruction, on note une relation positive entre le niveau de bien-être du ménage et l'exposition aux médias. On constate que ce sont les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 43 % des hommes et 24 % des femmes contre seulement 1 % des hommes et 0 % des femmes des ménages les plus pauvres.

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Lors de l'EDS-IV, des questions relatives à l'emploi ont été posées aux hommes et aux femmes. On a considéré comme ayant un travail, les hommes et les femmes qui ont déclaré avoir eu au cours des douze mois précédant l'enquête, une activité rémunérée ou non, indépendamment du secteur d'activité. Les résultats sont présentés au tableau 3.6.

Dans l'ensemble, plus d'une femme sur deux (55 %) ne travaillait pas au moment de l'enquête ; une faible proportion (7 %) ne travaillaient pas au moment de l'enquête mais avaient eu une activité au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, près de quatre femmes sur dix (38 %) exerçaient une activité (tableau 3.6 et graphique 3.2). On note que le pourcentage de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un minimum de 22 % à 15-19 ans à un maximum de 57 % à 40-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent que ce sont les femmes en rupture d'union (58 %) qui étaient proportionnellement les plus nombreuses à exercer une activité au moment de l'enquête contre 39 % de celles en union et 38 % des célibataires. Le nombre d'enfants influence également l'activité économique de la femme. Plus le nombre d'enfants augmente, plus la proportion de femmes exerçant une activité augmente: de 30 % quand celles-ci n'ont pas d'enfant, la proportion passe à 50 % quand elles en ont 5 ou plus.

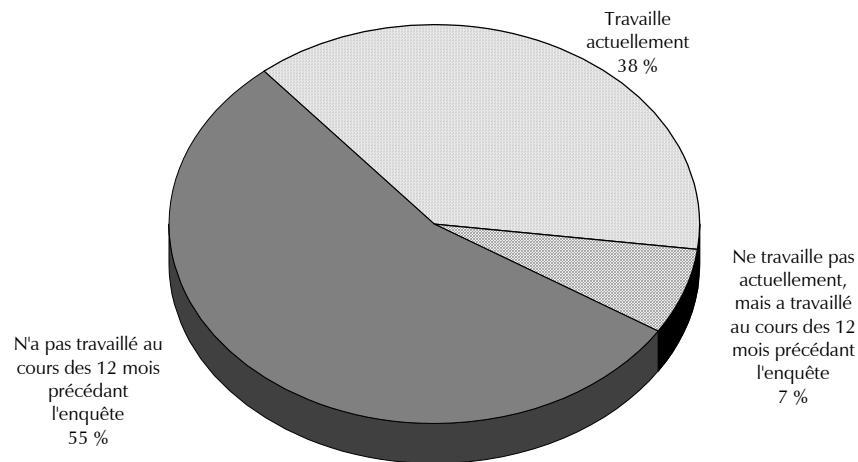
Tableau 3.6 Emploi

Répartition (en %) des femmes et hommes par le fait qu'elles ont, ou non, un emploi et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement	N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total	Effectif	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement	N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total	Effectif
Âge										
15-19	21,5	5,4	73,0	100,0	3 556	31,8	13,2	54,5	100,0	926
20-24	31,4	7,3	61,2	100,0	2 844	59,2	10,8	30,1	100,0	645
25-29	37,5	8,3	54,1	100,0	2 379	74,5	11,6	13,9	100,0	537
30-34	43,5	8,7	47,7	100,0	1 953	83,2	8,7	8,1	100,0	399
35-39	52,6	7,6	39,7	100,0	1 613	88,6	7,5	3,9	100,0	318
40-44	56,9	9,3	33,2	100,0	1 249	83,5	9,5	7,0	100,0	316
45-49	56,7	8,1	35,2	100,0	1 009	89,2	6,8	4,0	100,0	275
50-54	na	na	na	na	na	85,0	10,5	4,0	100,0	216
55-59	na	na	na	na	na	82,8	6,7	10,5	100,0	130
État matrimonial										
Célibataire	31,0	4,4	64,5	100,0	3 941	48,9	11,5	39,5	100,0	1 759
En union	39,0	8,8	52,1	100,0	9 866	82,5	9,4	8,0	100,0	1 866
Divorcée, séparée, veuve	58,0	6,4	35,5	100,0	795	66,9	12,1	21,0	100,0	135
Nombre d'enfants vivants										
0	30,3	5,0	64,6	100,0	5 376	67,2	9,8	22,9	100,0	1 425
1-2	35,8	7,6	56,5	100,0	3 711	64,8	9,6	25,4	100,0	1 162
3-4	43,1	9,2	47,7	100,0	2 613	67,4	10,3	22,3	100,0	632
5+	49,9	10,1	39,6	100,0	2 902	65,2	14,1	20,4	100,0	542
Milieu de résidence										
Urbain	42,7	3,7	53,4	100,0	7 117	64,8	7,0	28,2	100,0	2 101
Rural	33,3	11,1	55,6	100,0	7 485	67,9	14,8	16,9	100,0	1 660
Région										
Dakar	45,7	4,1	49,8	100,0	3 866	64,9	8,5	26,6	100,0	1 186
Diourbel	36,3	8,8	54,9	100,0	1 548	72,9	11,5	15,6	100,0	309
Fatick	30,7	13,4	55,8	100,0	708	67,9	10,9	21,1	100,0	174
Kaolack	30,5	15,3	54,2	100,0	1 642	63,9	14,6	20,9	100,0	369
Kolda	51,4	8,7	40,0	100,0	1 047	54,6	27,3	18,0	100,0	295
Louga	24,6	4,4	70,9	100,0	915	72,2	5,2	22,0	100,0	155
Matam	20,5	1,3	78,2	100,0	543	57,8	12,5	29,3	100,0	109
Saint-Louis	33,5	2,4	64,1	100,0	947	63,3	5,1	31,2	100,0	210
Tambacounda	38,5	12,1	49,4	100,0	851	76,0	9,1	14,9	100,0	247
Thiès	37,6	7,3	55,1	100,0	1 974	73,4	4,4	22,0	100,0	538
Ziguinchor	39,7	6,7	53,4	100,0	562	52,9	14,3	32,8	100,0	170
Niveau d'instruction										
Aucun	39,1	9,5	51,4	100,0	8 699	77,6	11,4	11,0	100,0	1 621
Primaire	37,5	4,9	57,2	100,0	3 677	67,8	9,1	22,7	100,0	1 007
Secondaire ou plus	33,7	3,7	62,6	100,0	2 226	48,4	10,4	41,1	100,0	1 133
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	30,7	17,7	51,6	100,0	2 433	64,1	22,4	13,1	100,0	581
Second	36,2	10,7	53,0	100,0	2 565	68,8	13,6	17,7	100,0	556
Moyen	37,7	5,5	56,7	100,0	2 839	69,3	6,8	23,5	100,0	678
Quatrième	40,9	3,7	55,3	100,0	3 154	70,5	6,1	23,4	100,0	842
Le plus riche	41,5	3,0	55,3	100,0	3 610	60,8	8,2	31,0	100,0	1 104
Total	37,9	7,4	54,5	100,0	14 602	66,2	10,5	23,2	100,0	3 761

na = Non applicable

Graphique 3.2 Travail des femmes de 15-49 ans



EDS-IV 2005

Les données selon le milieu de résidence montrent que c'est en milieu urbain que la proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée (43 %). Dans les régions, la proportion de femmes ayant une activité varie de 21 % à Matam et 25 % à Louga à un maximum de 51 % à Kolda et 46 % à Dakar. Selon le niveau d'instruction, on constate que les femmes n'ayant aucune instruction (39 %) étaient proportionnellement plus nombreuses à exercer une activité que celles ayant un niveau ayant une instruction secondaire ou plus (34 %). Par contre, les femmes des ménages les plus riches étaient plus fréquemment occupées (42 %) que celles des ménages les plus pauvres (31 %).

Les résultats concernant les hommes montrent que 66 % des hommes exerçaient une activité quelconque au moment de l'enquête. On constate, comme chez les femmes mais de manière plus irrégulière, que le pourcentage d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant de 32 % à 15-19 ans à 89 % à 35-39 ans et 45-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent, que les hommes en union et ceux en rupture d'union étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler au moment de l'enquête (respectivement, 83 % et 67 %). Par rapport au milieu de résidence, la proportion d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête est légèrement plus élevée en milieu rural (68 %) qu'en milieu urbain (65 %). Concernant le niveau d'instruction, les résultats montrent que les hommes sans niveau d'instruction (78 %) étaient, proportionnellement, plus nombreux à exercer une activité que ceux ayant un niveau primaire (68 %) et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (48 %). Enfin, on constate que dans les ménages les plus pauvres et les plus riches, les proportions d'hommes qui travaillaient sont moins élevées que dans les ménages intermédiaires.

Le tableau 3.7 présente les résultats selon le type d'occupation des femmes et des hommes. Six femmes sur dix, parmi celles qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, travaillaient dans le secteur des ventes et services (60 %). Par ailleurs, une femme sur quatre (25 %) travaillaient dans le secteur agricole, moins de 8 % faisaient un travail manuel non agricole, et seulement 6 % travaillaient en tant que cadre ou exerçaient une activité professionnelle technique ou administrative. Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion de femmes ayant déclaré une activité agricole est bien sûr plus élevée en milieu

rural (47 %) qu'en milieu urbain (3 %). Par région, cette proportion est seulement de 1 % dans la région de Dakar et elle est inférieure à 20 % dans les régions de Thiès, Matam et Saint-Louis. Par contre, elle est supérieure à 40 % dans les régions de Fatick (44 %) et Kaolack (49 %), et dépasse 55 % dans les régions de Tambacouda (59 %) et de Kolda (66 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 35 % des femmes travaillant dans l'agriculture n'ont aucun niveau d'instruction et moins de 3 % ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 3.7 Occupation

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes						Hommes					
	Professionnel/technicien/administratif	Ventes et services	Travail manuel non agricole	Agriculture	Total ¹	Effectif	Professionnel/technicien/administratif	Ventes et services	Travail manuel non agricole	Agriculture	Total ¹	Effectif
Âge												
15-19	0,3	62,3	9,3	27,1	100,0	957	2,1	13,0	42,5	39,0	100,0	417
20-24	5,3	52,8	12,8	28,4	100,0	1 100	2,0	19,4	52,4	25,9	100,0	451
25-29	7,3	59,9	7,8	24,4	100,0	1 091	10,9	21,6	45,4	21,6	100,0	463
30-34	7,4	60,9	7,3	23,7	100,0	1 019	11,5	24,6	39,0	23,8	100,0	366
35-39	5,8	65,0	5,6	23,0	100,0	972	17,6	20,3	34,6	25,4	100,0	306
40-44	8,0	60,4	5,1	25,6	100,0	827	14,0	20,8	34,0	30,5	100,0	294
45-49	5,8	63,4	4,5	25,0	100,0	654	14,2	22,5	25,7	33,9	100,0	264
50-54	na	na	na	na	na	na	23,1	19,2	19,7	36,7	100,0	206
55-59	na	na	na	na	na	na	14,7	16,5	12,7	48,6	100,0	117
État matrimonial												
Célibataire	8,0	68,8	11,1	11,1	100,0	1 396	5,3	19,7	48,3	25,1	100,0	1 061
En union	4,6	56,3	6,8	31,5	100,0	4 711	13,8	20,4	31,0	32,8	100,0	1 715
Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)	9,1	75,2	7,4	8,1	100,0	513	13,7	13,2	47,6	25,1	100,0	107
Nombre d'enfants vivants												
0	9,0	63,9	11,3	15,1	100,0	1 902	10,5	18,2	46,8	22,5	100,0	1 097
1-2	5,9	57,1	9,1	27,0	100,0	1 610	11,2	22,5	32,7	31,3	100,0	865
3-4	5,2	57,3	6,4	30,1	100,0	1 367	10,6	21,5	31,3	36,4	100,0	491
5+	2,3	62,0	3,8	31,4	100,0	1 741	10,2	17,2	33,8	37,0	100,0	429
Milieu de résidence												
Urbain	9,7	76,2	9,5	3,3	100,0	3 299	16,2	24,6	49,3	8,0	100,0	1 510
Rural	1,7	44,7	6,1	47,3	100,0	3 320	4,6	14,7	25,6	53,5	100,0	1 373
Région												
Dakar	11,9	76,3	10,1	0,8	100,0	1 927	17,3	28,3	49,9	3,9	100,0	871
Diourbel	2,2	67,7	9,9	20,2	100,0	698	8,2	18,2	41,4	28,1	100,0	261
Fatick	3,7	50,4	2,4	43,1	100,0	313	7,6	11,8	19,0	61,0	100,0	137
Kaolack	3,8	43,6	3,2	49,0	100,0	751	9,1	12,5	31,6	46,0	100,0	289
Kolda	1,0	28,6	4,0	66,1	100,0	629	4,7	16,9	16,4	61,0	100,0	242
Louga	2,8	64,9	6,9	25,0	100,0	266	5,6	24,3	29,8	37,2	100,0	120
Matam	3,0	58,4	21,6	17,0	100,0	118	6,4	27,2	35,9	27,4	100,0	77
Saint-Louis	7,8	67,0	6,2	19,1	100,0	340	7,7	20,3	36,2	34,0	100,0	143
Tambacounda	1,8	31,2	7,7	59,2	100,0	430	3,2	15,3	22,7	57,0	100,0	210
Thiès	3,5	71,9	8,9	12,8	100,0	886	10,8	15,2	44,0	26,5	100,0	418
Ziguinchor	3,6	57,0	6,5	32,2	100,0	261	11,4	10,0	42,8	34,3	100,0	114
Instruction												
Aucun	0,7	57,3	6,2	35,3	100,0	4 229	2,6	21,1	31,6	42,7	100,0	1 443
Primaire	3,2	73,9	11,4	10,6	100,0	1 558	5,5	14,9	55,0	23,2	100,0	774
Secondaire ou plus	35,8	50,8	8,9	2,5	100,0	832	34,3	23,1	32,0	9,0	100,0	666
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	0,5	22,5	2,6	74,3	100,0	1 177	1,7	10,2	11,5	75,1	100,0	502
Second	1,0	44,0	5,9	48,9	100,0	1 203	1,7	13,9	28,1	55,0	100,0	458
Moyen	3,0	74,8	6,9	15,0	100,0	1 225	6,6	19,6	45,4	26,1	100,0	515
Quatrième	5,6	81,2	10,7	1,0	100,0	1 407	13,2	25,0	47,7	11,5	100,0	645
Le plus riche	15,2	71,2	11,2	1,1	100,0	1 606	22,6	25,8	48,2	2,3	100,0	762
Total	5,7	60,4	7,8	25,4	100,0	6 619	10,7	19,9	38,0	29,7	100,0	2 883

na = Non applicable

¹ Les totaux incluent les non déclarés

C'est dans le travail manuel non agricole que près de quatre hommes sur dix (38 %) des hommes en activité travaillent; en outre, trois hommes sur dix (30 %) travaillent dans l'agriculture, deux sur dix (20 %) exercent dans le secteur des ventes et services et plus d'un sur dix (11 %) travaille en tant que cadre ou exerce une activité professionnelle technique ou administrative. De plus, on note selon l'âge que les proportions d'hommes exerçant un travail manuel qualifié ou non tendent à baisser au fur et à mesure que l'âge augmente.

Selon le milieu de résidence, on constate, comme on pouvait s'attendre, que ce soit en milieu rural que la proportion d'hommes ayant une activité agricole est la plus élevée (54 % contre 8 % en milieu urbain). Par contre, en milieu urbain, la proportion d'hommes exerçant un travail manuel qualifié ou non est nettement supérieure à celle observée en milieu rural (49 % contre 26 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 43 % des hommes travaillant dans l'agriculture n'ont aucun niveau d'instruction tandis que plus d'un homme sur trois (34 %) travaillant en tant que cadre ou exerçant une activité professionnelle technique ou administrative a un niveau d'instruction secondaire ou plus. La proportion des hommes qui sont des cadres ou sont occupés dans des activités professionnelles ou administratives augmente significativement avec le bien-être du ménage. Elle passe de 2 % chez les hommes vivant dans les ménages les plus pauvres à 23 % chez ceux des ménages les plus riches. La tendance s'inverse pour ceux qui ont une activité agricole : trois hommes sur quatre des ménages les plus pauvres (75 %) sont occupés dans l'agriculture contre seulement 2 % dans les ménages les plus riches.

Le tableau 3.8 présente la répartition des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenus, type d'employeur et en fonction de la régularité de l'emploi. Dans l'ensemble, on constate que la majorité des femmes 72 % des femmes ont été payées en argent seulement, 6 % en argent et en nature, 4 % en nature seulement et 18 % n'ont pas été payées (graphique 3.3). Les femmes travaillant ou ayant travaillé dans le secteur non agricole ont été plus fréquemment payées en argent (91 %) que celles qui ont exercé une activité dans le domaine agricole (17 %).

De plus, dans la majorité des cas (72 %) les femmes travaillaient pour leur propre compte, cela quel que soit le type d'emploi. Dans le secteur agricole, les femmes ont été en proportion un peu plus nombreuses à travailler pour un membre de la famille que dans le secteur non agricole (34 % contre 6 %). Enfin, dans 52 % des cas, les femmes ont travaillé toute l'année, en particulier celles ayant travaillé dans le secteur non agricole (67 %). Dans le secteur agricole, la majorité des femmes (92 %) ont été des saisonnières.

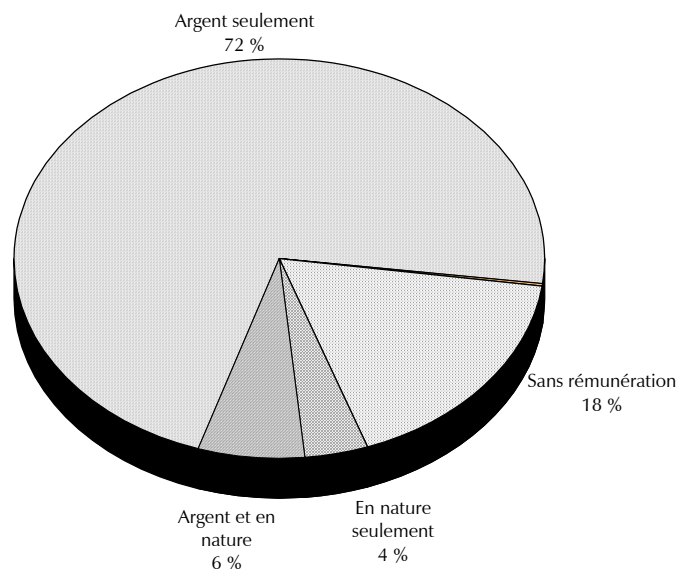
Tableau 3.8 Type d'emploi

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête par type de revenus, type d'employeur et régularité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non-agricole), EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique de l'emploi	Travail agricole	Travail non agricole	ND	Total
Type de revenu				
Argent seulement	17,4	90,9	71,6	72,1
Argent et en nature	18,3	2,2	1,8	6,3
En nature seulement	14,3	0,2	0,0	3,8
Sans rémunération	49,9	6,5	17,2	17,6
ND	0,0	0,1	9,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Type d'employeur				
Travaille pour un membre de la famille	34,3	5,6	9,7	12,9
Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	9,1	16,4	14,6	14,5
Travaille à son propre compte	56,6	77,8	66,3	72,3
ND	0,0	0,1	9,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Régularité du travail				
Annuel	6,5	67,0	52,9	51,6
Saisonnier	91,7	14,1	29,7	33,9
Occasionnel	1,5	18,5	8,0	14,1
ND	0,3	0,3	9,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 679	4 889	51	6 619

Note: Le total comprend les femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante.

Graphique 3.3 Type de revenu des femmes de 15-49 ans



EDS-IV 2005

Le tableau 3.9 présente les proportions de femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 derniers mois par type d'employeur selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Comme il a été indiqué plus haut, la majorité des femmes (72 %) travaillaient à leur propre compte. Cette proportion augmente avec l'âge : elle passe de 45 % parmi celles âgées de 15-19 ans à 87 % parmi celles de 45-49 ans. C'est en milieu urbain (75 %) et parmi celles n'ayant aucune instruction (74 %) que la proportion de femmes travaillant à leur compte est la plus élevée. En outre, plus d'une femme sur sept (15 %) travaillait pour quelqu'un d'autre que la famille. Il s'agit surtout des femmes urbaines (18 %) et de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (27 %). Plus d'une femme sur huit (13 %) travaillait pour un membre de la famille. Les femmes les moins instruites (15 %), les plus jeunes (26 % à 15-19 ans) et celles du milieu rural (19 %) sont proportionnellement plus nombreuses à travailler pour un membre de la famille que les autres.

Caractéristique	Type d'employeur			Total ¹	Effectif
	Travaille pour un membre de la famille	Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	Travaille à son propre compte		
Âge					
15-19	26,3	28,2	45,4	100,0	957
20-24	19,2	20,4	60,4	100,0	1 100
25-29	10,3	14,2	74,9	100,0	1 091
30-34	11,0	11,8	76,8	100,0	1 019
35-39	7,0	7,9	85,1	100,0	972
40-44	7,2	8,9	83,9	100,0	827
45-49	6,2	6,6	87,2	100,0	654
Milieu de résidence					
Urbain	6,9	17,7	75,2	100,0	3 299
Rural	18,9	11,5	69,5	100,0	3 320
Niveau d'Instruction					
Aucun	14,9	10,7	74,3	100,0	4 229
Primaire	11,9	18,2	69,8	100,0	1 558
Secondaire ou plus	5,0	27,1	67,0	100,0	832
Total	12,9	14,5	72,3	100,0	6 619

3.6 STATUT DE LA FEMME

Les constructions culturelles liées au genre et à la sexualité définissent le rôle des hommes et des femmes dans la société et ont un impact très important sur leur comportement. L'incorporation de la dimension genre est désormais nécessaire pour assurer la réussite de tout programme dans le domaine de la santé et de la population. À l'EDS-IV, le pouvoir de décision de la femme au sein du ménage, son droit à disposer de l'argent gagné et son opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels ont été choisis comme critère d'évaluation du statut de la femme au Sénégal. Les résultats sont présentés dans cette partie.

3.6.1 Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Le tableau 3.10 présente d'une part la répartition des femmes qui travaillent selon la personne qui décide de l'utilisation de leur revenu et d'autre part la répartition des femmes qui travaillent selon la part des dépenses du ménage qui sont couvertes par leurs revenus. Au Sénégal, plus de huit femmes sur dix (83 %) décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Cette proportion augmente avec l'âge : de 48 % chez les femmes de 15-19 ans, la proportion passe à 96 % chez celles de 45-49 ans. C'est parmi les femmes en rupture d'union (95 %), parmi celles du milieu urbain (85 %), parmi les plus instruites (89 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (84 %) que la proportion de femmes qui dispose le plus fréquemment « d'autonomie financière » est la plus élevée. À l'opposé, les femmes du milieu rural (81 %), celles ayant un niveau primaire (81 %) et celles des ménages les plus pauvres (76 %) sont celles qui décident le moins fréquemment de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Dans 12 % des cas, c'est une autre personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme. Il s'agit essentiellement des femmes les plus jeunes (49 % à 15-19 ans), celles qui sont célibataires (37 %), et les femmes ayant une instruction primaire (14 %). Enfin dans 5 % des cas, les femmes ont déclaré décider conjointement avec quelqu'un d'autre.

En ce qui concerne la contribution des femmes aux dépenses du ménage, les données collectées au cours de l'EDS-IV révèlent que dans près de quatre femmes sur dix (37 %), l'enquêtée ne contribue en aucune manière aux dépenses du ménage: il s'agit principalement des jeunes de 15-19 ans (52 %) et des célibataires (51 %). Seulement 7 % des femmes qui gagnent de l'argent affectent la totalité de leur revenu aux dépenses du ménage. Les femmes qui prennent en charge toutes les dépenses du ménage avec leur revenu sont celles qui sont âgées de 40 ans ou plus, celles qui sont en rupture d'union (18 %) et les femmes qui ont cinq enfants ou plus (11 %). La répartition selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage ne met pas en évidence d'écarts importants. Par ailleurs, on note aussi qu'environ trois femmes sur dix (29 %) couvrent au moins la moitié des dépenses du ménage avec leur revenu. Ce comportement est moins fréquent chez les jeunes femmes de 15-19 ans (18 %), les femmes célibataires (22 %), celles n'ayant aucun enfant (24 %), les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (26 %) et celles appartenant au quatrième quantile de bien-être (24 %) que chez les autres.

Tableau 3.10. Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Répartition (en %) des femmes travaillant ou ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et qui gagnent de l'argent en fonction de la personne qui décide de son utilisation et de la proportion dépensée pour les charges du ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Décision sur l'utilisation des revenus				Dépenses du ménage couvertes par les gains							
	Enquêtée toute seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre ¹	Autre personne décide seule ²	ND	Total	Pratiquement aucune	Moins de la moitié	Au moins la moitié	Toutes	ND	Total	Effectif
Âge												
15-19	47,8	3,6	48,6	0,1	100,0	52,2	24,1	17,5	6,1	0,2	100,0	644
20-24	74,6	5,7	19,6	0,1	100,0	48,3	25,2	22,7	3,5	0,3	100,0	765
25-29	84,3	7,3	8,3	0,1	100,0	42,6	24,6	29,3	3,6	0,1	100,0	883
30-34	89,3	5,2	5,2	0,3	100,0	35,3	31,7	27,2	5,7	0,1	100,0	843
35-39	93,5	4,3	2,3	0,0	100,0	30,6	26,2	34,9	8,3	0,0	100,0	824
40-44	93,5	4,1	2,4	0,0	100,0	23,5	30,2	32,5	13,7	0,1	100,0	685
45-49	95,5	2,4	1,9	0,2	100,0	20,5	30,6	35,3	13,4	0,2	100,0	547
État matrimonial												
Célibataire	59,8	3,4	36,8	0,0	100,0	51,1	21,7	22,3	4,8	0,0	100,0	1 071
En union	88,3	5,8	5,8	0,1	100,0	32,4	30,0	30,7	6,7	0,2	100,0	3 647
Divorcée, séparée, veuve	94,9	1,2	3,9	0,0	100,0	36,8	20,3	25,0	17,9	0,0	100,0	474
Nombre d'enfants vivants												
0	64,5	3,9	31,5	0,1	100,0	48,9	22,8	23,7	4,4	0,1	100,0	1 465
1-2	88,6	5,3	6,1	0,1	100,0	40,7	27,5	25,0	6,7	0,1	100,0	1 268
3-4	90,6	5,3	4,1	0,0	100,0	29,7	30,5	32,6	7,1	0,1	100,0	1 070
5+	91,7	5,1	3,0	0,2	100,0	25,6	29,7	33,4	11,2	0,1	100,0	1 389
Milieu de résidence												
Urbain	84,6	4,2	11,2	0,0	100,0	36,7	27,8	28,3	7,1	0,0	100,0	3 033
Rural	80,8	5,8	13,2	0,2	100,0	36,6	26,8	28,6	7,7	0,2	100,0	2 159
Région												
Dakar	83,5	4,9	11,6	0,0	100,0	35,3	28,4	28,7	7,6	0,0	100,0	1 797
Diourbel	81,9	5,3	12,5	0,2	100,0	44,8	29,0	22,1	3,8	0,2	100,0	526
Fatick	83,4	4,0	12,1	0,4	100,0	32,0	27,6	31,3	8,2	0,9	100,0	202
Kaolack	70,1	6,9	22,8	0,2	100,0	28,2	20,9	35,6	15,3	0,0	100,0	520
Kolda	85,3	5,4	9,1	0,2	100,0	33,2	28,1	32,3	6,0	0,4	100,0	300
Louga	86,0	3,0	11,0	0,0	100,0	40,3	31,7	25,6	2,3	0,0	100,0	211
Matam	91,6	2,0	5,8	0,5	100,0	48,2	29,1	17,0	5,2	0,5	100,0	103
Saint-Louis	88,6	4,5	6,9	0,0	100,0	43,5	30,1	22,2	4,3	0,0	100,0	297
Tambacounda	90,2	5,1	4,5	0,2	100,0	37,5	34,5	24,3	3,8	0,0	100,0	281
Thiès	82,5	3,6	13,9	0,0	100,0	38,4	22,9	31,1	7,7	0,0	100,0	764
Ziguinchor	87,3	6,6	6,2	0,0	100,0	32,1	27,5	30,3	9,9	0,3	100,0	191
Niveau d'instruction												
Aucun	82,9	4,7	12,2	0,1	100,0	34,6	28,2	28,0	9,1	0,2	100,0	2 465
Primaire	81,0	4,7	14,2	0,1	100,0	42,6	25,3	26,4	5,5	0,1	100,0	1 976
Secondaire ou plus	88,4	5,5	6,1	0,1	100,0	28,9	29,1	35,8	6,1	0,1	100,0	667
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	76,3	7,4	16,0	0,3	100,0	27,2	31,1	32,5	8,4	0,7	100,0	567
Second	81,4	5,5	13,1	0,0	100,0	29,7	28,5	33,1	8,7	0,0	100,0	796
Moyen	83,1	4,3	12,5	0,1	100,0	36,7	26,0	28,2	8,9	0,2	100,0	1 066
Quatrième	85,7	4,2	9,9	0,2	100,0	41,1	27,9	23,7	7,4	0,0	100,0	1 306
Le plus riche	84,0	4,5	11,5	0,0	100,0	40,3	25,9	28,8	5,0	0,0	100,0	1 457
Total	83,0	4,9	12,0	0,1	100,0	36,7	27,4	28,5	7,3	0,1	100,0	5 192

¹ En commun avec le conjoint ou quelqu'un d'autre.

² Y compris le conjoint.

Le tableau 3.11 présente la répartition des femmes en union qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la part des dépenses du ménage qui sont couvertes par les revenus de la femme.

Les résultats montrent que parmi les femmes actuellement en union qui n'affectent pratiquement rien de ce qu'elles gagnent aux dépenses du ménage, près de neuf femmes sur dix (88 %) décident seules de l'utilisation de leurs revenus, le mari ou partenaire n'intervenant que dans moins de 5 % des cas. Parmi celles qui consacrent la totalité de leurs gains pour couvrir les dépenses du ménage, pratiquement huit femmes sur dix (78 %) prennent aussi seules la décision d'utiliser leur argent. Il semble donc qu'au Sénégal la contribution de la femme qui travaille aux dépenses du ménage n'est pas influencée par sa capacité de décision concernant l'argent qu'elle gagne.

Contribution aux dépenses du ménage	Elle-même	Avec conjoint/partenaire	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint/partenaire seul	Quelqu'un d'autre seul	Total ¹	Effectif ²
Pratiquement aucune	92,1	2,1	1,3	1,8	2,5	100,0	1 183
Moins de la moitié	88,4	5,9	0,8	3,2	1,6	100,0	1 093
Au moins la moitié	86,7	6,5	0,5	4,0	2,3	100,0	1 119
Toutes	78,5	6,3	0,9	11,2	3,2	100,0	245
ND	*	*	*	*	*	*	6
Total	88,3	4,9	0,9	3,5	2,3	100,0	3 647

3.6.2 Prise de décision dans le ménage

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décision au sein du ménage, on a posé aux femmes des questions pour savoir qui, de l'enquêtée ou de quelqu'un d'autre, avait le dernier mot dans certaines décisions. Ces décisions portaient sur les soins de santé de la femme, les achats importants pour le ménage, les achats quotidiens pour le ménage, les visites à la famille et/ou aux parents et la préparation quotidienne des repas. Les questions ont été posées à toutes les femmes.

Selon le tableau 3.12, qui ne présente les résultats que pour les femmes en union, on constate que c'est dans la préparation quotidienne des repas que les femmes ont le plus fréquemment le dernier mot (56 %). Par contre, quand il s'agit de leurs propres soins de santé, seulement 14 % décident en dernier ressort et dans 67 % des cas, c'est le conjoint seul qui décide. C'est en ce qui concerne la décision sur les achats importants du ménage que la proportion de femmes qui ont le dernier mot est la plus faible (8 %). Dans six cas sur dix (60 %), c'est le conjoint qui a le dernier mot.

Tableau 3.12 Participation des femmes dans la prise de décision

Répartition (en %) des femmes en fonction de la personne qui a le dernier mot pour certaines prises de décision, selon l'état matrimonial et le type de décision, EDS-IV Sénégal 2005

Type de décision	Enquêtée elle-même	Avec son conjoint	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint seul	Quelqu'un d'autre seul	Aucune décision prise/NA	Total ¹	Effectif
Propres soins de santé	13,7	6,0	0,5	66,8	12,8	0,1	100,0	9 866
Achats importants pour le ménage	7,5	8,3	1,6	59,9	22,2	0,3	100,0	9 866
Achats quotidiens pour le ménage	15,8	9,1	2,6	48,7	23,2	0,3	100,0	9 866
Visites à la famille ou aux proches	14,6	14,6	3,8	49,0	16,6	1,2	100,0	9 866
Préparation quotidienne des repas	55,6	2,5	9,2	9,6	18,6	4,3	100,0	9 866

¹ Total inclut les ND.

Dans l'ensemble, seulement moins d'une femme sur dix (9 %), qu'elle soit en union ou pas, a déclaré avoir décidé en dernier ressort pour toutes les décisions citées et, à l'opposé, près de deux femmes sur cinq (38 %) n'ont eu le dernier mot dans aucune décision (tableau 3.13). Les femmes en rupture d'union sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir le dernier mot (28 % contre 9 % parmi celles en union et 3 % pour les célibataires) dans toutes les décisions citées. Par contre, plus de sept jeunes filles de 15-19 ans sur dix (72 %), près des trois quarts des célibataires (74 %) et un peu moins de la moitié des femmes qui ne travaillent pas (45 %) ont déclaré n'avoir le dernier mot dans aucune décision. Les femmes qui exercent un travail rémunéré sont proportionnellement plus nombreuses à avoir le dernier mot dans toutes les décisions (15 %) que celles qui ne travaillent pas (5 %) et que celles qui travaillent sans être payées (6 %). Concernant les résultats en fonction du type de décision, on constate que plus de la moitié des femmes (51 %) ont déclaré avoir eu le dernier mot pour la préparation du repas quotidien. À l'opposé, quand il s'agit des achats importants du ménage et des soins de santé, les proportions sont plus faibles (respectivement 15 % et 20 %). En outre, plus d'une femme sur cinq (22 %) décide des achats quotidiens et dans moins de trois cas sur dix (29 %), elles décident des visites qu'elles effectuent à la famille et à leurs amis.

Tableau 3.13 Participation des femmes dans la prises de décision selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir le dernier mot, seule ou en commun avec quelqu'un, pour certaines prises de décision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Décide seule ou en commun avec quelqu'un de :							Effectif de femmes
	Propres soins de santé	Achats importants pour le ménage	Achats quotidiens pour le ménage	Visites à la famille ou aux proches	Préparation quotidienne des repas	Toutes les décisions citées	Aucune des décisions citées	
Âge								
15-19	6,3	3,7	5,0	11,8	20,0	2,2	71,9	3 556
20-24	14,8	9,4	13,9	22,3	42,3	4,5	45,4	2 844
25-29	19,9	13,8	22,1	28,7	58,4	6,5	30,1	2 379
30-34	24,4	17,9	29,0	33,2	68,4	9,4	20,6	1 953
35-39	29,3	24,9	37,9	43,0	72,4	15,1	17,1	1 613
40-44	35,2	30,5	40,3	47,8	72,2	18,9	16,0	1 249
45-49	37,3	32,4	45,0	52,2	78,2	23,3	13,4	1 009
État matrimonial								
Célibataire	11,6	5,1	5,8	13,7	13,6	3,2	73,8	3 941
En union	20,2	17,4	27,6	33,0	67,2	9,2	24,4	9 866
Divorcée, séparée, veuve	55,0	34,3	35,9	51,4	41,6	28,0	33,0	795
Nombre d'enfants vivants								
0	12,8	7,3	9,5	16,9	22,6	4,0	65,5	5 376
1-2	21,9	16,6	23,4	32,0	57,6	9,3	29,8	3 711
3-4	22,5	18,4	30,3	35,5	72,7	10,7	19,3	2 613
5+	27,4	24,2	36,6	40,8	77,3	14,4	15,5	2 902
Milieu de résidence								
Urbain	25,7	18,8	25,5	32,1	47,2	11,4	39,5	7 117
Rural	14,1	11,4	18,9	25,7	55,2	6,0	37,0	7 485
Niveau d'instruction								
Aucun	18,6	15,3	23,5	28,6	57,0	8,9	34,2	6 743
Primaire	17,8	12,9	19,5	27,1	48,9	6,9	40,7	5 633
Secondaire ou plus	28,0	19,4	24,8	33,7	40,3	12,2	44,1	2 226
Emploi								
Ne travaille pas actuellement	12,9	9,8	15,7	23,5	47,6	5,3	44,5	9 036
Travail payé	34,9	26,1	35,6	40,4	58,3	15,5	25,4	4 634
Travail non payé	11,1	10,1	17,5	22,0	54,1	6,0	40,2	890
ND	11,5	12,1	14,0	16,2	33,7	8,8	64,5	42
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	12,6	10,1	17,6	24,2	58,3	5,5	35,4	2 433
Second	16,3	14,1	21,8	28,4	55,8	7,1	35,8	2 565
Moyen	18,1	13,6	19,6	26,5	50,9	8,3	38,7	2 839
Quatrième	21,0	15,9	23,3	27,7	49,5	9,2	39,9	3 154
Le plus riche	27,2	19,2	26,5	34,9	45,4	11,6	40,0	3 610
Total	19,7	15,0	22,1	28,8	51,3	8,6	38,2	14 602

3.6.3 Opinion des femmes sur la violence conjugale

Au cours de l'EDS-IV, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il est justifié qu'un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 3.14 présente les pourcentages de femmes qui sont d'accord avec certaines raisons spécifiques justifiant qu'un mari batte sa femme ou sa partenaire. Ces proportions sont présentées selon différentes caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées. La majorité des femmes (65 %) pense que pour, au moins une des raisons citées, un homme a le droit de battre sa femme ou partenaire. C'est parmi les femmes en union (68 %), celles du milieu rural (73 %), celles n'ayant aucune instruction (72 %) et les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres (76 %) que la proportion de celles qui partagent cette opinion est la plus élevée (61 % et 62 %). À l'opposé, c'est parmi les femmes urbaines (57 %), celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (46 %) et les femmes appartenant aux ménages les plus riches (50 %) que l'on constate les proportions les plus faibles de femmes qui approuvent cette opinion selon laquelle pour au moins une des raisons citées, un homme peut battre son épouse ou partenaire.

Par ailleurs, le tableau 3.14 présente les résultats selon les différentes raisons citées. On constate que c'est dans le cas où la femme sort sans le dire à son mari ou partenaire que la proportion de femmes qui pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme est la plus élevée (50 %). Dans également environ la moitié des cas (49 %), les femmes approuvent ce comportement du mari/ partenaire quand la femme néglige les enfants ou discute ses opinions, en particulier en milieu rural (58 %) et parmi les femmes sans niveau d'instruction (respectivement, 56 % et 55 %). Plus de quatre femmes sur dix (45 %) approuvent ce comportement quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Enfin, pour 23 % des femmes, il est justifié qu'un homme batte sa femme ou partenaire quand celle-ci brûle la nourriture ; ce sont toujours les femmes du milieu rural et celles sans niveau d'instruction qui se sont déclarées le plus fréquemment en accord avec cette opinion (respectivement, 27 % et 28 %).

Tableau 3.14 Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, un mari batte sa femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pense qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme quand :					Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif de femmes
	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants				
Âge								
15-19	25,5	49,9	50,1	49,2	41,4	66,2	3 556	
20-24	22,3	47,9	49,5	49,0	43,9	64,7	2 844	
25-29	22,1	46,9	46,9	46,3	45,4	64,0	2 379	
30-34	23,1	47,9	49,5	47,6	47,3	63,9	1 953	
35-39	23,5	50,0	49,7	48,3	45,8	64,8	1 613	
40-44	22,7	50,5	53,1	52,1	49,0	67,8	1 249	
45-49	23,0	47,7	51,5	48,7	49,2	65,1	1 009	
État matrimonial								
Célibataire	21,9	43,3	40,9	42,4	34,4	59,6	3 941	
En union	24,2	51,6	53,7	51,8	49,7	68,0	9 866	
Divorcée, séparée, veuve	20,7	38,8	43,5	39,1	39,0	57,4	795	
Nombre d'enfants vivants								
0	21,9	45,0	43,9	44,7	37,4	61,5	5 376	
1-2	22,5	48,0	50,7	47,8	45,7	64,7	3 711	
3-4	23,8	51,0	51,9	52,3	49,5	67,6	2 613	
5+	26,7	54,1	57,2	53,6	54,0	70,3	2 902	
Milieu de résidence								
Urbain	19,1	38,7	38,0	39,1	34,0	57,1	7 117	
Rural	27,4	58,1	60,8	57,6	55,4	72,8	7 485	
Niveau d'instruction								
Aucun	27,8	55,2	58,6	55,6	53,3	71,8	6 743	
Primaire	21,5	48,2	47,7	47,2	43,5	64,6	5 633	
Secondaire ou plus	14,8	29,9	27,9	30,9	23,6	46,3	2 226	
Emploi								
Ne travaille pas actuellement	24,9	51,0	50,6	49,4	46,5	65,9	9 036	
Travail payé	21,0	45,2	46,9	46,6	43,2	62,9	4 634	
Travail non payé	20,6	44,8	56,3	51,5	40,3	70,7	890	
ND	15,9	19,2	20,5	21,8	16,3	33,4	42	
Nombre de décisions prises par la femme¹								
0	25,7	49,7	49,9	50,1	43,4	65,0	5 580	
1-2	23,0	49,1	51,4	49,3	48,5	66,4	6 182	
3-4	19,1	45,5	44,4	43,1	41,6	63,7	1 579	
5	20,2	45,7	46,7	45,3	38,9	61,8	1 260	
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	30,3	61,7	66,4	63,4	56,9	75,7	2 433	
Second	28,4	55,9	59,0	56,4	54,1	72,6	2 565	
Moyen	23,9	54,4	55,9	53,0	52,5	70,7	2 839	
Quatrième	24,4	44,6	43,8	44,0	41,8	63,0	3 154	
Le plus riche	13,7	33,7	32,1	33,6	27,4	50,3	3 610	
Total	23,4	48,6	49,7	48,6	45,0	65,2	14 602	

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

3.6.4 Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels

Durant l'EDS-IV, on a également demandé aux femmes si elles pensaient qu'il est justifié que pour certaines raisons citées, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari ou partenaire. Le tableau 3.15 présente les résultats selon différentes caractéristiques sociodémographiques et en fonction des différentes raisons citées.

Pratiquement plus d'une femme sur quatre (27 %) pense qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, cela quelle que soit la raison citée. C'est parmi les femmes en rupture d'union (34 %), celles qui ont le dernier mot dans 5 décisions (34 %), et curieusement, parmi celles ayant déclaré qu'il y a 5 raisons qui justifient qu'un homme batte sa femme (32 %) que cette proportion est la plus élevée. Selon les raisons spécifiques, les résultats montrent que c'est dans le cas où elle sait que son mari a une IST (82 %) ou quand la femme vient d'accoucher (84 %) que les proportions de femmes qui approuvent qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari sont les plus élevées. De plus, 63 % estiment qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son époux/partenaire quand la femme sait que son mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes. Dans près de quatre femmes sur dix (37 %), ce comportement est considéré comme étant acceptable quand la femme est fatiguée ou n'est pas d'humeur. Par contre, pour seulement 7 % des femmes, aucune raison ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels.

Tableau 3.15 Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand:						Effectif de femmes
	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatigué ou n'est pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	
Âge							
15-19	75,0	61,9	75,8	40,2	30,1	14,0	3 556
20-24	82,9	62,5	85,7	35,8	25,5	6,1	2 844
25-29	83,4	64,1	86,7	34,7	24,8	4,3	2 379
30-34	84,1	62,7	84,6	39,1	27,1	4,8	1 953
35-39	83,3	64,2	86,7	34,3	23,9	4,4	1 613
40-44	86,3	64,3	86,9	36,6	26,9	3,6	1 249
45-49	85,3	61,3	87,2	34,6	25,1	3,9	1 009
État matrimonial							
Célibataire	76,3	62,5	75,7	40,1	29,5	13,9	3 941
En union	83,6	62,7	86,8	34,8	24,9	4,5	9 866
Divorcée, séparée, veuve	85,8	67,0	83,5	47,9	33,9	4,5	795
Nombre d'enfants vivants							
0	77,6	62,6	77,9	39,2	28,6	11,8	5 376
1-2	83,1	64,1	86,9	37,2	26,4	4,3	3 711
3-4	85,5	63,5	86,1	35,5	25,0	4,2	2 613
5+	84,3	61,4	87,7	33,7	24,7	4,2	2 902
Milieu de résidence							
Urbain	79,6	62,3	80,4	40,2	28,1	8,8	7 117
Rural	83,7	63,4	86,7	33,9	25,3	5,4	7 485
Niveau d'instruction							
Aucun	80,2	61,2	83,4	34,5	25,0	7,1	6 743
Primaire	82,1	62,7	84,2	36,4	26,1	7,4	5 633
Secondaire ou plus	85,4	68,4	82,7	45,7	33,2	5,9	2 226
Emploi							
Ne travaille pas actuellement	81,3	63,1	84,1	36,5	26,3	7,6	9 036
Travail payé	81,3	63,2	84,6	38,0	27,2	6,2	4 634
Travail non payé	89,4	60,2	74,8	37,0	27,8	3,7	890
ND	54,9	34,9	52,8	20,9	20,9	43,3	42
Nombre de décisions prises par la femme¹							
0	77,4	62,9	79,6	40,2	30,4	11,1	5 580
1-2	84,0	61,6	85,7	33,4	22,7	4,4	6 182
3-4	86,0	64,7	88,7	33,7	23,2	3,7	1 579
5	84,5	66,7	84,8	44,5	33,8	6,1	1 260
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme							
0	81,9	62,2	84,1	39,4	28,3	8,3	5 088
1-2	78,2	56,6	76,5	35,0	21,7	7,7	2 922
3-4	84,2	65,5	86,4	34,1	25,2	5,5	4 309
5	81,1	67,5	86,3	39,5	32,0	6,1	2 283
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	83,3	61,0	84,3	36,6	26,6	6,3	2 433
Second	84,3	62,9	86,6	38,2	28,0	4,9	2 565
Moyen	82,8	63,5	87,6	35,4	27,1	6,0	2 839
Quatrième	77,4	63,3	80,0	36,2	25,2	9,7	3 154
Le plus riche	81,7	63,3	81,1	38,3	26,6	7,4	3 610
Total	81,7	62,9	83,6	37,0	26,6	7,0	14 602

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

Salif Ndiaye

Lors de l'EDS-IV, des informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes afin d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager les tendances et de mettre en évidence d'éventuelles différences entre certains groupes socioéconomiques. À cet effet, au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les femmes de 15-49 ans le nombre total d'enfants nés vivants qu'elles avaient eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elles de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. Ensuite, l'historique complet des naissances de l'enquêtée était reconstitué, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles, le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, l'enquêtrice enregistrerait leur âge au moment de l'enquête et distinguait ceux vivant avec la mère de ceux vivant ailleurs ; pour les enfants décédés, elle enregistrerait l'âge au décès.

L'enquête étant rétrospective, les données collectées permettent d'estimer, non seulement le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 dernières années précédant l'enquête. Cependant, il convient de mentionner certaines limites inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit :

- du sous enregistrement des naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, d'enfants qui ne vivent pas avec leur mère, d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- de l'imprécision des déclarations de date de naissance *et/ou* d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui pourrait entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges *et/ou* pour certaines périodes ;
- du biais sélectif de la survie, c'est-à-dire que les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Les informations peuvent également être affectées par le mauvais classement des dates de naissance d'enfants nés depuis 2000, transférées vers les années précédentes. Ces transferts d'année de naissance, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes de type EDS, sont parfois effectués par les enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants nés depuis 2000 (section 4 du questionnaire). On constate que des transferts de naissances se sont produits¹ de 2000 vers 1999.

Cependant, ces transferts ne sont pas suffisamment importants pour affecter de façon significative les niveaux actuels de fécondité.

¹ À l'Annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances de l'année x à la demi-somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit $NJ/(Nx-i+Nx+J/2)$), rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 2000 (rapport = 94 < 100) et un excédent en 1999 (rapport = 110 > 100).

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indicateur conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si les taux de fécondité du moment restaient invariables. Pour la fécondité actuelle, les taux et l'ISF ont été calculés pour la période des quatre années ayant précédé l'enquête. Cette période de référence de trois années a été choisie afin de pouvoir fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles et tout en disposant de suffisamment de cas afin de réduire les erreurs de sondage.

Selon le tableau 4.1, illustré par le graphique 4.1, les taux de fécondité par âges suivent le schéma classique observé, en général, dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (101 ‰ à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (250 ‰) et qui, par la suite, décroît régulièrement. La fécondité des femmes sénégalaises demeure élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 5,3 enfants en fin de vie féconde.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF) et taux brut de natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
15-19	64	137	101
20-24	148	274	212
25-29	199	299	250
30-34	198	257	228
35-39	139	197	169
40-44	60	86	74
45-49	19	24	22
ISF 15-49 ans	4,1	6,4	5,3
TGFG	134	215	176
TBN	33,4	44,0	39,3

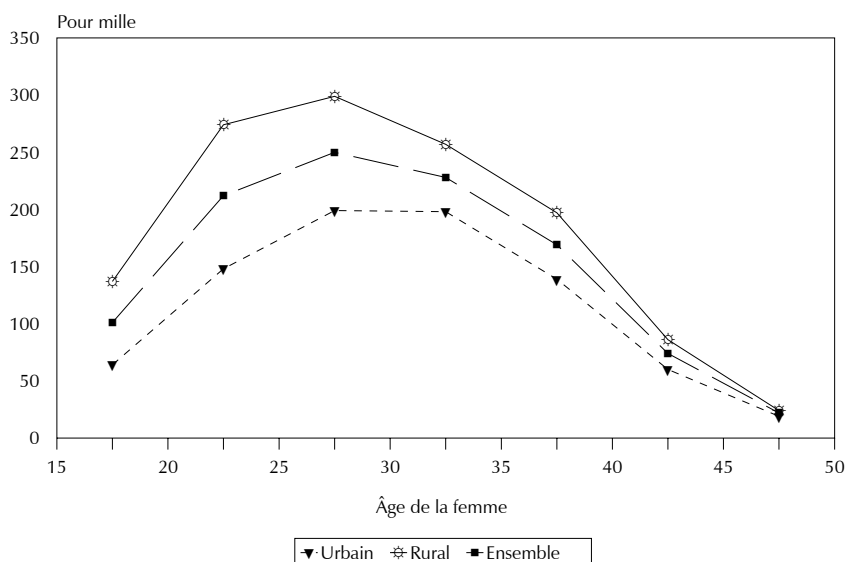
Note : Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

ISF : Indice synthétique de fécondité pour les âges de 15-49 ans, exprimé pour une femme.

TGFG : Taux global de fécondité générale pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans.

TBN : Taux brut de natalité pour 1 000 individus.

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



EDS-IV 2005

En outre, les différences de fécondité sont très nettes entre le milieu urbain et le milieu rural. Le niveau de fécondité est nettement plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (ISF de respectivement 4,1 et 6,4 enfants par femme). En fin de vie féconde, les femmes des zones rurales donneraient naissance, en moyenne, à plus de 2 enfants de plus que celles du milieu urbain. Cette différence de niveau de fécondité entre urbain et rural s'observe à tous les âges.

En outre, l'ISF varie de façon très importante selon la région de résidence. Mis à part Dakar (3,7 enfants par femme), le nombre moyen d'enfants par femme varie d'un minimum de 4,9 à Ziguinchor à un maximum de 6,7 dans la région de Fatick, soit un écart de près de deux enfants entre ces deux extrêmes (tableau 4.2). Ziguinchor (4,9 enfants par femme), Saint-louis (5,2) et Thiès (5,5) sont les régions dont la fécondité est la plus faible ; à l'opposé, Fatick (6,7), Kolda (6,4) et Diourbel (6,3) et Tambacounda (6,2) ont la fécondité la plus forte. On constate par ailleurs que l'ISF présente des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes : d'un minimum de 3,0 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus, il est de 4,8 chez celles ayant un niveau primaire et de 6,1 chez celles sans instruction.

On observe par ailleurs une corrélation négative entre la fécondité et le niveau de bien-être. L'ISF, le pourcentage de femmes enceintes et la parité moyenne diminuent de façon très nette avec le niveau de richesse. Par exemple, l'ISF passe de 7,0 enfants dans les ménages du premier quintile qui sont aussi les plus pauvres, à 6,3 dans le second quintile et tombe à 3,8 enfants dans le quintile le plus riche.

Au tableau 4.1, figure également le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer qui est estimé à 176 ‰. Comme l'ISF, cet indicateur varie de façon importante selon le milieu de résidence : il est de 134 ‰ en urbain contre 215 ‰ en milieu rural.

Au tableau 4.2 figure le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans : ce nombre est assimilable à la descendance finale. À l'inverse de l'ISF (qui mesure la fécondité actuelle des femmes de 15-49 ans), cet indice est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, quand l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants nés par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Au Sénégal, l'écart

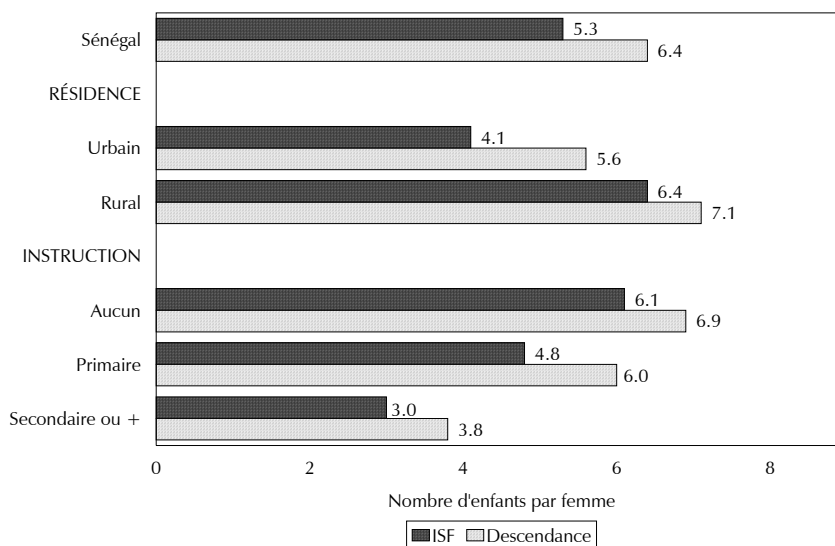
Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques sociodémographiques

Indice synthétique de fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Indice synthétique de fécondité	Pourcentage de femmes actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants par femme de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Urbain	4,1	6,1	5,6
Rural	6,4	10,8	7,1
Région			
Dakar	3,7	4,6	5,4
Diourbel	6,3	10,5	7,2
Fatick	6,7	8,1	7,2
Kaolack	5,9	10,6	7,1
Kolda	6,4	12,0	6,9
Louga	5,6	9,9	6,4
Matam	5,7	10,3	6,1
Saint-Louis	5,2	9,4	6,4
Tambacounda	6,2	13,2	6,8
Thiès	5,5	7,9	6,3
Ziguinchor	4,9	7,5	6,6
Niveau d'instruction			
Aucun	6,1	10,5	6,9
Primaire	4,8	6,9	6,0
Secondaire ou plus	3,0	3,5	3,8
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	7,0	12,3	7,4
Second	6,3	10,5	7,2
Moyen	5,5	8,2	6,6
Quatrième	4,3	6,5	6,1
Le plus riche	3,8	6,2	5,0
Ensemble	5,3	8,5	6,4
Ensemble EDS-III 1997	5,7	8,3	7,1

entre l'ISF (5,3) et la descendance (6,4), soit 1,1 enfants est assez important pour suggérer une tendance à la baisse (graphique 4.2). Les écarts les plus importants entre ces deux indices sont observés chez les femmes urbaines (1,5 enfants), chez les femmes de niveau primaire (1,2), et dans les régions de Ziguinchor (1,7), de Dakar (1,7), de Kaolack (1,2), de Saint-Louis (1,2) et dans les deux derniers quintiles de niveau de bien-être économique (plus de 1,2 enfants). C'est donc parmi ces femmes que le niveau de la fécondité aurait le plus tendance à diminuer.

Graphique 4.2 Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans



EDS-IV 2005

Le tableau 4.2 fournit aussi le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et qui ne le savent pas n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, on constate que 9 % des femmes se sont déclarées enceintes. Par ailleurs, les proportions de femmes enceintes présentent les mêmes variations que l'ISF selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, ce qui dénote une cohérence interne des données.

4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Le Sénégal a réalisé quatre Enquêtes Démographiques et de Santé au cours de ces vingt dernières années dont un des objectifs principaux était l'estimation du niveau de la fécondité. À partir de ces quatre sources de données, on peut donc suivre les tendances de la fécondité (tableau 4.3 et graphique 4.3).

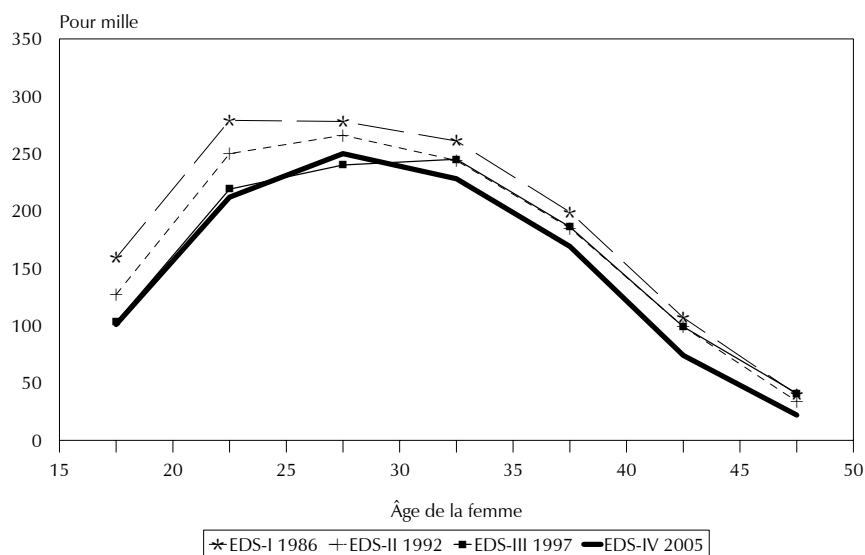
La comparaison des résultats de l'EDS-IV avec ceux des enquêtes précédentes révèle une tendance régulière à la baisse des niveaux de la fécondité

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité				
Groupe d'âges	EDS 1986	EDS 1992	EDS 1997	EDS 2005
15-19	159	127	103	101
20-24	279	250	219	212
25-29	278	266	240	250
30-34	261	244	245	228
35-39	199	185	186	169
40-44	107	99	99	74
45-49	40	34	41	22
ISF 15-49 ans	6,6	6,0	5,7	5,3

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes

mesurés par l'ISF. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,6 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997 et 5,3 en 2005. Pratiquement, à tous les âges, les taux de fécondité ont accusé la même tendance. Par ailleurs, les quatre courbes des taux de fécondité présentent une allure similaire : en effet, elles augmentent à partir de 15-19 ans, puis elles accusent un palier entre 20-29 ans pour décroître ensuite de manière régulière jusqu'à 45-49 ans. On remarque qu'à tous les âges, à l'exception du groupe d'âge 25-29 ans, la courbe de l'EDS-IV est située nettement en dessous des précédentes alors que celles de l'EDS-II et de l'EDS-III sont pratiquement confondues entre 30 et 44 ans, indiquant ainsi une baisse récente plus nette depuis 1997.

Graphique 4.3 Taux de fécondité par âge selon l'EDS-I 1986, l'EDS-II 1992, l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005



Les données collectées lors de l'EDS-IV permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité des groupes d'âges des femmes, par périodes quinquennales avant l'enquête (tableau 4.4 et graphique 4.4). On constate que dans tous les groupes d'âges, les taux de fécondité ont régulièrement baissé des périodes les plus anciennes aux plus récentes. Ainsi, par exemple, pour le groupe d'âges 20-24 ans, le taux de fécondité estimé à 270 ‰, il y a 17 à 22 ans, est tombé à 258 ‰ à 12-16 ans avant, puis à 227 ‰ à 7-11 ans avant, pour se situer à 218 ‰ au cours des six dernières années. Ces résultats confirment donc la tendance à la baisse de la fécondité, tendance qui se serait accélérée au cours des dernières années.

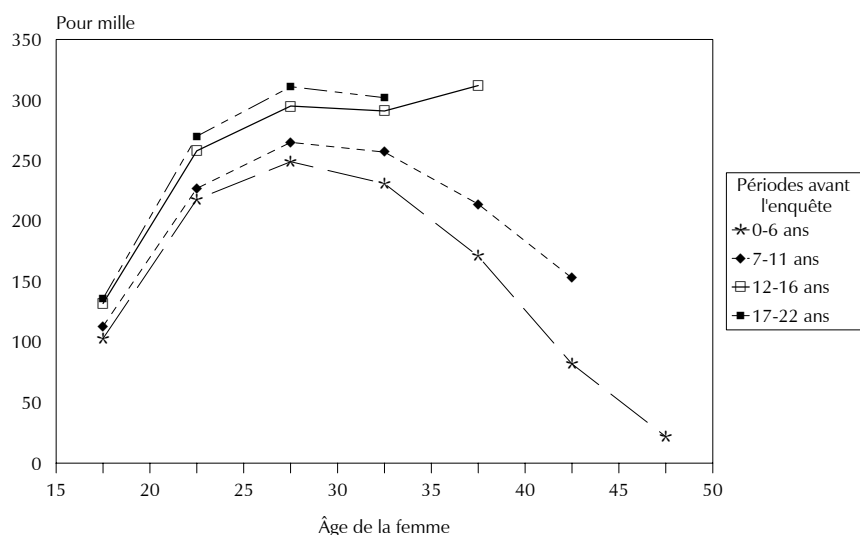
Tableau 4.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge (en pour mille) par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Nombre d'années ayant précédé l'enquête			
	0-6	7-11	12-16	17-22
15-19	102,9	112,5	132,4	135,8
20-24	217,6	226,5	257,9	269,7
25-29	249,0	264,9	295,2	310,8
30-34	231,4	257,3	291,0	[301,5]
35-39	170,8	213,9	[311,6]	-
40-44	81,6	[153,0]	-	-
45-49	[21,7]	-	-	-

Note : Les taux de fécondité par âges sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDS-IV 2005



EDS-IV 2005

4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Les parités moyennes par groupe d'âges sont calculées à partir du nombre total d'enfants nés vivants que les femmes ont eus au cours de leur vie. Le tableau 4.5 présente ces parités pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union. Dans l'ensemble, une femme a eu en moyenne 2,7 enfants nés vivants ; chez les femmes actuellement en union, cette parité moyenne est de 3,7 enfants, soit un enfant de plus.

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de 0,2 enfants en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 1,1 enfants à 20-24 ans et à 6,9 à 45-49 ans, en fin de vie féconde. Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances vivantes met en évidence une fécondité précoce relativement élevée puisque 15 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant ; il en est de même pour 55 % des femmes de 20-24 ans. Plus de six femmes de 25-29 ans sur dix (63 %) ont eu au moins 2 enfants. Enfin, à 45-49 ans, en fin de vie féconde, plus d'une femme sur cinq (21 %) a donné naissance à dix enfants ou plus.

Les résultats concernant les femmes actuellement en union montrent qu'à tous les âges, la parité est plus élevée que dans l'ensemble des femmes. Ceci traduit le fait que la fécondité est essentiellement « légitime ». La parité augmente régulièrement avec l'âge : à 15-19 ans, près de la moitié des jeunes filles en union (47 %) ont déjà eu au moins un enfant et à 25-29 ans, cette proportion est de 90 %. Parmi toutes les femmes, on constate qu'à 25-29 ans, 79 % ont eu, au moins, un enfant. À partir de 30-34 ans, âges auxquels la proportion de femmes qui ne sont pas en union est déjà faible, les différences de parités entre femmes en union et toutes femmes sont sensiblement plus faibles. En fin de vie féconde, (45-49 ans), la parité des femmes en union (7,1 enfants) est à peine différente de celle de l'ensemble des femmes (6,9).

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total		Ensemble	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
TOUTES LES FEMMES															
15-19	84,7	11,5	3,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3 556	0,20	0,18
20-24	45,2	22,8	19,3	8,7	2,9	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 844	1,05	0,93
25-29	21,4	15,6	17,5	19,7	14,7	6,8	2,9	0,9	0,4	0,1	0,0	100,0	2 379	2,30	2,02
30-34	9,7	9,5	14,2	13,5	15,7	14,5	11,2	7,4	2,9	0,8	0,6	100,0	1 953	3,70	3,22
35-39	7,5	7,1	5,1	10,7	10,4	14,1	16,0	12,2	8,4	4,9	3,6	100,0	1 613	4,92	4,21
40-44	3,7	3,9	6,2	7,3	9,1	11,0	11,8	14,7	11,8	9,6	10,9	100,0	1 249	6,02	4,99
45-49	3,0	3,6	3,9	5,0	6,0	8,6	10,5	11,7	16,2	10,4	21,0	100,0	1 009	6,89	5,54
Ensemble	35,6	12,4	10,7	9,0	7,4	6,3	5,5	4,6	3,5	2,2	2,9	100,0	14 602	2,66	2,26
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	52,6	34,1	11,6	1,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 014	0,63	0,55
20-24	21,5	31,2	28,2	13,1	4,5	1,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	1 836	1,53	1,35
25-29	9,6	16,1	19,2	23,3	18,0	8,5	3,7	1,1	0,4	0,1	0,0	100,0	1 900	2,74	2,40
30-34	4,1	8,6	14,2	14,0	17,1	15,9	12,8	8,4	3,4	0,9	0,7	100,0	1 698	4,04	3,52
35-39	3,8	5,3	4,8	10,8	10,8	15,2	17,2	13,6	9,2	5,3	3,9	100,0	1 425	5,27	4,52
40-44	2,4	3,0	5,0	6,4	9,1	11,1	12,3	15,9	12,4	10,5	12,0	100,0	1 100	6,32	5,24
45-49	2,2	3,1	3,7	4,5	5,4	7,9	9,9	12,7	17,3	10,8	22,5	100,0	893	7,12	5,72
Ensemble	13,0	15,3	14,2	12,2	10,3	8,8	7,7	6,6	4,9	3,1	4,1	100,0	9 866	3,68	3,13

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares au Sénégal où la population garde encore des comportements pro natalistes. Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement mariées et âgées de 35-49 ans, âges auxquels la probabilité d'avoir un premier enfant devient très faible, permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Parmi ces femmes, entre 2 et 4 % n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Chez les femmes de 45-49 ans dont la probabilité d'avoir un premier enfant est pratiquement nulle, le niveau de stérilité primaire est voisin de 2 % (2,2 %), chiffre cohérent avec les résultats des enquêtes précédentes : 1,7 % en 1997 (EDS-III), 2,4 % en 1993 (EDS-II). Ce faible niveau de stérilité primaire est également proche de celui observé lors d'enquêtes EDS effectuées dans d'autres pays d'Afrique comme le Mali (2 %) et la Côte d'Ivoire (2 %).

Enfin, le tableau 4.5 présente le nombre moyen d'enfants vivants et survivants. Dans l'ensemble, une femme a, en moyenne, 2,7 enfants vivants et parmi les femmes en union ce nombre moyen est de 3,7, soit 85 % des enfants nés vivants. Autrement dit, 15 % des enfants nés vivants sont décédés ; ceci donne une première idée sur le niveau de la mortalité.

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt par ailleurs une importance certaine dans l'analyse de la fécondité. Il est admis que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent les risques de décès de la mère et de l'enfant. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications pendant et après la grossesse (fausses couches,

éclampsie). Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

On constate que le pourcentage des naissances survenues moins de 18 mois après la naissance précédente est relativement faible : 7 %. Environ, 13 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné, soit au total, 19 % de naissances espacées de moins de 24 mois de la naissance précédente (tableau 4.6). Néanmoins, une forte proportion des naissances (38 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et 42 % des enfants sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénéral est proche de 3 ans (33 mois), ce qui signifie que la moitié des naissances intervient dans un intervalle de près de 3 ans après la naissance précédente. Cet intervalle médian est identique à celui estimé en 1997 (33 mois selon l'EDS-III). Il en est de même pour la proportion de naissances se produisant dans un intervalle inférieur à 24 mois par rapport à la naissance précédente (18 %).

L'âge des mères influe sur la durée d'espacement des naissances. En effet, on remarque que les intervalles intergénéral sont plus courts chez les jeunes femmes que chez les plus âgées : de 25,6 mois chez les femmes de 15-19 ans, il passe de 31,3 mois chez celles de 20-29 ans, 34,8 mois chez celles de 30-39 ans et 38,6 mois chez celles de 40-49 ans.

Cette corrélation entre l'âge des mères et la longueur de l'intervalle intergénéral devrait être nuancée dans la mesure où les femmes jeunes ayant souvent moins d'enfants sont moins enclines à différer l'arrivée d'une prochaine naissance². Cela se confirme dans la répartition des naissances selon la longueur de l'intervalle par rang de naissance. On observe en effet, que l'intervalle augmente légèrement avec le rang de naissance, passant de 32,9 mois pour les enfants précédés d'un ou de deux autres à 33,9 mois et 33,5 mois pour ceux qui sont précédés de plus d'enfants.

Selon le sexe de l'enfant, on n'observe pas de différence significative de l'intervalle intergénéral. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie (intervalle médian de 28,3 mois contre 34,0 mois). Par ailleurs, alors que seulement 5 % des naissances surviennent dans les 18 mois lorsque l'enfant précédent est en vie, plus de 18 % des naissances se produisent dans un délai inférieur à 18 mois lorsque l'enfant précédent est décédé.

La durée des intervalles intergénéral diffère selon le milieu de résidence des femmes. C'est en milieu rural qu'elle est la plus courte (33 mois contre 34,8 mois en milieu urbain). Par contre, la fréquence des intervalles très courts (moins de 18 mois) semble plus élevée dans les villes qu'en zones rurales (8 % contre 6 %). Concernant les régions, on remarque des écarts assez notables. L'intervalle intergénéral varie d'un maximum de 35,5 mois à Saint Louis et de 34,7 mois à Ziguinchor à un minimum de 31,7 mois dans celle de Kaolack.

Les résultats montrent que le niveau d'instruction de la mère influence la durée de l'intervalle intergénéral : sa valeur médiane varie de 33,3 mois pour les naissances dont la mère a un niveau primaire à 37,6 mois pour celles dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Enfin, les résultats semblent mettre en évidence une faible association positive entre le niveau de bien-être et la longueur de l'intervalle intergénéral : celle-ci est de 36,2 mois le quatrième quintile et garde à peu près la même valeur dans les autres quintiles (32,5 à 33,8 mois).

² Seuls 0,5 % et 12,7 % des femmes de 15-19 ans et de celles de 20-24 ans respectivement ont 3 enfants ou plus.

Tableau 4.6 Intervalle intergénérisique

Répartition (en %) des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente	Effectif de naissances
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Groupe d'âges								
15-19	16,8	22,2	45,4	14,2	1,4	100,0	25,6	296
20-29	7,7	14,6	43,0	21,2	13,4	100,0	31,3	3 491
30-39	5,8	11,6	35,6	21,8	25,1	100,0	34,8	3 607
40-49	3,8	8,3	31,2	24,3	32,4	100,0	38,6	970
Sexe de la naissance précédente								
Garçon	6,6	11,8	39,1	22,4	20,1	100,0	33,3	4 124
Fille	6,5	13,6	37,7	21,0	21,1	100,0	33,5	4 091
Survie de la naissance précédente								
Vivante	4,8	12,2	39,0	22,5	21,5	100,0	34,0	7 151
Décédée	18,4	16,2	34,4	16,7	14,3	100,0	28,3	1 064
Rang de naissance								
2-3	8,0	13,2	38,0	20,9	19,9	100,0	32,9	3 507
4-6	5,4	13,0	37,1	22,8	21,6	100,0	33,9	3 073
7+	5,8	11,3	41,5	21,3	20,2	100,0	33,5	1 635
Milieu de résidence								
Urbain	7,9	11,9	33,5	20,6	26,2	100,0	34,8	2 825
Rural	5,9	13,2	41,0	22,3	17,7	100,0	33,0	5 390
Région								
Dakar	8,5	11,6	33,8	21,0	25,1	100,0	34,4	1 367
Diourbel	5,9	12,8	40,4	21,8	19,0	100,0	33,2	1 018
Fatick	4,4	13,8	43,5	21,4	16,9	100,0	32,3	528
Kaolack	6,9	14,1	43,8	18,7	16,5	100,0	31,7	1 126
Kolda	6,4	11,6	37,5	24,6	19,8	100,0	34,3	768
Louga	3,5	12,0	39,3	21,8	23,4	100,0	33,9	549
Matam	8,5	13,6	33,1	22,0	22,8	100,0	34,3	344
Saint-Louis	7,1	12,8	32,2	22,8	25,1	100,0	35,0	524
Tambacounda	6,7	10,9	44,0	21,9	16,6	100,0	33,1	647
Thiès	6,6	14,2	35,9	22,5	20,8	100,0	33,2	1 063
Ziguinchor	5,2	11,9	37,1	23,9	22,0	100,0	34,7	281
Niveau d'instruction								
Aucun	6,4	12,4	40,2	21,7	19,3	100,0	33,2	6 152
Primaire	8,1	14,2	34,9	20,6	22,2	100,0	33,3	1 539
Secondaire ou plus	4,6	11,9	27,8	25,2	30,5	100,0	37,6	524
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,0	13,7	43,4	21,6	15,2	100,0	32,5	1 878
Second	5,5	12,4	41,8	22,0	18,2	100,0	33,0	1 988
Moyen	7,5	12,8	37,3	22,1	20,3	100,0	33,4	1 826
Quatrième	6,3	11,5	31,8	21,2	29,3	100,0	36,2	1 401
Le plus riche	8,4	12,9	34,0	21,2	23,5	100,0	33,8	1 122
Ensemble	6,6	12,7	38,4	21,7	20,6	100,0	33,4	8 215

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont leur première naissance est déterminant pour leur descendance finale et peut avoir des répercussions importantes en ce qui concerne leur propre santé et celle de leurs enfants. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Âge actuel	Âge à la première naissance					Total	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	2,0	na	na	na	na	100,0	3 556	a
20-24	4,0	22,1	38,8	na	na	100,0	2 844	a
25-29	4,2	22,0	39,4	55,9	71,9	100,0	2 379	21,2
30-34	4,7	27,2	44,9	60,3	74,1	100,0	1 953	20,6
35-39	4,7	28,3	46,0	62,2	77,2	100,0	1 613	20,4
40-44	5,3	30,1	50,6	68,3	82,5	100,0	1 249	19,9
45-49	6,1	30,7	50,5	68,4	83,1	100,0	1 009	20,0

na = Non applicable
a = Sans objet parce que moins de 50 % des femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Estimé à 20,5 ans dans l'ensemble, l'âge médian à la première naissance ne varie que très peu dans les générations (d'un minimum de 19,9 ans à un maximum de 21,2 ans). Entre 25 et 44 ans, on observe une légère tendance au vieillissement de l'âge médian à la première naissance, ce qui traduit une entrée de plus en plus tardive dans la vie féconde. Ce vieillissement à peine perceptible dans l'ensemble apparaît nettement chez les femmes urbaines ; à l'inverse, chez les femmes rurales, l'âge à la première naissance ne change pratiquement pas dans les générations (tableau 4.8). On observe des résultats similaires dans la région de Dakar, et dans une moindre mesure, à Thiès et Ziguinchor.

Par ailleurs, l'âge à la première naissance présente des variations assez importantes selon le milieu et les régions de résidence des femmes (tableau 4.8). En effet, il est nettement plus précoce en milieu rural (19,6 ans) qu'en zone urbaine (21,8 ans). De même, selon la région, Dakar vient largement en tête avec 22,5 ans, suivi de loin par Thiès (20,9 ans) et Saint-Louis (20,8 ans). Les régions de Tambacounda (18,9 ans) et de Kolda (19,0 ans) se caractérisent par les niveaux de fécondité précoces les plus élevées.

En outre, l'instruction des femmes tend à retarder la naissance de leur premier enfant. Chez les femmes de niveau secondaire ou plus, plus de 50 % n'ont pas encore eu de naissance vivante (on ne peut donc pas calculer de médiane pour celles-ci). Les femmes sans instruction ont un âge médian à la première naissance plus précoce que celles de niveau primaire (19,7 ans contre 21,5 ans).

On constate, enfin, que la fécondité est plus précoce chez les femmes des ménages les plus pauvres. L'âge médian à la première naissance chez les femmes de 25 à 49 ans augmente régulièrement avec le quintile de bien être : de 19,3 ans dans le premier quintile (les plus pauvres), il passe à 20,2 ans le troisième et à 23,0 ans dans le cinquième quintile (les plus riches).

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance

Âge médian à la première naissance parmi les femmes de 20 (25)-49 ans selon l'âge actuel et certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel						Âge 20-49	Âge 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Urbain	(5,4)	23,5	22,5	21,5	20,5	20,1	a	21,8
Rural	19,7	19,8	19,2	19,7	19,5	19,8	19,6	19,6
Région								
Dakar	(7,8)	24,8	23,4	22,1	20,5	20,4	a	22,5
Diourbel	a	20,7	19,9	20,3	19,8	20,0	a	20,2
Fatick	a	20,1	19,9	19,1	19,5	20,2	20,0	19,8
Kaolack	19,9	19,3	18,8	19,2	19,3	19,4	19,4	19,2
Kolda	17,9	18,4	18,7	19,0	19,9	19,8	18,6	19,0
Louga	a	20,8	20,0	20,2	19,7	19,7	a	20,2
Matam	a	20,3	20,2	20,4	20,1	21,4	a	20,4
Saint-Louis	a	21,9	20,5	20,9	20,4	20,1	a	20,8
Tambacounda	18,0	18,9	18,0	19,1	18,8	20,2	18,6	18,9
Thiès	(0,4)	21,8	21,8	20,7	20,2	19,6	a	20,9
Ziguinchor	a	20,3	20,0	19,9	19,7	19,0	a	19,9
Niveau d'instruction								
Aucun	19,9	19,9	19,4	19,9	19,6	19,4	19,7	19,7
Primaire	(1,8)	22,8	21,6	21,4	20,2	20,6	a	21,5
Secondaire ou plus	(10,4)	a	26,5	25,0	22,2	23,7	a	a
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	18,7	19,2	18,9	19,6	19,4	20,0	19,1	19,3
Second	19,8	19,7	18,7	19,6	19,2	19,7	19,5	19,4
Moyen	a	20,8	20,4	19,9	19,6	19,8	a	20,2
Quatrième	(6,1)	22,7	21,7	20,8	20,4	20,0	a	21,3
Le plus riche	(4,9)	24,5	23,8	22,9	21,3	20,4	a	23,0
Ensemble	a	21,2	20,6	20,4	19,9	20,0	a	20,5

a = Sans objet parce que moins de 50 % des femmes ont un enfant.

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les enfants nés de jeunes mères (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées (voir Chapitre 10 - Mortalité des enfants). De même les accouchements précoces augmentent le risque de décéder des adolescentes.

Ces adolescentes qui constituent 24 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 10 % à la fécondité totale des femmes. Le tableau 4.9 donne, par année d'âge de 15 à 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants ainsi que les proportions de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde, on constate que près d'un cinquième des jeunes femmes de 15-19 ans (19 %) ont déjà commencé leur vie féconde : 15 % ont déjà eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes pour la première fois (tableau 4.9). En fait, dès l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq (19 %) a déjà commencé sa vie féconde et, à 19 ans, cette proportion est de 38 % dont la grande majorité (35 %) a déjà eu au moins un enfant.

Tableau 4.9 Fécondité des adolescentes

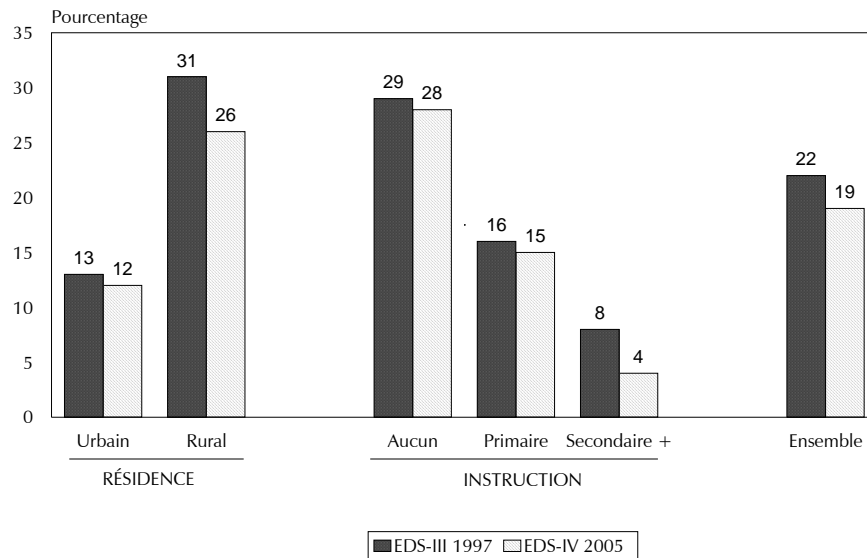
Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui sont :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
	Mères	Enceintes du premier enfant		
Âge				
15	1,9	2,6	4,5	1 483
16	6,7	2,0	8,8	761
17	15,6	3,4	19,0	716
18	22,5	6,1	28,6	793
19	34,6	3,6	38,2	545
Milieu de résidence				
Urbain	9,8	1,9	11,6	1 745
Rural	20,7	5,2	25,9	1 811
Région				
Dakar	8,9	1,5	10,4	854
Diourbel	15,5	5,3	20,8	404
Fatick	15,2	2,7	18,0	167
Kaolack	20,2	5,4	25,5	435
Kolda	29,8	7,8	37,6	241
Louga	12,5	1,8	14,3	229
Matam	20,2	5,9	26,1	140
Saint-Louis	12,1	3,9	16,0	236
Tambacounda	29,6	6,3	35,9	202
Thiès	12,2	2,0	14,2	495
Ziguinchor	10,0	1,4	11,4	153
Niveau d'instruction				
Aucun	23,3	5,0	28,2	1 695
Primaire	11,4	3,2	14,6	1 130
Secondaire ou plus	2,9	0,9	3,8	731
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	27,2	6,7	33,9	539
Second	18,5	5,7	24,2	685
Moyen	16,3	2,1	18,4	854
Quatrième	9,6	2,7	12,3	811
Le plus riche	8,1	1,8	9,9	666
Ensemble	15,3	3,6	18,9	3 556
Ensemble EDS-III 1997	18,2	4,1	22,3	1 937

La comparaison avec les données de la précédente enquête met en évidence une diminution sensible de la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (22 % en 1997 contre 19 %) : cette diminution concerne en particulier les adolescentes d'âge intermédiaire et le milieu rural. Ainsi, 34 % des jeunes filles de 18 ans avaient déjà commencé leur vie féconde en 1997, contre 29 % en 2005 (graphique 4.5).

Les résultats par caractéristiques sociodémographiques mettent en évidence des écarts très importants. En effet, on constate que les adolescentes du milieu rural (26 %) ont une fécondité beaucoup plus précoce que celles du milieu urbain (12 %). Au niveau régional, deux régions se singularisent par leur fort pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde ; il s'agit de Kolda (38 %) et Tambacounda la région voisine (36 %). À l'autre extrême, on trouve Dakar avec 10 %, Ziguinchor (11 %), Thiès (14 %) et Louga (14 %). Par ailleurs, comme dans le passé, la fécondité précoce est essentiellement le fait des filles non instruites (28 %). Chez les jeunes filles de niveau primaire, on constate que 15 % ont commencé leur vie féconde contre seulement 4 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. Enfin, on relève que les femmes des ménages les plus démunis sont largement plus exposées aux risques de grossesse et de maternité précoces. Dans les ménages les plus pauvres, plus d'une femme sur trois (34 %) ont commencé leur vie féconde contre une femme sur dix (10 %) chez les femmes des ménages les plus riches.

Graphique 4.5 Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde selon l'EDS-III et l'EDS-IV



4.7 PARITÉ DES HOMMES

Au cours de l'enquête, on a également posé aux hommes des questions sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eus, en distinguant, comme pour les femmes, les garçons des filles, ceux vivant ailleurs et ceux vivant avec le père, ceux qui sont encore en vie de ceux qui sont décédés. À partir du nombre total d'enfants que les hommes ont déclaré avoir eu au cours de leur vie, on a calculé les nombres moyens d'enfants par groupe d'âges, pour l'ensemble des hommes et pour les hommes actuellement en union (tableau 4.10).

En moyenne, un homme a eu 2,2 enfants nés vivants. Le nombre moyen d'enfants par homme est insignifiant avant 25 ans. On constate en outre une augmentation régulière et rapide du nombre moyen d'enfants avec l'âge de l'homme : de moins d'un enfant (0,5) en moyenne à 25-29 ans, ce nombre passe à 1,5 à 30-34 ans et dépasse 4 enfants (4,3) 40-44 ans. À 55-59 ans, un homme a, en moyenne, 10,3 enfants. Le pourcentage d'hommes n'ayant pas d'enfants nés vivants à 55-59 ans est inférieur à 2 % (1,5 %). Comme chez les femmes, les hommes en union ont plus d'enfants que ceux de la catégorie toutes situations matrimoniales confondues. Un homme en union a eu en moyenne 4,4 enfants nés vivants, soit deux fois plus que l'ensemble de tous les hommes (2,2 enfants en moyenne). Les hommes mariés de 55-59 ans ont eu en moyenne 10,7 enfants.

Si l'on compare ces résultats avec ceux observés pour les femmes en union, on constate que chez les femmes, le nombre d'enfants augmente beaucoup plus rapidement avec l'âge que chez les hommes : à 25-29 ans, un homme en union a eu en moyenne un enfant alors qu'une femme du même âge en a déjà eu 2,7.

Tableau 4.10 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes

Répartition (en %) de tous les hommes et de ceux actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âge des hommes, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Ensemble	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+			Nombre moyen d'enfants	Nombre moyen d'enfants vivants
TOUS LES HOMMES															
15-19	99,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	926	0,00	0,00
20-24	93,3	4,7	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	645	0,09	0,07
25-29	69,3	16,3	8,6	4,0	1,2	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0	537	0,54	0,47
30-34	40,3	18,5	16,3	10,5	8,3	3,4	1,9	0,1	0,3	0,4	0,0	100,0	399	1,51	1,31
35-39	16,5	12,9	19,8	19,2	11,4	6,2	7,2	2,6	1,5	0,5	2,2	100,0	318	2,89	2,53
40-44	13,2	12,2	8,0	8,8	13,2	13,8	9,0	10,0	2,5	3,7	5,5	100,0	316	4,28	3,64
45-49	1,9	6,5	6,5	7,9	10,1	8,2	11,8	8,8	8,0	7,1	23,4	100,0	275	6,63	5,44
50-54	1,8	0,8	1,4	3,8	8,3	9,4	11,5	13,2	6,0	5,5	38,3	100,0	216	8,77	7,13
55-59	1,5	1,4	1,2	6,3	7,4	1,8	2,3	7,1	12,0	9,7	49,3	100,0	130	10,28	8,26
Ensemble	57,5	7,8	6,2	5,1	4,6	3,3	3,2	2,7	1,7	1,6	6,3	100,0	3 761	2,20	1,83
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	98,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	58	0,01	0,01
20-24	77,2	17,3	4,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	136	0,29	0,24
25-29	39,4	29,4	17,7	9,2	2,8	1,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	100,0	232	1,12	0,97
30-34	24,3	21,0	21,3	13,9	11,3	4,6	2,6	0,1	0,3	0,6	0,0	100,0	294	1,98	1,72
35-39	6,4	13,8	20,7	22,6	13,5	6,4	8,5	3,1	1,8	0,6	2,6	100,0	269	3,29	2,90
40-44	6,0	9,7	9,1	9,2	15,1	15,7	10,3	11,4	2,9	4,3	6,3	100,0	276	4,82	4,10
45-49	0,3	6,6	6,3	7,6	10,3	8,4	12,1	8,9	8,2	7,3	24,0	100,0	267	6,78	5,56
50-54	0,8	0,3	1,3	3,8	8,5	9,4	11,7	13,3	6,2	5,6	39,2	100,0	211	8,94	7,27
55-59	0,0	1,0	0,0	6,8	5,8	1,9	2,4	7,5	12,8	10,4	51,4	100,0	122	10,71	8,59
Ensemble	19,4	12,7	11,3	10,0	9,1	6,5	6,4	5,5	3,5	3,2	12,6	100,0	1 866	4,35	3,62

Salif Ndiaye

Dans les pays africains, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la croissance économique insuffisante contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Une des priorités actuelles des pouvoirs publics est donc de mettre en place des outils adéquats pour une maîtrise efficiente du mouvement observé. La fécondité, comme composante majeure de cette évolution, est au centre de toutes les préoccupations. Au Sénégal, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde. En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Déclaration de Politique de Population dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique adoptée en 1988 (et actualisée en 2001) par le Gouvernement du Sénégal, après l'adoption en 1980 du concept de « bien être familial » incluant la protection maternelle et infantile et la planification familiale.

Les résultats de l'EDS-II de 1992, avaient révélé un niveau d'utilisation contraceptive très faible (moins de 4 % pour les méthodes modernes parmi les femmes en union) et, en même temps, un niveau relativement élevé des besoins non satisfaits en matière de contraception (près de 28 % des femmes en union avaient un besoin non satisfait). Malgré une augmentation du niveau d'utilisation de la contraception (prévalence des méthodes modernes de plus de 8 % en 1997), les besoins non satisfaits augmentaient (près de 33 % des femmes en union). Pendant toute cette période, la fécondité restait élevée malgré une tendance confirmée mais lente à la baisse. Ces résultats justifient donc pleinement la collecte de données fiables pour accompagner les actions gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé relatifs à la planification familiale.

Comme lors des précédentes enquêtes, l'EDS-IV a collecté des informations sur les méthodes contraceptives pour connaître les niveaux actuels et les éventuelles modifications intervenues au cours des dernières années en matière d'utilisation contraceptive. Ainsi, les sujets suivants ont-ils été abordés par l'enquête :

- la connaissance et la pratique passée et présente de la contraception ;
- la connaissance de la période féconde ;
- les sources d'approvisionnement en contraception ;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;
- les opinions et les attitudes face à la contraception.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire de l'enquête sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le

condom, le condom féminin, le diaphragme, La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées) et la pilule du lendemain ;

- les méthodes traditionnelles, comprenant, la continence périodique et le retrait ;
- les méthodes, dites «populaires », comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes était faite en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice notait la (ou les) méthode(s) spontanément citée(s) par l'interviewée. Ensuite, dans le cas où l'enquêtée n'avait pas cité toutes les méthodes consignées dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève description des méthodes non citées et enregistrer si, oui ou non, l'interviewée en avait entendu parler. On considère qu'une femme connaît une méthode contraceptive, si elle l'a citée spontanément ou si elle a déclaré la connaître après que la description lui ait été faite par l'enquêtrice.

Les résultats présentés dans le tableau 5.1.1 et illustrés par le graphique 5.1 montrent que la presque totalité des femmes (92 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive quelconque. Chez les femmes en union, le pourcentage correspondant est légèrement supérieur (94 %). Le niveau de connaissance des méthodes modernes (plus de 90 %) est deux fois plus élevé que celui des méthodes traditionnelles (47 %) aussi bien dans l'ensemble des femmes que parmi les seules femmes en union. Les écarts de connaissance entre les hommes et les femmes sont faibles puisque, en moyenne, les femmes ont déclaré connaître 5,9 méthodes contre 5,5 chez les hommes ; parmi celles et ceux en union, ces nombres moyens sont respectivement de 6,5 et 6,6.

En outre, on constate que le niveau de connaissance des méthodes, modernes comme traditionnelles, est légèrement plus élevé chez les femmes en union (93 % pour les méthodes modernes) que chez l'ensemble des femmes (91 %). En moyenne, les femmes en union connaissent 6,5 méthodes contre 5,9 pour l'ensemble des femmes. Les femmes célibataires sexuellement actives sont celles qui sont les plus informées : 98 % d'entre elles ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive moderne. Les résultats en fonction de la méthode montrent que ce sont la pilule (plus de 80 %), le condom (environ 80 %), les injectables (plus de 75 %) qui sont les plus connues, cela quel que soit l'état matrimonial et le statut d'exposition. À l'opposé, on trouve la pilule du lendemain et la stérilisation masculine (de l'ordre de 10 % chacune), le diaphragme (14 %) et la Mousse ou gelée (13 %). On note un niveau de connaissance du condom masculin particulièrement élevé chez les célibataires, surtout chez celles qui sont sexuellement actives (94 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est la plus connue (36 % chez l'ensemble de toutes les femmes et 57 % chez les célibataires sexuellement actives). Celles-ci sont par ailleurs celles qui connaissent en moyenne, le nombre le plus élevé de méthodes (8,0 en moyenne).

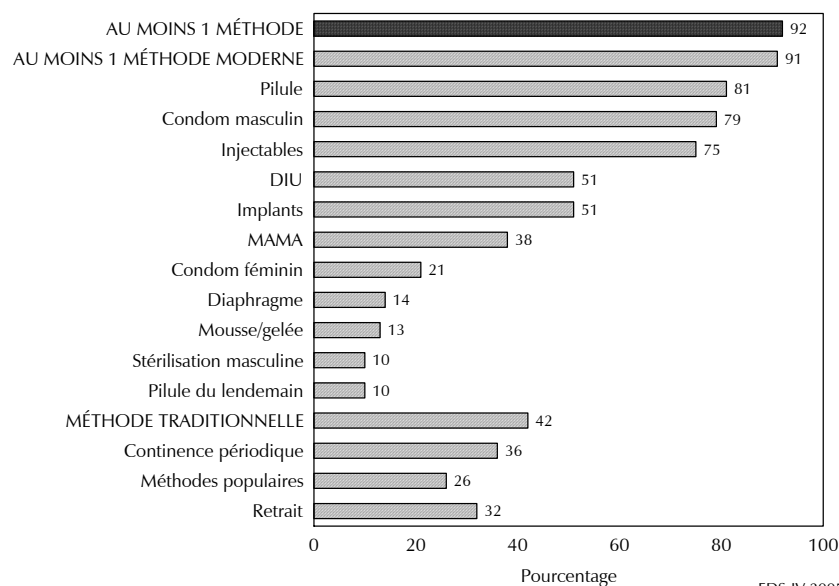
Tableau 5.1.1 Connaissance des méthodes contraceptives : Femmes

Pourcentages de l'ensemble des femmes, des femmes actuellement en union, des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et des femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDS-IV Sénégal 2005

Méthode contraceptive	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Femmes non en union ayant déjà eu des rapports sexuels		Femmes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement actives au cours du dernier mois	Non sexuellement actives au cours du dernier mois	
N'importe quelle méthode	91,6	94,1	97,6	95,1	83,6
N'importe quelle méthode moderne	90,7	93,1	97,6	94,7	83,1
Méthode moderne					
Pilule	81,1	85,8	96,5	86,4	66,8
DIU	51,3	57,1	84,4	62,2	32,7
Injectables	75,2	82,9	88,5	80,4	53,5
Diaphragme	13,7	14,2	23,2	16,9	11,5
Mousse ou gelée	12,6	14,2	40,3	13,2	7,7
Condom féminin	21,3	21,8	38,9	22,9	19,5
Condom	79,2	80,4	93,7	85,7	74,2
Stérilisation féminine	56,0	62,4	58,4	58,6	38,4
Stérilisation masculine	9,7	10,1	14,9	9,9	8,3
Implants	50,9	57,5	84,6	60,8	30,6
Pilule du lendemain	9,6	10,0	10,3	12,9	7,7
MAMA ¹	38,1	44,3	44,3	40,6	21,1
N'importe quelle méthode traditionnelle	42,0	46,8	63,9	48,3	27,5
Méthode traditionnelle					
Contenance périodique	35,5	38,6	57,1	42,3	25,5
Retrait	25,9	30,3	51,5	29,1	12,9
Méthode populaire	31,5	38,5	18,2	26,7	14,7
Nombre moyen de méthodes	5,9	6,5	8,0	6,5	4,3
Effectif des femmes	14 602	9 866	50	957	3 886

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Graphique 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives par l'ensemble des femmes



EDS-IV 2005

Par ailleurs chez les hommes, on constate, comme chez les femmes, que la pilule, le condom, les injectables sont les méthodes les plus connues (tableau 5.1.2). Il faut signaler le cas particulier du condom masculin connu par plus de 90 % des hommes. Plus de 95 % des hommes célibataires ont déclaré connaître cette méthode. Pour les méthodes traditionnelles, les niveaux de connaissance sont plus faibles et on observe des niveaux similaires pour le retrait et la continence périodique. Les célibataires sexuellement actifs sont ceux qui ont le plus fréquemment cité le retrait (63 %). Notons enfin, que le niveau de connaissance est sensiblement moins élevé chez les femmes que chez les hommes, mais ces derniers connaissent un nombre de méthodes moins élevé.

Méthode contraceptive	Tous les hommes	Hommes actuellement en union	Hommes non en union ayant eu des rapports sexuels		Hommes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement actifs au cours du dernier mois	Non sexuellement actifs au cours du dernier mois	
N'importe quelle méthode	93,4	96,9	96,7	98,5	82,4
N'importe quelle méthode moderne	93,1	96,3	96,7	98,5	82,3
Méthode moderne					
Pilule	67,8	77,7	69,0	77,3	42,0
DIU	33,2	43,0	37,3	34,9	12,7
Injectables	54,4	68,4	56,5	56,0	26,6
Diaphragme	18,6	22,8	24,2	20,4	8,4
Mousse ou gelée	26,3	34,3	26,0	30,0	8,4
Condom féminin	32,2	36,3	43,7	41,6	15,9
Condom	90,6	93,4	95,1	97,2	79,4
Stérilisation féminine	42,3	53,8	44,4	41,0	20,9
Stérilisation masculine	16,4	20,6	14,8	17,4	7,9
Implants	27,5	36,6	24,6	26,7	11,3
Pilule du lendemain	16,0	20,3	21,2	18,3	5,3
MAMA ¹	28,0	41,7	14,4	24,2	7,1
N'importe quelle méthode traditionnelle	57,9	70,8	70,9	65,5	25,7
Méthode traditionnelle					
Continence périodique	45,7	56,7	52,6	52,1	18,5
Retrait	48,2	58,8	63,4	55,3	20,4
Nombre moyen de méthodes Effectif	5,5 3 761	6,6 1 866	5,9 156	5,9 753	2,8 1 001

¹ MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Par rapport à 1997 (EDS-III), le niveau de connaissance général des femmes s'est sensiblement amélioré : en effet, la proportion de femmes ayant déclaré connaître une méthode est passée de 85 % à 92 % ; chez les femmes en union, cette proportion est passée de 86 % en 1997 à 94 % à l'enquête actuelle. Cette amélioration est due en grande partie à une amélioration de la connaissance des méthodes modernes : de 82 % en 1997, la proportion est passée en 2005 à 91 %. Par contre, en ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate la tendance inverse, la proportion de femmes ayant déclaré connaître ce type de méthodes étant passée de 56 % en 1997 à 42 % en 2005. Les méthodes modernes dont la connaissance s'est le plus fortement accrue sont le condom, la pilule et les injectables. Chez les hommes en union, on constate également une amélioration d'ampleur comparable à celle mise en évidence chez les femmes (97 % en 2005 contre 90 % en 1997 pour toutes méthodes confondues). Cela a été essentiellement le fait des méthodes modernes (96 % contre 79 % en 1997), en particulier, le niveau de connaissance des injectables est passé de 37 % à 68 % et celui du condom de 38 % à 93 %. Globalement, le niveau de connaissance des méthodes traditionnelles a peu progressé, même si pour la continence périodique et le retrait, les niveaux ont plus que doublé.

Le tableau 5.2 présente les pourcentages de femmes et d'hommes en union, qui connaissent, au moins, une méthode quelconque ou une méthode moderne de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants ; quelle que soit la caractéristique considérée, les niveaux de connaissance sont élevés. On remarque cependant, qu'à 15-19 ans, la proportion de femmes qui connaissent une méthode est plus faible qu'aux autres âges (85 % pour une méthode quelconque et 84 % pour les méthodes modernes contre au moins 94 % aux autres âges). On note également que deux régions se caractérisent par des proportions relativement plus faibles de femmes qui ont déclaré connaître les méthodes modernes ; il s'agit des régions de Matam (79 %) et de Tambacounda (84 %), les autres régions se situant entre 91 et 99 %. On observe des résultats similaires chez les hommes en union. Les niveaux de connaissances sont presque partout légèrement supérieurs chez les hommes.

De même, le niveau de connaissance des méthodes modernes est plus élevé en urbain qu'en rural (97 % contre 90 % pour les femmes et 98 % contre 95 % pour les hommes). Par ailleurs, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, le niveau d'instruction influence le niveau de connaissance des méthodes contraceptives. La totalité des enquêtés (femmes et hommes) de niveau secondaire ou plus connaissent au moins, une méthode contraceptive moderne alors que parmi les non instruits, la proportion tombe à 91 % chez les femmes et 94 % chez les hommes. En raison des niveaux de connaissance élevés, les pourcentages de femmes et d'hommes connaissant la contraception augmentent peu avec le niveau de bien-être du ménage. Comme on pouvait s'y attendre, ce sont les femmes et les hommes des ménages du quintile le plus riche (parmi lesquels la connaissance de la contraception est générale : plus de 99 %), qui sont les mieux informés ; à l'opposé, dans les ménages les plus pauvres, les proportions sont respectivement, de 89 % et 92 %.

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne ¹	Effectif	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	85,4	83,7	1 014	88,8	88,8	58
20-24	94,1	93,2	1 836	96,9	96,4	136
25-29	95,3	94,5	1 900	98,5	98,5	232
30-34	95,7	94,8	1 698	98,0	97,7	294
35-39	95,7	95,2	1 425	98,4	96,8	269
40-44	95,9	94,7	1 100	97,0	96,9	276
45-49	93,9	92,0	893	96,9	96,0	267
50-54	na	na	na	95,0	95,0	211
55-59	na	na	na	94,2	92,8	122
Milieu de résidence						
Urbain	97,6	97,2	4 005	98,4	97,9	901
Rural	91,8	90,3	5 860	95,4	94,8	965
Région						
Dakar	97,2	96,7	2 035	98,6	97,9	500
Diourbel	92,2	90,9	1 139	97,3	97,3	151
Fatick	94,0	92,8	517	94,8	94,1	81
Kaolack	92,1	90,7	1 170	94,3	93,2	182
Kolda	98,0	96,9	901	98,7	97,8	201
Louga	93,1	92,1	672	96,9	96,9	77
Matam	80,8	79,1	399	93,1	93,1	64
Saint-Louis	92,2	91,6	638	97,1	95,5	107
Tambacounda	87,1	84,5	737	92,9	92,7	167
Thiès	98,5	97,8	1 255	97,1	97,1	230
Ziguinchor	99,3	99,1	403	98,2	97,6	106
Niveau d'instruction						
Aucun	92,3	90,9	6 905	95,1	94,1	1 030
Primaire	97,8	97,7	2 079	98,0	97,8	404
Secondaire ou plus	99,6	99,6	882	100,0	100,0	433
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	89,0	87,1	2 055	92,5	91,6	368
Second	92,7	91,2	2 056	97,1	96,0	341
Moyen	94,9	93,9	2 008	96,9	96,9	346
Quatrième	95,9	95,7	1 950	97,3	97,3	385
Le plus riche	99,0	98,6	1 796	100,0	99,2	426
Ensemble	94,1	93,1	9 866	96,9	96,3	1 866

na = Non applicable

¹ Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injections, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse ou gelée, pilule du lendemain et MAMA.

5.2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permettent de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDS-IV permet d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle c'est-à-dire au moment de la collecte des données. Aux hommes et aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur/enquêtrice a ensuite demandé s'ils/elles l'avaient déjà utilisée, ceci afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie.

Le tableau 5.3 présente les pourcentages de femmes et d'hommes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Plus d'une femme sur cinq (22 %) et plus de quatre hommes sur dix (41 %) ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Ce sont surtout les méthodes modernes qui ont été utilisées à un moment quelconque : 20 % pour les méthodes modernes contre 5 % pour les méthodes traditionnelles chez les femmes et respectivement, 34 % contre 21 % parmi les hommes. En fonction de l'âge, on constate que c'est à plus de 30 ans (plus de 30 %) et surtout entre 35 et 44 ans (plus de 34 %) que les pourcentages d'utilisation à un moment quelconque sont les plus élevés. Les principales méthodes modernes utilisées sont la pilule (10 %), les injectables (7 %) et le condom masculin (5 %). Par contre, moins de 2 % des femmes ont utilisé le DIU, 1 % ont utilisé les implants et moins d'un pour cent les mousses et gelées (0,6 %). La prévalence de la stérilisation masculine est nulle et celle de la stérilisation féminine (0,3 %), de la pilule du lendemain (0,2 %), du condom féminin (0,1 %), du diaphragme (0,2 %) et des mousses/gelées (0,6 %) est marginale. La stérilisation féminine concerne des femmes âgées (2,2 % chez les femmes de 45-49 ans). La pilule et les injectables concernent davantage les femmes de 35 à 44 ans, tandis que la prévalence du DIU augmente nettement avec l'âge. Environ 2 % des femmes ont eu recours à la MAMA.

On observe des résultats similaires chez les femmes en union, avec des niveaux sensiblement plus élevés. Dans l'ensemble, 29 % ont utilisé une méthode quelconque et 26 % une méthode moderne, avec dans chacun des cas une nette tendance à la hausse jusqu'à 44 ans. Comme pour l'ensemble des femmes, la pilule (14 %), les injectables (10 %) et le condom masculin (6 %) ont été les méthodes les plus utilisées. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et le retrait ont été utilisés par, respectivement, 3 et 2 % des femmes en union.

Ce sont les femmes célibataires sexuellement actives qui présentent le niveau d'utilisation passée de la contraception le plus élevé : les trois quarts d'entre elles ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode (74 %). Le taux d'utilisation élevé de ces femmes tient surtout à une utilisation plus fréquente des méthodes modernes (74 %) que des méthodes traditionnelles (21 %). Parmi les méthodes modernes utilisées, le condom masculin vient largement en tête (49 %), suivi des injectables (29 %) et de la pilule (22 %). Parmi les méthodes traditionnelles, leur choix s'est porté, en toute priorité, sur le retrait (15 %).

Le tableau 5.3 indique également que 41 % de l'ensemble des hommes ont déjà utilisé une méthode quelconque et 34 % ont utilisé une méthode moderne. Chez les hommes actuellement en union, ces pourcentages sont plus élevés et atteignent 50 % et 38 %. Quant aux hommes célibataires sexuellement actifs au moment de l'enquête, ces pourcentages sont encore beaucoup plus élevés ; 74 % et 71 % d'entre eux ont respectivement utilisé une méthode quelconque et une méthode moderne, essentiellement le condom (71 %) ; parmi les hommes en union, plus du tiers a utilisé le condom (37 %). Les méthodes traditionnelles ont été moins fréquemment utilisées (21 %). Cependant, 21 % des hommes en union et 24 % des célibataires sexuellement actifs ont déclaré avoir utilisé, à un moment quelconque la continence périodique.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages de femmes et d'hommes, de femmes et d'hommes actuellement en union et de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique et selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	N'im- porte quelle métho- de	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthode moderne											N'im- porte quelle méthode tradition- nelle	Méthode traditionnelle			Effectif		
			Pilule	DIU	Injecta- bles	Diaphra- gme	Mousse, gelée	Con- dom fém.	Con- dom masc.	Stérilisa- tion fém.	Stérilisa- tion masc.	Im- plants	Pilule du lende- main		MAMA	Conti- nence péri- odique	Retrait		Méth- ode popul- aire	
TOUTES LES FEMMES																				
15-19	3,6	3,3	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,2	0,2	0,3	3 556	
20-24	15,0	13,4	4,0	0,3	4,5	0,0	0,2	0,0	5,8	0,0	0,0	0,3	0,1	1,4	3,5	1,2	1,3	1,3	2 844	
25-29	24,8	21,7	10,7	0,7	8,3	0,1	0,5	0,3	6,8	0,0	0,1	1,1	0,4	1,9	6,8	3,0	2,2	2,5	2 379	
30-34	33,6	31,1	17,8	1,7	12,0	0,2	1,0	0,2	7,7	0,2	0,0	1,6	0,2	2,3	8,4	4,1	2,3	3,0	1 953	
35-39	36,9	34,3	20,4	2,4	13,9	0,4	1,5	0,1	6,7	0,6	0,0	1,3	0,0	3,4	8,7	4,1	2,5	3,8	1 613	
40-44	36,8	34,2	19,5	7,7	13,7	0,8	1,5	0,1	4,2	1,1	0,1	2,5	0,2	4,1	8,3	4,0	2,0	3,6	1 249	
45-49	32,5	29,5	16,3	7,8	9,9	0,7	1,3	0,0	3,2	2,2	0,0	2,9	0,2	2,9	8,7	3,1	2,0	4,4	1 009	
Ensemble	21,8	19,9	10,0	1,9	7,3	0,2	0,6	0,1	5,2	0,3	0,0	1,0	0,2	1,9	5,3	2,3	1,5	2,2	14 602	
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																				
15-19	9,9	9,5	0,8	0,1	1,3	0,1	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	1,5	0,8	0,4	0,6	1 014	
20-24	19,6	17,2	5,8	0,4	5,7	0,0	0,3	0,1	6,5	0,0	0,0	0,5	0,1	1,9	4,6	1,7	1,6	1,8	1 836	
25-29	27,9	24,2	12,2	0,9	9,2	0,1	0,5	0,2	6,6	0,1	0,1	1,3	0,4	2,3	7,6	3,2	2,2	2,9	1 900	
30-34	35,7	32,9	19,3	1,9	12,5	0,2	1,1	0,2	7,8	0,2	0,0	1,7	0,3	2,3	8,9	4,1	2,4	3,3	1 698	
35-39	38,1	35,1	21,0	2,3	14,4	0,5	1,6	0,1	6,3	0,7	0,0	1,3	0,0	3,4	9,3	4,5	2,4	4,3	1 425	
40-44	36,9	34,5	19,8	7,5	14,4	0,9	1,2	0,1	3,9	1,2	0,1	2,4	0,2	4,6	7,9	3,4	2,1	3,9	1 100	
45-49	31,2	28,4	15,5	6,7	9,7	0,3	1,2	0,0	3,2	2,4	0,0	3,0	0,3	2,9	7,8	2,8	1,4	4,5	893	
Ensemble	28,6	26,0	13,5	2,4	9,7	0,3	0,8	0,1	6,2	0,5	0,0	1,4	0,2	2,5	6,9	3,0	1,9	3,0	9 866	
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES ¹																				
Ensemble	73,9	73,9	21,7	5,3	29,3	3,2	10,4	3,2	49,4	0,0	0,0	6,8	0,0	6,1	21,1	6,1	15,0	4,5	50	
HOMMES																				
Ensemble	40,6	33,5	na	na	na	na	na	na	32,3	na	1,9	na	na	na	20,5	13,4	11,4	na	3 761	
En union	50,0	38,0	na	na	na	na	na	na	36,6	na	2,3	na	na	na	29,3	20,9	15,4	na	1 866	
Célibatai- res sex. actifs	73,7	71,4	na	na	na	na	na	na	70,7	na	2,4	na	na	na	34,4	24,0	15,1	na	156	

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
na = Non applicable
¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours de mois précédant l'enquête

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le tableau 5.4 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, moins de 9 % des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive ; 8 % d'entre elles ont recours à une méthode moderne et 1 % à une méthode traditionnelle. Comme pour l'utilisation passée, les femmes utilisent essentiellement trois méthodes : la pilule (2,5 %), les injectables (2,4 %) et le condom (1,3 %). Toutes les autres méthodes concernent moins de 1 % des enquêtées. La prévalence de la stérilisation masculine est nulle (tableau 5.3) et la stérilisation féminine très rare ne concerne qu'une faible proportion (1 à 2 %) des femmes après 40 ans. La prévalence contraceptive augmente avec l'âge entre 15 et 44 ans. Les plus grandes utilisatrices sont concentrées aux âges intermédiaires (entre 30 et 44 ans).

Chez les femmes en union, la prévalence est plus élevée que chez les femmes toutes situations matrimoniales confondues : 12 % pour une méthode quelconque et 10 % pour une méthode moderne (graphique 5.2) Bien que l'effectif des femmes célibataires sexuellement actives soit assez réduit, les résultats suggèrent une très forte prévalence contraceptive dans ce groupe (43 %). Les femmes de ce groupe recourent presque exclusivement à deux méthodes : le condom (25 %) et les injectables (9 %).

Signalons enfin, un grand écart entre les pourcentages d'utilisatrices à un moment quelconque et d'utilisatrices actuelles. Pour les méthodes modernes, les chiffres correspondants sont de 26 et 10 % pour les femmes en union et 20 et 8 % pour toutes les femmes, soit du simple à moins de la moitié. Cet écart peut résulter, entre autres, de problèmes de discontinuation ou d'instabilité dans l'utilisation de la contraception : plus de 50 % des utilisatrices de contraceptifs le font de façon occasionnelle ou pour espacer plutôt que pour limiter leur descendance.

La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a augmenté, la proportion d'utilisatrices étant passée de 5 % en 1993 (EDS-II), à 8 % en 1997 (EDS-III) pour atteindre 10 % en 2005. C'est surtout parmi les femmes du milieu rural et parmi celles sans instruction que ces progrès ont été les plus importants ; en effet, la prévalence a plus que doublé en zone rurale : de 1 % en 1993, la prévalence est passée à 2 % en 1997 pour atteindre 5 % à l'enquête actuelle. En fonction du niveau d'instruction, on note qu'entre 1993 et 1997, la proportion de femmes sans instruction qui utilisaient une méthode moderne a doublé passant de 2 % à 4 % ; cette tendance s'est poursuivie puisque entre 1997 et 2005, cette proportion est passée de 4 % à 6 %. En zone urbaine et chez les femmes scolarisées, on observe une tendance à la baisse des utilisatrices de la contraception.

Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode actuellement utilisée, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

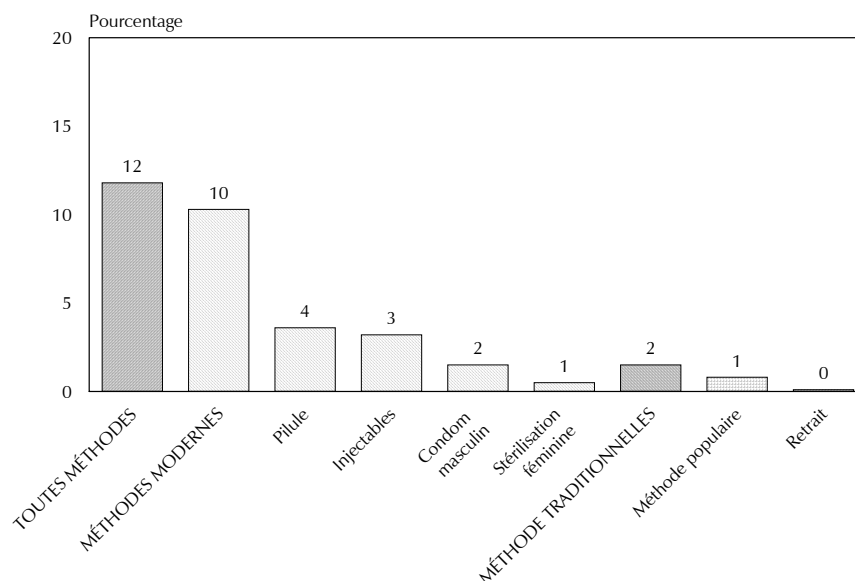
Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthode moderne										N'importe quelle méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle				Total	Nombre
			Pilule	DIU	Injectables	Diaphragme	Mousse, gelée	Condom féminin	Condom	Stérilisation féminine	Implants	MAMA		Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	Non utilisatrice		
TOUTES LES FEMMES																			
15-19	1,6	1,5	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	98,4	100,0	3 556
20-24	6,3	5,5	1,2	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,3	0,2	0,8	0,4	0,0	0,4	93,7	100,0	2 844
25-29	9,0	7,7	3,0	0,4	2,1	0,0	0,0	0,1	1,2	0,0	0,5	0,5	1,2	0,5	0,1	0,7	91,0	100,0	2 379
30-34	13,9	12,5	4,7	0,6	4,3	0,2	0,2	0,0	1,6	0,2	0,7	0,0	1,5	0,5	0,1	0,8	86,1	100,0	1 953
35-39	15,8	13,8	5,8	0,7	4,4	0,3	0,0	0,0	1,1	0,6	0,6	0,3	2,0	1,1	0,3	0,6	84,2	100,0	1 613
40-44	15,4	13,7	4,2	1,4	4,4	0,0	0,2	0,0	1,2	1,1	0,8	0,3	1,7	0,7	0,0	1,0	84,6	100,0	1 249
45-49	10,0	8,2	1,7	0,4	3,2	0,0	0,0	0,0	0,1	2,2	0,7	0,0	1,8	0,5	0,0	1,3	90,0	100,0	1 009
Ensemble	8,7	7,6	2,5	0,4	2,4	0,1	0,0	0,0	1,3	0,3	0,4	0,2	1,1	0,4	0,1	0,6	91,3	100,0	14 602
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																			
15-19	5,0	4,7	0,6	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,1	0,4	0,1	0,0	0,3	95,0	100,0	1 014
20-24	8,4	7,3	1,8	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,4	0,3	1,1	0,6	0,0	0,5	91,6	100,0	1 836
25-29	10,3	8,8	3,5	0,5	2,4	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,6	0,6	1,6	0,6	0,1	0,9	89,7	100,0	1 900
30-34	15,0	13,3	5,3	0,7	4,5	0,2	0,2	0,0	1,4	0,2	0,7	0,1	1,7	0,6	0,1	0,9	85,0	100,0	1 698
35-39	17,2	15,0	6,5	0,6	4,9	0,3	0,0	0,0	1,1	0,7	0,6	0,3	2,3	1,3	0,3	0,7	82,8	100,0	1 425
40-44	15,6	13,9	4,4	1,1	4,9	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,9	0,3	1,7	0,6	0,0	1,1	84,4	100,0	1 100
45-49	10,4	8,7	1,9	0,4	3,0	0,0	0,1	0,0	0,1	2,4	0,8	0,0	1,7	0,5	0,0	1,2	89,6	100,0	893
Ensemble	11,8	10,3	3,6	0,5	3,2	0,1	0,0	0,0	1,5	0,5	0,6	0,3	1,5	0,6	0,1	0,8	88,2	100,0	9 866
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES ¹																			
Ensemble	43,3	43,3	1,1	0,0	9,3	0,0	5,1	3,2	24,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	56,7	100,0	50

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.

¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.

Graphique 5.2 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode



EDS-IV 2005

Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Ces résultats sont présentés au tableau 5.5. La prévalence contraceptive, pour l'ensemble des méthodes est 3,4 fois plus élevée en milieu urbain (20 %) qu'en milieu rural (6 %) et 3,6 fois plus élevée en ce qui concerne les méthodes modernes (18 % contre 5 %). En milieu urbain comme en milieu rural, les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont la pilule (7 % contre 2 % en zone rurale), les injectables (5 % et 2 %) et le condom (3 % et moins de 1 %). La principale méthode traditionnelle utilisée, la continence périodique, concerne surtout les femmes urbaines (1,3 %). Les différences inter régionales sont très importantes. Trois régions se distinguent par leur forte prévalence contraceptive moderne : Ziguinchor (21 %), Dakar (19 %) et Thiès (15 %) (tableau 5.5). À l'inverse, les régions de Matam (1 %), Diourbel (3 %), Kaolack (5 %), Tambacounda (moins de 6 %) et Louga (6 %) sont encore à des niveaux extrêmement faibles. Signalons par ailleurs des particularités régionales dans la répartition selon la méthode utilisée : les régions de Fatick, Ziguinchor et Tambacounda ont des prévalences nettement plus élevées pour les injectables que pour la pilule, à l'inverse de la tendance générale.

La prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction. Pour les méthodes modernes, la prévalence passe de 5 % chez les femmes sans instruction à 18 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 30 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus. On note aussi un recours plus fréquent des femmes sans instruction aux injectables (2,3 % contre 1,5 % pour la pilule) qu'à d'autres méthodes alors que les femmes de niveau secondaire ou plus utilisent plus fréquemment le condom masculin (7 %).

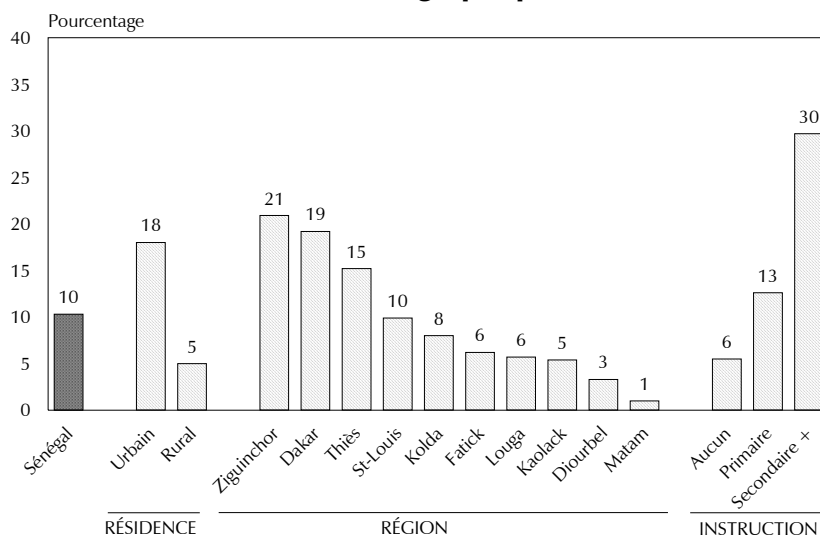
On constate aussi que l'utilisation de la contraception moderne augmente avec le nombre d'enfants, passant de 5 % chez les femmes nullipares à 9 % chez celles en ayant déjà eu un ou deux à 12 % pour celles en ayant eu 3 ou 4 enfants et à 13 % au-delà de 4 enfants. Les nullipares se distinguent par l'utilisation surtout d'une seule méthode en l'occurrence le condom masculin (4 %).

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthode moderne										N'importe quelle méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			Total	Effectif	
			Pilule	DIU	Injectables	Diaphragme	Mousse, gelée	Condom féminin	Condom masculin	Stérilisation féminine	Implants	MAMA		Contingence périodique	Retrait	Méthode populaire			Non utilisatrice
Nombre d'enfants vivants																			
0	6,1	4,8	0,5	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	3,9	0,1	0,1	0,0	1,3	0,7	0,0	0,6	93,9	100,0	1 426
1-2	9,7	8,8	3,1	0,3	2,5	0,0	0,0	0,0	1,9	0,1	0,6	0,3	0,9	0,5	0,0	0,3	90,3	100,0	3 217
3-4	14,0	12,4	5,4	0,9	3,3	0,3	0,1	0,0	1,1	0,5	0,4	0,4	1,6	0,4	0,2	1,0	86,0	100,0	2 446
5+	15,3	13,0	4,2	0,5	5,6	0,0	0,0	0,0	0,2	1,2	1,0	0,3	2,3	0,9	0,1	1,3	84,7	100,0	2 777
Milieu de résidence																			
Urbain	20,3	18,0	6,7	1,1	5,1	0,2	0,1	0,0	2,7	0,6	1,1	0,4	2,3	1,3	0,1	0,9	79,7	100,0	4 005
Rural	6,0	5,0	1,5	0,1	2,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	0,2	0,2	1,0	0,2	0,1	0,7	94,0	100,0	5 860
Région																			
Dakar	21,4	19,2	8,3	1,6	4,7	0,4	0,1	0,0	2,1	0,6	1,1	0,4	2,2	1,3	0,1	0,8	78,6	100,0	2 035
Diourbel	4,0	3,3	1,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,5	96,0	100,0	1 139
Fatick	8,2	6,2	1,3	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,1	0,0	2,0	0,1	0,1	1,8	91,8	100,0	517
Kaolack	6,6	5,4	1,4	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,5	0,2	1,2	0,6	0,0	0,6	93,4	100,0	1 170
Kolda	10,1	8,0	0,6	0,3	3,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,4	0,3	0,6	2,1	0,5	0,1	1,5	89,9	100,0	901
Louga	6,2	5,7	2,2	0,2	2,7	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0	0,5	0,1	0,0	0,4	93,8	100,0	672
Matam	1,2	1,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	98,8	100,0	399
Saint-Louis	10,6	9,9	4,8	0,3	3,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,6	0,1	0,6	0,3	0,0	0,3	89,4	100,0	638
Tambacounda	6,3	5,6	1,2	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,4	0,5	0,2	0,1	0,7	0,2	0,2	0,3	93,7	100,0	737
Thiès	17,2	15,2	6,1	0,4	5,4	0,1	0,0	0,0	1,6	0,5	0,5	0,6	2,0	0,9	0,2	0,9	82,8	100,0	1255
Ziguinchor	24,5	20,9	1,9	0,5	3,4	0,0	0,0	0,1	11,5	0,5	2,3	0,6	3,6	1,8	0,1	1,8	75,5	100,0	403
Niveau d'instruction																			
Aucun	6,5	5,4	1,5	0,1	2,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,3	0,2	1,0	0,2	0,1	0,8	93,5	100,0	6 905
Primaire	20,2	18,3	7,1	0,9	4,9	0,2	0,0	0,0	3,0	0,9	0,8	0,4	1,9	1,0	0,2	0,7	79,8	100,0	2 079
Secondaire ou plus	33,9	29,7	11,3	2,3	6,4	0,5	0,3	0,0	6,7	0,4	1,8	0,1	4,2	3,1	0,1	1,0	66,1	100,0	882
Quintile de bien-être économique																			
Le plus pauvre	3,7	2,9	0,5	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,0	0,3	0,8	0,1	0,0	0,7	96,3	100,0	2 055
Second	6,3	4,8	0,9	0,2	1,8	0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	0,2	0,1	1,5	0,3	0,0	1,2	93,7	100,0	2 056
Moyen	10,3	9,1	2,7	0,1	3,2	0,0	0,0	0,0	1,7	0,5	0,5	0,3	1,2	0,4	0,1	0,7	89,7	100,0	2 008
Quatrième	16,0	14,4	5,4	0,4	4,9	0,0	0,0	0,0	1,8	0,8	0,4	0,6	1,6	1,1	0,0	0,5	84,0	100,0	1 950
Le plus riche	24,6	22,0	9,2	1,8	5,2	0,5	0,2	0,0	2,5	0,7	1,9	0,1	2,5	1,4	0,3	0,9	75,4	100,0	1 796
Ensemble	11,8	10,3	3,6	0,5	3,2	0,1	0,0	0,0	1,5	0,5	0,6	0,3	1,5	0,6	0,1	0,8	88,2	100,0	9 866

Graphique 5.3 Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union selon certaines caractéristiques sociodémographiques



EDS-IV 2005

Enfin, le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives, quel que soit le type, augmente énormément avec le niveau de bien-être du ménage. La prévalence toutes méthodes confondues passe de moins de 4 % chez les femmes des ménages les plus pauvres à 6 % chez celles du 2^{ème} quintile et à 16 % et 25 % dans les deux quintiles les plus riches. On observe une tendance similaire pour les méthodes modernes (3 % chez les plus pauvres contre 22 % chez les plus riches).

5.4 UTILISATION SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME

La capacité d'une femme à traduire ses volontés en actes concrets est déterminée par son statut au sein de son ménage et de la communauté dans laquelle elle vit. Dans ce sens, sa participation dans le ménage aux prises de décisions importantes, son aptitude à exprimer et à faire prendre en compte ses avis sur les sujets relatifs à sa propre personne sont des éléments importants dans le processus de transformation qualitative de sa situation. La motivation de la femme à utiliser la contraception est conditionnée dans une certaine mesure par sa liberté et sa capacité de mouvement et d'actions. Ses possibilités d'initiatives sont souvent codifiées et encadrées dans un système de genre parfois trop coercitif. De ce fait, les rapports de genre au sein de sa communauté et les aménagements opérés au sein de sa famille et ensuite de son ménage ont une influence déterminante dans son aptitude à transformer les messages de planification des naissances en pratique contraceptive effective.

Des indicateurs du statut de la femme sont utilisés pour évaluer l'influence des opinions de la femme concernant certains sujets déterminés sur sa propension à utiliser la contraception. Il s'agit de:

- nombre de décisions prises par la femme : on suppose que plus le nombre de décisions dans lesquelles la femme est impliquée est élevée, plus son statut est important.
- nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari : on considère que les femmes qui pensent que pour aucune raison, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des

rappports sexuels avec son mari ont moins de pouvoir d'action que celles qui pensent que, quelle que soit la raison, une femme a la liberté de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

- nombre de raisons justifiant que le mari batte sa femme : plus la femme évoque de raisons justifiant ce traitement, moins elle sera apte à s'exprimer et à agir en toute liberté.

Les résultats sont présentés au tableau 5.6.

Il semble qu'il existe une relation entre le niveau de participation de la femme à la prise de décisions et la prévalence contraceptive. En effet, plus la femme est impliquée dans les décisions du ménage, plus son recours à la contraception est élevé. La prévalence passe de 8 à 9 % parmi celles qui ont cité 2 décisions ou moins dans lesquelles leur avis est déterminant à 14-15 %, parmi celles qui sont impliquées dans 5 prises de décisions ou plus. Notons également que quel que soit le type de méthode de contraception, cette relation se vérifie.

Par rapport aux raisons justifiant le refus d'une femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari, la relation est très mitigée pour l'ensemble de toutes les méthodes et l'ensemble des méthodes modernes. Il est probable que pour quelques méthodes spécifiques, on observe des écarts notables, mais il semble hasardeux d'en tirer une conclusion sur la réalité de la relation. Pour la pilule par exemple, la prévalence est plus forte chez les femmes qui estiment qu'il n'y a aucune raison de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Par contre, pour les injectables, le condom et les implants, c'est la relation contraire qu'on observe. L'appréciation que les femmes ont de ce comportement ne semble pas être corrélé à leur statut, et donc influencer sur le niveau de la prévalence contraceptive.

En ce qui concerne le troisième indicateur, pour l'ensemble des méthodes modernes, on constate que la prévalence passe de 12 à 15 % quand la femme considère qu'il n'y a aucune raison ou qu'il n'y a qu'une ou deux raisons qui justifie qu'un homme batte sa femme à moins de 8 % chez les femmes qui ont déclaré trois raisons ou plus. Des tendances similaires sont observées pour l'ensemble de toutes les méthodes et pour les principales méthodes contraceptives spécifiques. Autrement dit, ces résultats semblent traduire une corrélation positive entre le statut de la femme et son appréciation du traitement consistant à battre son épouse et la prévalence contraceptive.

Tableau 5.6 Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon les indicateurs du statut de la femme, EDS-IV Sénégal 2005

Statut de la femme	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthode moderne										N'importe quelle méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			Total	Effectif
			Pilule	DIU	Injectables	Diaphragme	Mousse, gelée	Condom	Stérilisation féminine	Implants	MAMA	Continence périodique		Retrait	Méthode populaire	Non utilisatrice		
Nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot¹																		
0	9,5	8,4	2,6	0,3	2,1	0,2	0,0	2,2	0,3	0,5	0,2	1,1	0,4	0,0	0,7	90,5	100,0	2 408
1-2	10,7	9,3	3,3	0,5	3,0	0,1	0,1	1,2	0,4	0,5	0,3	1,4	0,6	0,1	0,8	89,3	100,0	5 148
3-4	17,1	15,0	5,6	1,0	5,2	0,0	0,0	1,4	0,9	0,7	0,3	2,1	0,9	0,1	1,1	82,9	100,0	1 400
5+	15,9	13,7	4,7	0,3	4,7	0,1	0,0	1,9	1,1	0,8	0,2	2,2	1,2	0,2	0,7	84,1	100,0	909
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari																		
0	12,0	10,6	6,7	0,0	2,1	0,0	0,6	0,1	0,0	1,2	0,0	1,4	0,5	0,6	0,3	88,0	100,0	440
1-2	12,0	10,9	3,6	0,8	3,9	0,1	0,0	1,3	0,5	0,4	0,3	1,0	0,4	0,0	0,6	88,0	100,0	3 249
3-4	11,7	10,0	3,4	0,3	3,0	0,1	0,0	1,8	0,5	0,6	0,3	1,8	0,8	0,1	0,9	88,3	100,0	6 177
Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme																		
0	16,6	14,5	5,2	0,9	4,2	0,2	0,0	2,2	0,5	0,8	0,3	2,1	1,1	0,0	0,9	83,4	100,0	3 158
1-2	13,1	11,5	4,0	0,7	3,3	0,2	0,1	1,8	0,3	0,7	0,2	1,6	0,7	0,2	0,7	86,9	100,0	1 901
3-4	8,9	7,7	2,6	0,1	2,6	0,0	0,0	1,2	0,6	0,4	0,2	1,2	0,3	0,1	0,7	91,1	100,0	3 081
5	6,9	6,0	1,9	0,1	2,5	0,0	0,0	0,5	0,4	0,2	0,4	0,9	0,2	0,1	0,7	93,1	100,0	1 726
Ensemble	11,8	10,3	3,6	0,5	3,2	0,1	0,0	1,5	0,5	0,6	0,3	1,5	0,6	0,1	0,8	88,2	100,0	9 866

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.

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

5.5 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents: retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacer les naissances si la contraception débute à une parité que la femme souhaite augmenter selon un calendrier donné, ou encore limiter tout simplement la descendance au niveau actuel lorsque la femme recourt à la contraception parce qu'elle a le nombre d'enfants qu'elle souhaite ou pour d'autres raisons (raisons de santé, par exemple).

Le tableau 5.7 présente la répartition des femmes par groupe d'âges selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont commencé à utiliser la contraception pour la première fois.

Âge actuel	Nombre d'enfants vivant à la première utilisation						Total	Nombre	Nombre médian d'enfants à la 1 ^{ère} utilisation de la contraception
	0	1	2	3	4+	ND			
15-19	62,5	30,2	5,3	0,0	0,6	1,2	100,0	126	-
20-24	33,0	42,5	17,7	3,8	1,1	1,9	100,0	426	0,4
25-29	15,2	42,4	21,6	12,0	7,9	0,8	100,0	591	0,8
30-34	8,2	34,2	21,3	13,1	22,7	0,5	100,0	656	1,3
35-39	6,3	18,9	12,1	20,6	41,3	0,8	100,0	595	2,6
40-44	4,4	10,5	18,9	11,5	52,9	1,7	100,0	460	3,3
45-49	1,4	16,7	8,8	10,9	60,0	2,2	100,0	328	3,8
Ensemble	13,4	28,6	16,9	12,1	27,9	1,2	100,0	3 182	1,4

Dans l'ensemble des femmes utilisatrices passées ou actuelles, 13 % ont déclaré avoir utilisé pour la première fois une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas d'enfant c'est-à-dire pour retarder la première naissance, 58 % ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3 enfants) et enfin 28 % ont commencé à des parités élevées (4 enfants et plus). On note que 29 % des femmes ont commencé à utiliser une méthode de contraception après la naissance du premier enfant.

L'utilisation de la contraception chez les nullipares est surtout le fait des femmes jeunes (63 % chez les femmes de 15-19 ans et 33 % chez celles de 20-24 ans). Selon les déclarations, cette pratique a augmenté dans le temps puisque sa fréquence augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes. Ceci est le signe d'une tendance à retarder la venue de la première naissance dans les générations récentes par rapport aux plus anciennes. De même, le nombre médian d'enfants à la première utilisation ou nombre d'enfants qu'ont 50 % des femmes à la première utilisation de la contraception, (1,4 enfants en moyenne), augmente régulièrement avec l'âge : de 0,4 enfants à 20-24 ans, il passe à 0,8 25-29 ans, 1,3 à 30-34 ans et atteint 3,8 enfants à 45-49 ans. Autrement dit, les femmes recourent à la contraception pour la première fois à des parités de plus en plus basses.

5.6 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Les résultats précédents ont montré que l'utilisation actuelle ou passée de la continence périodique n'était pas négligeable. Or, l'efficacité de cette méthode repose sur une bonne connaissance de

la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes au cours de cette période, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Les résultats des réponses à cette dernière question sont présentés dans le tableau 5.8. Compte tenu des nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette question, les femmes peuvent être groupées en trois grandes catégories dans les commentaires qui suivent :

- Connaissent la période de fécondabilité : celles qui ont déclaré « milieu du cycle » ;
- Ont une connaissance douteuse de la période : celles qui ont déclaré « juste avant le début des règles », « juste après la fin des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après la fin » et du « juste avant le début », elles peuvent correspondre à la période féconde ;
- Ne connaissent pas la période : celles qui ont déclaré « durant les règles », « pas de période spécifique », « ne sait pas » ou toute autre réponse.

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Ensemble des femmes
Juste avant le début des règles	3,4	4,0	4,0
Durant les règles	3,7	1,3	1,3
Juste après la fin des règles	25,7	29,6	29,6
Milieu du cycle	59,2	16,5	16,7
Pas de moment spécifique	2,9	16,5	16,4
Autre	0,8	0,5	0,5
NSP	4,3	31,4	31,3
ND	0,0	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	65	14 537	14 602

Pour l'ensemble des femmes, le tableau 5.8 indique qu'au total la moitié des femmes n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel : 31 % ont déclaré ne pas savoir du tout et 16 % ont déclaré qu'une telle période n'existait pas. Plus d'une femme sur trois (34 %) n'en ont qu'une connaissance approximative voire douteuse. Seulement 17 % des femmes ayant mentionné le milieu du cycle sont considérées avoir une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte au cours du cycle. Si on se limite aux seules femmes utilisant la continence périodique comme méthode de contraception, et qui doivent en principe connaître leur cycle pour utiliser efficacement cette méthode, on observe un niveau de connaissance de la période de fécondabilité particulièrement élevé (59 %). Cependant, 29 % de ces femmes utilisatrices de la continence périodique n'en ont qu'une connaissance vague. Bien que la prévalence de la continence périodique soit très faible (moins de 1 %), il ressort de ces données, que toute promotion de cette méthode devra s'accompagner d'information sur la connaissance de la période de fertilité qui conditionne l'efficacité du recours à cette pratique qui pourrait constituer une alternative pour un grand nombre de femmes qui n'ont pas encore accès aux méthodes modernes.

5.7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'identifier l'endroit où elles ont obtenu leur méthode actuelle (tableau 5.9).

Tableau 5.9 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'information la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS-IV Sénégal 2005

Source d'approvisionnement	Méthode moderne						Ensemble ¹
	Pilule	DIU	Injectables	Condom masculin	Stérilisation féminine	Implants	
Secteur public	73,2	73,0	91,8	12,5	86,8	88,6	70,2
Hôpital gouvern.	4,0	13,9	6,1	2,3	82,5	34,0	10,1
Centre de santé gouvern.	18,4	22,9	19,4	0,2	2,5	23,4	16,0
Poste santé	42,3	34,4	54,3	4,9	0,0	15,5	35,4
Centre de PF gouvern.	5,8	1,8	8,7	0,4	0,0	14,7	5,8
Maternité rurale	0,5	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,5
Case de santé	1,1	0,0	0,2	0,0	1,8	0,9	0,6
Pharmacie comm.	0,0	0,0	2,0	4,6	0,0	0,0	1,4
Agent santé	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Secteur médical privé	22,5	27,0	7,7	52,8	10,4	10,2	21,9
Hôpital privé	7,0	14,6	5,6	0,0	10,4	8,2	5,9
Pharmacie	2,2	12,4	0,1	0,0	0,0	0,9	1,5
Médecin privé	13,0	0,0	0,5	52,8	0,0	1,1	13,8
Agent de terrain	0,3	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3
Autre médical privé	0,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Autre source	2,6	0,0	0,0	30,3	0,0	0,0	6,3
Boutique	0,8	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,9
Amis/proches	1,8	0,0	0,0	26,7	0,0	0,0	5,4
Autre	0,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,6
NSP	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
ND	0,8	0,0	0,5	2,3	1,7	0,0	0,9
Ensemble	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	98,8	99,9
Effectif	365	56	351	185	51	59	1 084

¹ Il comprend 9 utilisatrices de diaphragme, 6 utilisatrices de mousse, gelée et 2 utilisatrices de condom féminin

Pour obtenir les méthodes modernes de contraception, 70 % des femmes s'adressent au secteur médical public. Environ, une femme sur cinq (22 %) s'adresse au secteur médical privé et seulement 6 % se dirigent vers d'autres sources. Dans le secteur public, ce sont surtout vers les postes de santé que les femmes se dirigent pour obtenir leur méthode (35 %, soit la moitié de la clientèle du secteur). Les centres de santé contribuent pour 16 %. Dans le secteur privé, les principaux fournisseurs sont, de loin, les médecins privés (14 %) ; dans 6 % des cas, les femmes se sont procurées leur méthode dans les hôpitaux/cliniques privés. Quant aux sources non médicales, il s'agit essentiellement d'amis/parents (5 %). Ainsi, près de 42 % des utilisatrices de mousses et gelées ont obtenu cette méthode auprès d'amis ou proches ; il en est de même de 27 % des utilisatrices de condom.

Les médecins privés ne sont exclusivement consultés que pour obtenir des mousses et gelées (41 %), le condom masculin (53 %) et le condom féminin (23 %). Le secteur privé par le biais des médecins privés est largement plus sollicité que le secteur public pour obtenir des mousses et gelées ou le condom. Par contre, les diaphragmes, les injectables, la stérilisation féminine et les implants restent le

domaine de prédilection du secteur public avec 90 % de la clientèle. Avec moins de 23 %, Le secteur public joue un rôle mineur dans la distribution des condoms. Enfin, près de 4 % des utilisatrices du condom l'ont obtenu dans une boutique.

5.8 INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont sensés assurer des services complets à leur clientèle en leur donnant le maximum d'informations utiles, entre autres, des informations sur l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes et leurs contraintes et ainsi que sur leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont pour but d'aider les femmes à faire leur choix et à prendre conscience des comportements destinés à leur meilleur usage et la bonne gestion de leurs inconvénients éventuels. Les informations données permettent aussi de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception. Les résultats sont présentés au tableau 5.10.

Dans l'ensemble, environ six femmes sur dix ont été informées que des méthodes autres que celles qu'elles utilisent existaient. Cependant, moins de 50 % des femmes ont été informées sur les effets secondaires et autres problèmes liés à l'utilisation de la méthode (49 %) et sur ce qu'il faut en cas de manifestation d'effets secondaires (48 %). Moins d'une femme sur deux a été informée sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires liés à la méthode.

En matière d'information de la clientèle, on constate que dans le secteur public, la proportion de femmes ayant été informées de l'existence d'autres méthodes est un peu plus élevée que dans le secteur privé (68 % contre 59 %). Par contre, en ce qui concerne l'information sur les effets secondaires et sur ce qu'il convient de faire en cas d'effets secondaires, on constate que les deux secteurs se situent à peu près au même niveau. On constate que dans le secteur public, ce sont dans les centres de PF du gouvernement et dans les centres de santé du gouvernement que les femmes ont été les plus fréquemment informées. En outre, dans 72 % des cas, les femmes qui se sont adressées à des postes de santé, qui constituent les principaux pourvoyeurs de contraceptifs, ont été informées sur l'existence d'autres méthodes et, dans la moitié des cas, elles ont été averties des effets secondaires et des mesures à prendre en cas de problèmes. À l'opposé, c'est dans les maternités rurales et les cases de santé que ces informations sont les moins fréquemment fournies aux femmes. En ce qui concerne le secteur privé, on constate que 70 % des femmes qui ont consulté un médecin ont été informées sur ce qu'il faut faire en cas de problèmes ; par contre, les proportions de celles qui ont été averties des effets secondaires et de celles qui ont été informées que d'autres méthodes existaient est beaucoup plus faible (42 % dans les deux cas).

On constate que dans l'ensemble, les femmes sont mieux informées en milieu urbain (où sont concentrés les centres de santé principaux fournisseurs de méthodes et d'informations appropriées) qu'en milieu rural. Au niveau régional, les résultats montrent que ce sont les femmes de Ziguinchor, Tambacounda et Kolda qui ont plus souvent bénéficié d'information sur les trois sujets. À Thiès et Fatick, des informations ont été souvent fournies sur les autres méthodes existantes (75 %), mais dans moins de 50 % des cas, les femmes ont reçu des informations sur les effets secondaires et ce qu'il faut faire en cas de manifestations d'effets secondaires. La situation des régions de Matam et de Kaolack dans une bien moindre mesure semble préoccupante. Par ailleurs, les femmes les plus instruites ont été moins souvent informées sur les différentes méthodes contraceptives, à l'inverse, elles ont bénéficié de plus d'informations sur ce qu'il faut faire en cas de manifestations d'effets secondaires. Enfin, le niveau d'information des femmes ne semble pas du tout dépendre du niveau de bien-être socioéconomique du ménage dans lequel elles vivent.

Tableau 5.10. Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle dans les cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée ; pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires ; pourcentage de femmes qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser et pourcentage des femmes stérilisées au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été informées qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants, par méthode spécifique, source initiale de la méthode et certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Méthodes, sources et caractéristiques	Avertie des effets secondaires problèmes des méthodes	Informée sur que faire en cas d'effets secondaires	Informée que d'autres méthodes peuvent être utilisées
Méthode			
Pilule	42,5	45,3	61,3
DIU	52,7	53,7	62,4
Injectables	56,0	51,4	67,5
Implants	69,9	69,9	64,7
Stérilisation féminine	17,5	19,7	5,1
Première source de méthodes			
Secteur public	54,4	53,9	68,4
Hôpital gouvern.	48,9	42,3	48,0
Centre de santé gouvern.	58,6	56,4	73,1
Poste santé	53,7	55,2	71,6
Centre de PF gouvernement	61,4	64,2	81,5
Maternité rurale	21,4	21,4	61,7
Case de santé	58,0	58,0	11,6
Secteur medical prive	52,8	58,3	58,5
Hôpital privé	59,0	60,5	61,5
Pharmacie	6,0	12,2	20,5
Médecin privé	41,8	69,9	42,1
Dispensaire relig.	46,0	46,0	70,4
Agent de terrain	100,0	100,0	86,2
Autre médical privé	80,6	37,6	100,0
Autre source	0,0	0,0	19,5
Amis/proches	0,0	0,0	19,5
Milieu de résidence			
Urbain	50,3	49,8	59,2
Rural	45,6	45,0	61,1
Région			
Dakar	48,4	48,3	52,2
Diourbel	41,9	42,8	56,9
Fatick	48,7	50,0	70,6
Kaolack	36,2	36,3	46,7
Kolda	60,9	60,8	58,6
Louga	50,9	47,3	56,9
Matam	10,5	22,1	34,9
Saint-Louis	46,8	38,7	67,1
Tambacounda	63,5	61,3	64,5
Thiès	48,1	48,8	75,0
Ziguinchor	62,8	64,1	70,0
Niveau d'instruction			
Aucun	48,0	44,9	61,9
Primaire	48,2	50,2	59,7
Secondaire ou plus	51,6	51,1	56,4
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	52,1	46,8	52,5
Second	52,9	53,8	64,9
Moyen	47,1	43,8	62,5
Quatrième	50,2	48,4	58,4
Le plus riche	47,6	49,5	59,5
Ensemble	48,9	48,4	59,8
Effectif de femmes	882	882	929

5.9 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.11 fournit la distribution des femmes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur.

Intention	Nombre d'enfants vivants ¹					Ensemble
	0	1	2	3	4+	
A l'intention d'utiliser	20,8	25,0	28,3	28,1	26,0	25,8
Incertaine	11,6	9,0	8,1	6,4	6,8	7,9
N'a pas l'intention d'utiliser	67,4	65,2	63,2	65,2	66,9	65,8
ND	0,2	0,7	0,4	0,3	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 078	1 521	1 432	1 234	3 435	8 700

Plus d'une femme sur quatre (26 %) ont déclaré avoir l'intention de le faire dans l'avenir. Par contre, deux femmes sur trois ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur et, dans 8 % des cas, les femmes étaient indécises. Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate que parmi les femmes sans enfant, plus d'une femme sur cinq (21 %) a déclaré avoir l'intention d'utiliser dans le futur une méthode de planification familiale. Parmi les femmes ayant un enfant, cette proportion est de 25 % et parmi celles en ayant 3, elle est de 28 %.

5.10 RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes non utilisatrices actuelles de la contraception qui ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser un contraceptif dans l'avenir, on leur a demandé d'en indiquer la raison. Les données du tableau 5.12 montrent que 29 % des femmes ont cité des raisons relatives à la fécondité et dans la moitié de ces cas les femmes ont déclaré qu'elles désiraient avoir d'autres enfants ; 5 % des femmes ont mentionné comme raison la faible fréquence ou l'absence de rapports sexuels. Mais la raison la plus souvent mentionnée, est celle liée à l'opposition à la pratique contraceptive (42 %). Dans cette catégorie, l'opposition de l'enquêtée elle-même est la plus fréquemment citée (22 %), viennent ensuite les interdits religieux (11 %) et l'opposition du mari (9 %). Ce dernier résultat suggère donc que chez seulement une femme sur dix, le refus d'utiliser une méthode dans l'avenir est dû à l'opposition du mari à l'utilisation de la contraception. En outre, les raisons liées aux méthodes ont été globalement citées par 19 % des femmes, essentiellement réparties dans deux groupes : la peur des effets secondaires (11 %) et les problèmes de santé (6 %).

On relève des résultats similaires dans chacun des deux grands groupes d'âges. Cependant, on observe que les raisons liées à la fécondité ont été plus fréquemment citées par les femmes de 30-49 ans (36 % contre 22 %); il en est ainsi de la sous fécondité ou de l'infécondité (12 % chez les femmes 30-49 ans contre moins de 2 % chez celles de 15-29 ans) et de la ménopause et de l'hystérectomie (respectivement, 5 % et 0 %). Inversement, l'opposition de l'enquêtée à la contraception est plus fréquente chez les femmes les plus jeunes (27 % à 15-29 ans) que chez les plus âgées (18 % à 30-49 ans).

Tableau 5.12 Raisons évoquées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception			
Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'en utiliser une, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005			
Raisons	Âge		Ensemble
	15-29	30-49	
Célibataire	0,4	0,1	0,2
Raisons associées à la fécondité	21,5	35,7	29,2
Rapports sexuels peu fréquents	4,3	5,5	5,0
Ménopause, hystérectomie	0,0	5,0	2,7
Sous-féconde, inféconde	1,7	11,9	7,2
Ne veut plus d'enfants	15,4	13,3	14,3
Opposée à l'utilisation	48,8	36,0	41,9
Enquêtée opposée	26,8	17,8	21,9
Mari opposé	10,8	7,7	9,1
Autres opposés	0,4	0,1	0,2
Interdits religieux	10,9	10,4	10,6
Manque de connaissance	9,0	4,1	6,4
Ne connaît aucune méthode	6,7	3,1	4,8
Ne connaît aucune source	2,3	1,0	1,6
Raisons associées à la méthode	16,9	21,0	19,1
Problèmes de santé	4,7	7,8	6,4
Peur des effets secondaires	10,9	11,3	11,1
Manque d'accès	0,3	0,3	0,3
Coûte trop cher	0,2	0,5	0,4
Utilisation gênante	0,3	0,5	0,4
Interfère avec le fonctionnement du corps	0,4	0,6	0,5
Autre	1,2	2,0	1,6
NSP	2,2	1,0	1,5
ND	0,0	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 626	3 101	5 726

5.11 MÉTHODE FUTURE PRÉFÉRÉE

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort du tableau 5.13 que les méthodes modernes sont, de loin, les plus fréquemment citées. Les injectables viennent largement en tête avec 36 % des femmes ; ils sont suivies de la pilule (27 %) et des implants (12 %). Chacune des autres méthodes spécifiques a été citée par moins de 2 % des enquêtées. On observe quelques différences selon l'âge. Les DIU, la stérilisation féminine et la continence périodique ont été plus fréquemment cités par les femmes de 30-49 ans.

Tableau 5.13 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

Méthode	Âge		Ensemble
	15-29	30-49	
Pilule	25,8	29,1	27,2
DIU	1,5	2,4	1,9
Injectables	38,7	31,8	35,7
Condom	1,5	1,3	1,4
Stérilisation féminine	0,1	2,5	1,2
Stérilisation masculine	0,2	0,0	0,1
Contenance périodique	0,6	1,3	0,9
Retrait	0,1	0,0	0,1
Implants	12,1	11,0	11,6
MAMA	0,2	0,0	0,1
Mousse et gelée	0,1	0,4	0,2
Autre	12,0	14,5	13,1
ND	7,2	5,6	6,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 270	978	2 248

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

5.12 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'accès à l'information constitue un préalable important pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est en effet par ce biais qu'on parvient à informer et à sensibiliser la population à la planification familiale et à vulgariser les différentes méthodes contraceptives. Pour appréhender le niveau d'accès des femmes et des hommes à l'information sur la planification familiale et les canaux par lesquels ils ont été informés, on leur a demandé si elles/ils avaient entendu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois ayant précédé l'enquête.

Selon les tableaux 5.14.1 et 5.14.2, on constate que durant le mois ayant précédé l'enquête, près d'une femme sur deux (48 %) et quatre hommes sur dix (41 %) n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision, ni vu ou lu de message dans les journaux et magazines, sur la planification familiale. Chez les femmes, 45 % ont entendu un message à la radio, la source d'information la plus répandue, et 33 % en ont entendu un à la télévision, au cours du mois ayant précédé l'enquête. La proportion de femmes informées par les journaux ou magazines est plutôt faible (6 %), cela étant en partie dû au faible niveau d'alphabétisation. La proportion de femmes ayant entendu un message à la radio augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 32 % à 15-19 ans à 53 % à 35-44 ans. Cette proportion est également plus importante en milieu urbain que rural (48 % contre 42 %). C'est dans les régions de Louga (55 %), Ziguinchor (52 %), Thiès (51 %) et Saint-Louis (51 %) que les femmes ont le plus fréquemment reçu des messages sur la planification familiale en écoutant la radio. Dans les autres régions, les pourcentages sont inférieurs à 50 % ; ils sont particulièrement faibles à Matam (34 %) et Tambacounda (36 %). Enfin, le pourcentage de femmes ayant reçu des messages sur la planification familiale en écoutant la radio augmente avec le niveau d'instruction variant de 43 % chez les femmes sans

instruction à 46 % chez celles de niveau primaire et à 52 % chez celles de niveau secondaire ou plus. La télévision existe essentiellement dans les villes ; aussi a-t-elle plus servi de canal d'information en milieu urbain (47 % contre 20 % en milieu rural) et dans les régions les plus urbanisées : Dakar (50 %), Thiès (38 %) et Ziguinchor (31 %). Comme pour la radio, le pourcentage de femmes informées par la télévision augmente avec le niveau d'instruction : de 23 % chez les femmes sans instruction, il passe à 54 % chez celles de niveau secondaire ou plus. L'information par les journaux et magazines concerne presque exclusivement le milieu urbain (12 % contre 1 % en milieu rural), Dakar (15 % contre moins de 5 % ailleurs) et les femmes instruites, surtout celles ayant au moins niveau secondaire (28 %).

Tableau 5.14.1 Exposition aux messages sur la planification familiale : Femmes

Pourcentage de femmes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Radio	Télévision	Journal/ magazine	Aucune de ces trois sources	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	32,1	25,7	4,8	59,4	3 556
20-24	43,6	33,7	5,6	48,6	2 844
25-29	48,4	35,7	7,4	44,7	2 379
30-34	52,4	38,2	7,5	40,7	1 953
35-39	53,3	37,0	8,1	41,6	1 613
40-44	53,2	32,5	6,3	42,4	1 249
45-49	52,4	32,7	6,0	45,0	1 009
Milieu de résidence					
Urbain	48,4	47,0	11,5	40,7	7 117
Rural	42,3	19,5	1,4	55,0	7 485
Région					
Dakar	43,1	49,5	14,9	41,9	3 866
Diourbel	44,2	30,3	2,3	51,6	1 548
Fatick	45,9	22,6	3,4	51,0	708
Kaolack	41,1	16,5	3,5	56,3	1 642
Kolda	46,7	20,7	1,1	50,4	1 047
Louga	54,7	25,3	3,3	44,4	915
Matam	33,9	21,7	1,9	61,9	543
Saint-Louis	50,5	33,2	4,8	45,9	947
Tambacounda	36,2	21,6	1,4	59,7	851
Thiès	51,1	38,1	4,9	42,8	1 974
Ziguinchor	51,6	30,8	3,7	43,9	562
Niveau d'instruction					
Aucun	43,1	23,4	0,8	53,2	8 699
Primaire	46,1	42,2	6,1	43,7	3 677
Secondaire ou plus	52,4	54,4	28,3	34,8	2 226
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	41,2	9,8	0,7	57,9	2 433
Second	39,9	15,3	0,9	58,3	2 565
Moyen	44,8	30,0	2,1	49,3	2 839
Quatrième	48,6	45,9	7,6	42,1	3 154
Le plus riche	49,3	51,8	16,1	38,1	3 610
Ensemble	45,3	32,9	6,3	48,0	14 602

Quelle que soit la source, on constate que les hommes ont été plus souvent informés que les femmes et la proportion de ceux qui n'ont été exposés à aucune des sources est de 41 % contre 48 % chez les femmes. Comme pour les femmes, ce sont les hommes (tableau 5.14.2) les plus instruits et ceux du milieu urbain qui ont été les plus fréquemment exposés à l'information. Les messages sur la planification familiale ne semblent donc pas atteindre la population en général et surtout sa cible principale, en l'occurrence les femmes.

Tableau 5.14.2 Exposition aux messages sur la planification familiale : Hommes					
Pourcentage d'hommes qui, au cours des quelques mois ayant précédé l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005					
Caractéristique sociodémographique	Radio	Télévision	Journal/ magazine	Aucune de ces trois sources	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	31,0	28,4	6,9	60,4	1 851
20-24	46,6	39,0	9,9	47,0	645
25-29	56,7	47,1	16,3	35,2	537
30-34	67,1	50,2	19,7	30,6	399
35-39	68,8	48,7	21,2	29,1	318
40-44	63,5	46,9	19,7	30,2	316
45-49	65,1	46,5	18,8	31,0	275
50-54	68,0	42,3	18,6	29,9	216
55-59	65,5	38,6	18,9	34,1	130
Milieu de résidence					
Urbain	56,8	52,6	21,8	34,5	2 101
Rural	47,9	26,2	5,0	50,0	1 660
Région					
Dakar	56,7	54,3	26,1	33,6	1 186
Diourbel	42,7	25,3	5,8	55,0	309
Fatick	40,3	25,6	6,5	58,9	174
Kaolack	42,4	25,5	6,8	54,3	369
Kolda	58,2	29,7	5,5	38,9	295
Louga	65,8	37,8	5,6	33,7	155
Matam	32,6	25,2	7,5	64,1	109
Saint-Louis	48,7	40,8	10,2	44,4	210
Tambacounda	55,4	27,5	4,7	43,1	247
Thiès	58,6	51,3	14,9	33,5	538
Ziguinchor	55,8	44,7	17,8	39,9	170
Niveau d'instruction					
Aucun	48,6	27,4	3,1	48,9	1 621
Primaire	50,0	43,6	11,7	42,7	1 007
Secondaire ou plus	61,6	57,9	32,9	29,4	1 133
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	43,9	15,0	1,7	54,9	581
Second	49,0	25,6	3,4	48,6	556
Moyen	53,8	38,4	8,7	42,3	678
Quatrième	54,3	51,5	18,3	35,9	842
Le plus riche	57,9	55,8	27,0	34,2	1 104
Ensemble	52,9	40,9	14,4	41,4	3 761

Chez les hommes comme chez les femmes, on constate d'importantes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques. En premier lieu, les résultats montrent que les femmes du milieu urbain et les femmes les plus instruites sont celles qui sont les plus fréquemment exposées aux médias. À l'opposé, en milieu rural et parmi les femmes sans instruction, plus de la moitié n'ont eu accès à aucun des

trois médias. Les pourcentages de femmes n'ayant accès à aucune source d'information sur la planification familiale augmentent avec le niveau de pauvreté du ménage (38 % chez les plus riches à 58 % chez les plus pauvres). Bien évidemment, les femmes qui vivent dans les ménages les plus pauvres sont aussi celles qui vivent plus fréquemment en milieu rural et qui ne sont pas instruites et qui sont donc les moins exposées aux moyens d'informations et qui ont un accès limité à la télévision. Par contre, la radio est assez répandue et est assez accessible à toutes les femmes. Le tableau 5.14.2 montre que globalement les hommes sont sensiblement plus exposés que les femmes aux sources d'information sur la planification familiale.

Au tableau 5.15, figurent les résultats concernant le contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de la planification familiale. Dans 91 % des cas, les femmes ont déclaré n'avoir pas reçu la visite d'un agent de santé qui leur parlé de planification familiale au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, ces proportions sont très élevées et on ne constate pas de variations importantes. On peut cependant souligner que Kolda et, dans une moindre mesure, Kaolack se caractérisent par des proportions plus élevées qu'ailleurs de femmes ayant reçu la visite d'agents de terrain pour parler de planification familiale (14 et 10 % respectivement).

Les visites des femmes dans les formations sanitaires pour une raison de santé quelconque que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants constituent des occasions à ne pas manquer par les prestataires pour discuter avec elles de planification familiale. Selon les résultats de l'enquête, dans la moitié des cas (51 %) aucune discussion ayant trait à la planification familiale n'a eu lieu. On observe pratiquement le même résultat en milieu urbain (50 %) et en milieu rural (52 %). Ce sont les femmes les plus jeunes (moins de 20 ans) qui ont le moins fréquemment discuté de PF dans un centre de santé (35 % contre un maximum de 61 % à 25-29 ans). Les femmes résidant à Tambacounda, Kolda et Ziguinchor ont également moins souvent discuté de questions de planifications à l'occasion de leur passage dans une formation sanitaire.

Tableau 5.15 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale

Pourcentage des non utilisatrices de la contraception qui ont été contactées par un agent de terrain qui lui a parlé de planification familiale, qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé de méthodes de planification familiale, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et a discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ont discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de PF	Femmes n'ayant pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	3,3	1,0	34,6	95,8	3 499
20-24	6,0	3,2	55,4	91,4	2 665
25-29	6,9	5,9	60,5	88,0	2 165
30-34	8,6	7,4	60,2	85,6	1 681
35-39	7,5	7,8	58,2	86,0	1 358
40-44	6,5	5,6	53,4	89,0	1 057
45-49	6,0	3,4	49,2	91,1	908
Milieu de résidence					
Urbain	4,1	4,7	50,1	92,0	6 217
Rural	7,7	3,9	51,9	89,3	7 117
Région					
Dakar	2,5	4,6	47,3	93,4	3 368
Diourbel	4,1	2,0	57,8	94,1	1 500
Fatick	7,6	4,5	50,9	88,9	662
Kaolack	9,6	5,7	51,1	86,0	1 559
Kolda	13,9	4,4	40,0	82,9	949
Louga	7,1	4,1	55,1	89,2	873
Matam	4,4	2,1	55,0	93,7	538
Saint-Louis	2,3	2,9	57,2	95,3	876
Tambacounda	5,0	1,9	45,4	93,4	804
Thiès	8,4	6,1	56,3	87,0	1 746
Ziguinchor	5,8	6,6	46,0	89,3	458
Niveau d'instruction					
Aucun	6,5	4,1	52,0	90,2	8 235
Primaire	6,0	4,8	50,4	90,2	3 211
Secondaire ou plus	3,7	4,1	48,1	92,6	1 888
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	9,0	3,3	47,4	88,4	2 354
Second	7,7	4,4	51,4	89,0	2 431
Moyen	6,6	4,1	54,4	90,2	2 619
Quatrième	4,3	5,1	51,8	91,3	2 807
Le plus riche	3,3	4,3	50,2	92,9	3 122
Ensemble	6,0	4,3	51,1	90,5	13 333

5.13 DISCUSSIONS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AVEC LE CONJOINT

La discussion sur la planification familiale avec le conjoint peut être un élément décisif pour l'adoption d'une méthode de contraception par le couple car le rôle joué par l'époux peut influencer grandement la décision de la femme.

Les résultats présentés dans le tableau 5.16 montrent qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 58 % des femmes en union connaissant une méthode contraceptive n'ont jamais discuté de

planification familiale avec leur conjoint. Environ, 41 % d'entre elles ont déclaré avoir abordé le sujet avec leur conjoint : 23 % l'ont fait une ou deux fois seulement et 18 %, trois fois ou plus. Les femmes les plus jeunes (moins de 25 ans) et les plus âgées (plus de 40 ans) ont été relativement plus nombreuses à n'avoir jamais discuté de ce sujet avec leur conjoint.

Les hommes qui ont eu à répondre à la même question, ont été beaucoup plus nombreux à déclarer n'avoir jamais discuté de ce sujet avec leur conjointe (81 % contre 58 % chez les femmes). Seulement 19 % l'ont fait au moins une fois. Ce sont les hommes de 30 à 49 ans qui en ont discuté le plus fréquemment.

Tableau 5.16 Discussion de la planification familiale dans le couple

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union qui connaissant une méthode contraceptive, selon le nombre de fois qu'elles/ils ont discuté de planification familiale avec leur conjoint, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	Femmes					Hommes				
	Jamais	Une ou deux fois	Trois ou plus	ND	Total	Nombre	Jamais	Une ou deux fois	Total	Effectif
15-19	72,1	18,3	8,7	0,9	100,0	865	91,8	8,2	100,0	52
20-24	61,6	22,4	15,1	0,9	100,0	1 728	86,2	13,8	100,0	131
25-29	56,1	23,8	18,9	1,2	100,0	1 811	83,2	16,8	100,0	229
30-34	50,7	24,9	23,2	1,2	100,0	1 625	76,4	23,6	100,0	288
35-39	53,7	24,5	20,9	0,9	100,0	1 364	79,0	21,0	100,0	265
40-44	59,0	20,2	19,4	1,3	100,0	1 055	77,6	22,4	100,0	268
45-49	62,4	20,4	16,2	0,9	100,0	839	80,0	20,0	100,0	259
50-54	na	na	na	na	na	na	86,4	13,6	100,0	200
55-59	na	na	na	na	na	na	79,9	20,1	100,0	115
Ensemble	58,2	22,6	18,1	1,1	100,0	9 288	80,8	19,2	100,0	1 808

na = Non applicable

5.14 OPINIONS DES COUPLES SUR LA PLANIFICATION

Le dernier thème traité dans ce chapitre concerne l'opinion du couple sur la planification familiale. Lors de l'enquête, on a posé la question suivante aux femmes et aux hommes: «En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse? ».

Cette question a permis de déterminer l'opinion des couples en matière de planification familiale (tableau 5.17). Dans près de la moitié des couples (49 %), les deux conjoints ont la même opinion : 23 % approuvent la contraception et 26 % la désapprouvent. On relève que la proportion de maris/conjoints qui désapprouvent la planification familiale est beaucoup plus importante lorsque la femme elle-même désapprouve (26 %) que dans le cas contraire (13 %). De même, la proportion de maris/conjoints qui approuvent cette pratique est beaucoup plus importante lorsque la femme elle-même approuve (23 %) que lorsqu'elle ne l'approuve pas (2 %). Pour une proportion importante de femmes (36 %), l'opinion du mari est inconnue.

Tableau 5.17 Opinion des couples concernant la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale selon qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et selon leur perception de l'opinion de leur mari sur la planification familiale, par caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Enquêtée approuvant la PF			Enquêtée désapprouvant la PF				Total	Effectif
	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari inconnue, ND	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari inconnue, ND	Enquêtée incertaine		
Groupe d'âges									
15-19	12,3	7,3	18,2	2,2	26,3	24,7	9,0	100,0	865
20-24	19,3	12,2	15,8	1,8	27,2	17,3	6,5	100,0	1 728
25-29	24,0	15,3	14,6	1,5	23,9	14,0	6,7	100,0	1 811
30-34	28,5	13,4	14,3	1,7	24,6	11,5	6,0	100,0	1 625
35-39	28,9	15,3	11,3	1,1	22,8	14,7	5,9	100,0	1 364
40-44	24,2	13,3	10,8	3,6	24,9	15,5	7,7	100,0	1 055
45-49	19,4	10,7	10,9	1,9	32,1	17,6	7,5	100,0	839
Milieu de résidence									
Urbain	35,3	14,0	10,8	2,4	22,9	9,3	5,3	100,0	3908
Rural	14,3	12,3	16,0	1,4	27,5	20,5	7,9	100,0	5379
Région									
Dakar	39,0	13,8	7,8	2,9	24,2	6,6	5,7	100,0	1977
Diourbel	12,0	10,1	17,6	0,9	28,1	21,8	9,5	100,0	1050
Fatick	18,5	15,0	13,3	2,2	33,6	13,7	3,7	100,0	486
Kaolack	16,8	14,1	13,1	1,7	39,7	9,3	5,3	100,0	1078
Kolda	22,1	14,1	16,2	0,7	19,0	22,6	5,3	100,0	883
Louga	12,1	10,2	19,2	2,0	26,8	20,2	9,4	100,0	625
Matam	6,3	10,3	9,6	0,8	31,7	24,9	16,5	100,0	322
Saint-Louis	21,6	11,8	11,3	1,5	25,0	23,4	5,4	100,0	588
Tambacounda	12,7	10,8	18,4	1,2	18,5	31,0	7,6	100,0	642
Thiès	28,0	14,8	16,1	2,8	19,3	11,4	7,5	100,0	1 236
Ziguinchor	34,1	14,9	15,6	1,5	17,0	13,8	3,0	100,0	400
Niveau d'instruction									
Aucun	15,2	12,4	15,0	1,7	28,9	19,0	7,8	100,0	6 376
Primaire	35,5	14,8	12,6	2,1	19,6	10,2	5,2	100,0	2 034
Secondaire ou plus	51,9	13,0	8,4	2,8	15,5	5,0	3,4	100,0	878
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	12,4	10,7	17,7	1,3	26,7	23,5	7,7	100,0	1 829
Second	12,7	14,1	15,0	1,4	30,2	19,5	7,0	100,0	1 905
Moyen	19,8	13,0	14,6	1,9	25,1	17,9	7,7	100,0	1 905
Quatrième	29,3	14,7	10,4	2,9	25,7	10,4	6,7	100,0	1 869
Le plus riche	42,5	12,5	11,4	1,8	19,8	7,1	4,8	100,0	1 779
Ensemble	23,1	13,0	13,8	1,9	25,6	15,8	6,8	100,0	9 288

On notera que quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, lorsque les opinions des couples divergent, les cas où la femme approuve et l'homme désapprouve (13 %) sont nettement plus fréquents que les cas contraires (moins 2 %). Par ailleurs, contrairement au milieu rural, la proportion de couples urbains qui approuvent (35 %) est beaucoup plus importante que celle de couples qui désapprouvent (23 %) ; les proportions correspondantes en zone rurale sont de respectivement, 14 et 28 %. Un résultat similaire est observé chez les femmes scolarisées, surtout celles ayant, au moins, un niveau secondaire, par rapport aux non instruites. Enfin, à l'inverse des autres régions, les proportions de couples qui approuvent sont nettement plus élevées à Dakar et à Ziguinchor (34 % dans les deux cas) et dans une moindre mesure à Thiès et Kolda. À l'opposé, cette proportion n'est que de 6 % dans celle de Matam.

Salif Ndiaye

Le comportement procréateur des femmes est affecté par plusieurs facteurs appelés déterminants proches de la fécondité. Ce chapitre porte sur ces facteurs qui, en dehors de la contraception, jouent un rôle essentiel sur l'exposition des femmes aux risques de grossesse et donc sur leur niveau de fécondité. Il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée, de l'abstinence et de l'insusceptibilité post-partum.

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Au Sénégal, le mariage constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation. Dans ce pays dont 95 % de la population est musulmane, le mariage est universel et le célibat définitif est plutôt un phénomène marginal. Le mariage, et plus généralement l'union maritale, constitue l'évènement le plus important qui marque le début d'exposition au risque de grossesse. Dans le cadre de l'EDS-IV, le terme union s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui se sont déclarés mariés ou vivant maritalement avec un/une partenaire. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers, que les unions de fait.

Le tableau 6.1 présente la répartition des femmes et des hommes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. Près de sept femmes de 15-49 ans sur dix (68 %) et un homme de 15-59 ans sur deux (50 %) étaient en union au moment de l'enquête. Au Sénégal, l'union se réduit en général au mariage, 96 % des femmes et 88 % des hommes déclarés en union étant effectivement mariés. Seulement 3 % des femmes et 6 % des hommes vivaient avec un conjoint sans être marié (union consensuelle). Le célibat concernait 27 % des femmes et 47 % des hommes ; 4 % des femmes et 3 % des hommes étaient divorcés ou séparés. Environ une femme sur cent (1 %) était veuve, contre une proportion encore plus faible d'hommes (0,2 %). Le calendrier de la nuptialité plus tardif chez les hommes et la pratique de la polygamie expliquent les plus forts pourcentages d'hommes encore célibataires ainsi que les plus faibles proportions d'hommes divorcés et de veufs.

Les résultats présentés au tableau 6.1 montrent également que les proportions de femmes célibataires diminuent rapidement avec l'âge, passant de 70 % à 15-19 ans à 14 % à 25-29 ans et à 4 % à 35-39 ans ; après 40 ans le célibat est pratiquement inexistant (moins de 1 %). Inversement, la proportion de femmes mariées augmente avec l'âge. Elle passe de 25 % à 15-19 ans à 61 % à 20-24 ans, pour atteindre son maximum à 45-49 ans (88 %). Par ailleurs, les proportions de femmes en union consensuelle sont plus élevées aux âges jeunes, avant 30 ans (3 à 4 %) ; après 35 ans, elles diminuent pour devenir négligeables (inférieures à 1 %). Comme pour les femmes, le pourcentage d'hommes célibataires diminue rapidement avec l'âge, à l'inverse du pourcentage de mariés. Les hommes se marient plus tard : à 20-24 ans, près de trois hommes sur quatre (73 %) sont encore célibataires contre 32 % chez les femmes (graphique 6.1).

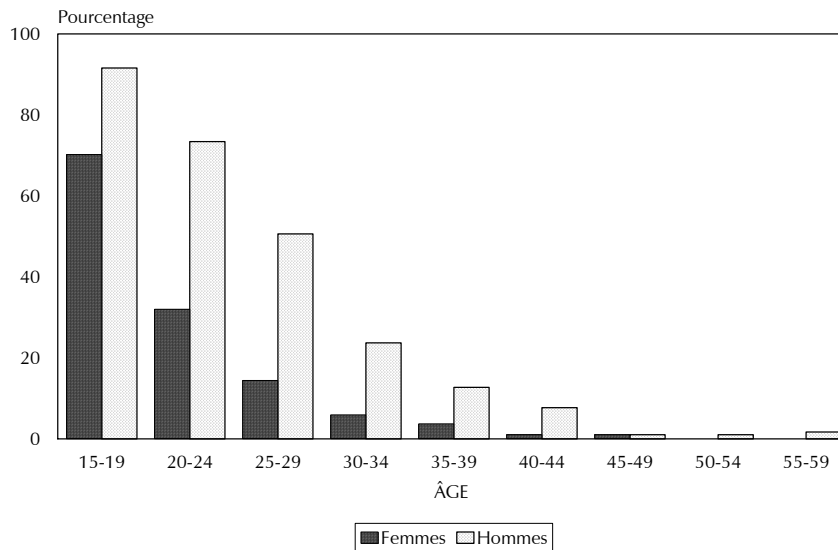
Entre 1997 (EDS-III) et 2005 (EDS-IV), on constate une grande stabilité de la structure de l'état matrimonial des femmes au Sénégal. Pour l'ensemble des femmes, les proportions de femmes célibataires, en union ou en rupture d'union sont restées quasiment les mêmes.

Tableau 6.1 État matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	État matrimonial						Total	Effectif
	Célibataire	Marié/e	Vivant ensemble	Divorcé/e	Séparé/e	Veuf/veuve		
FEMMES								
15-19	70,2	25,4	3,1	0,4	0,7	0,1	100,0	3 556
20-24	32,0	60,5	4,0	1,7	1,7	0,1	100,0	2 844
25-29	14,4	76,2	3,7	3,4	1,2	1,2	100,0	2 379
30-34	5,9	85,1	1,8	4,4	1,8	1,0	100,0	1 953
35-39	3,7	87,4	0,9	5,1	1,0	1,8	100,0	1 613
40-44	0,7	86,9	1,2	6,2	1,2	3,8	100,0	1 249
45-49	0,6	87,7	0,9	5,5	1,1	4,3	100,0	1 009
Ensemble	27,0	64,9	2,7	3,0	1,2	1,2	100,0	14 602
HOMMES								
15-19	91,6	0,6	5,6	0,0	2,1	0,1	100,0	926
20-24	73,4	7,7	13,3	0,0	5,6	0,0	100,0	645
25-29	50,6	34,8	8,5	0,3	5,8	0,0	100,0	537
30-34	23,7	67,9	5,8	0,8	1,5	0,3	100,0	399
35-39	12,7	83,7	1,0	1,4	0,9	0,4	100,0	318
40-44	7,7	85,9	1,6	2,9	1,9	0,0	100,0	316
45-49	1,4	97,3	0,0	0,8	0,1	0,4	100,0	275
50-54	0,6	97,6	0,0	1,2	0,1	0,5	100,0	216
55-59	1,7	93,6	0,4	3,1	0,0	1,2	100,0	130
Ensemble	46,8	43,9	5,7	0,7	2,7	0,2	100,0	3 761

Graphique 6.1 Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge



EDS-IV 2005

6.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivaient en union monogame de celles qui vivaient en union polygame ; ces dernières sont celles dont le mari ou conjoint a plusieurs épouses. Le tableau 6.2 présente la répartition des femmes en union selon le nombre de co-épouses et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Au Sénégal, malgré la prédominance des unions monogames (60 %), la polygamie est une pratique répandue puisqu'elle concerne 40 % des femmes en union. Plus d'un quart des femmes en union n'ont qu'une seule co-épouses (28 %) et parmi les femmes en union polygame, cette proportion est de 71 %. En outre, on constate que la proportion de femmes ayant au moins une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge, passant de 20 % à 20-24 ans à 42 % à 30-34 ans et à 61 % à 45-49 ans.

Tableau 6.2 Nombre de co-épouses

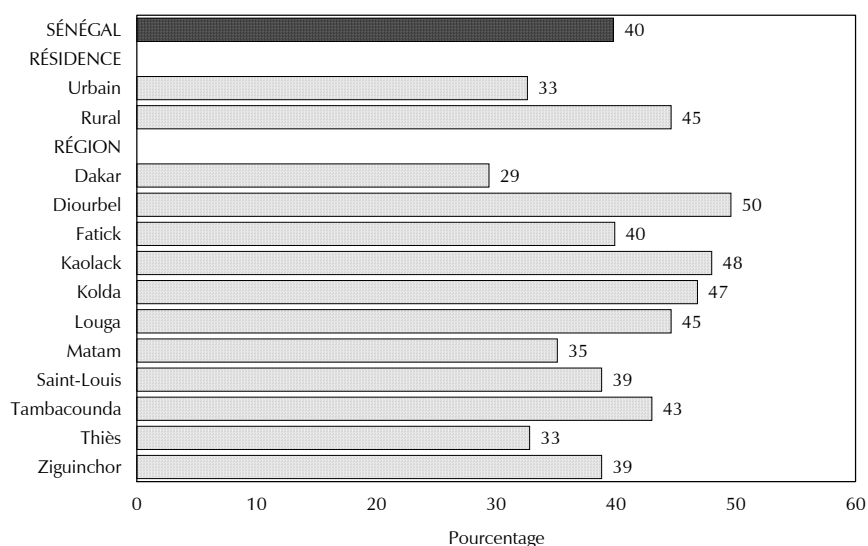
Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par nombre de co-épouses/autres épouses, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes						Hommes				
	0	1	2+	NSP/ND	Total	Effectif	0	1	2+	Total	Effectif
Groupe d'âges											
15-19	79,9	13,9	5,9	0,3	100,0	1 014	100,0	0,0	0,0	100,0	58
20-24	75,4	19,1	5,2	0,2	100,0	1 836	98,8	1,2	0,0	100,0	136
25-29	66,0	26,4	7,3	0,3	100,0	1 900	98,8	1,2	0,0	100,0	232
30-34	58,1	29,8	11,7	0,4	100,0	1 698	91,7	7,9	0,3	100,0	294
35-39	50,8	36,0	13,0	0,2	100,0	1 425	80,8	17,9	1,3	100,0	269
40-44	39,5	39,7	20,4	0,3	100,0	1 100	81,0	16,2	2,8	100,0	276
45-49	38,9	38,2	22,6	0,3	100,0	893	65,7	28,4	5,9	100,0	267
50-54	na	na	na	na	0,0	0	55,6	30,5	13,9	100,0	211
55-59	na	na	na	na	0,0	0	55,2	30,2	14,6	100,0	122
Milieu de résidence											
Urbain	67,4	22,6	9,6	0,4	100,0	4 005	85,7	12,0	2,3	100,0	901
Rural	55,4	32,2	12,3	0,2	100,0	5 860	74,7	19,7	5,6	100,0	965
Région											
Dakar	70,6	19,6	9,2	0,7	100,0	2 035	86,2	12,3	1,5	100,0	500
Diourbel	50,4	34,6	14,9	0,1	100,0	1 139	68,6	23,1	8,3	100,0	151
Fatick	60,1	29,9	9,9	0,1	100,0	517	79,5	15,1	5,4	100,0	81
Kaolack	52,0	34,0	13,9	0,2	100,0	1 170	73,3	19,2	7,5	100,0	182
Kolda	53,2	33,1	13,4	0,3	100,0	901	74,1	22,2	3,7	100,0	201
Louga	55,4	34,2	10,3	0,1	100,0	672	80,0	17,9	2,1	100,0	77
Matam	64,9	28,5	6,4	0,3	100,0	399	78,3	20,4	1,3	100,0	64
Saint-Louis	61,2	29,2	9,5	0,0	100,0	638	82,6	13,8	3,6	100,0	107
Tambacounda	57,0	30,9	11,5	0,5	100,0	737	79,9	14,9	5,2	100,0	167
Thiès	67,2	23,4	9,2	0,1	100,0	1 255	78,4	16,0	5,6	100,0	230
Ziguinchor	61,2	23,8	14,9	0,1	100,0	403	92,4	6,1	1,5	100,0	106
Niveau d'instruction											
Aucun	56,0	31,6	12,2	0,2	100,0	6 905	73,9	20,6	5,5	100,0	1 030
Primaire	69,5	21,2	8,8	0,5	100,0	2 079	89,7	8,2	2,0	100,0	404
Secondaire ou plus	71,5	19,4	9,1	0,0	100,0	882	85,5	12,1	2,3	100,0	433
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	55,7	35,2	8,9	0,2	100,0	2 055	72,4	22,7	4,9	100,0	368
Second	58,3	28,7	12,9	0,1	100,0	2 056	78,2	16,2	5,6	100,0	341
Moyen	60,1	28,2	11,3	0,4	100,0	2 008	80,8	15,1	4,2	100,0	346
Quatrième	62,5	25,3	11,9	0,3	100,0	1 950	82,3	14,7	3,1	100,0	385
Le plus riche	65,2	23,3	11,2	0,3	100,0	1 796	85,5	11,9	2,7	100,0	426
Ensemble	60,2	28,3	11,2	0,3	100,0	9 866	80,0	16,0	4,0	100,0	1 866

na = Non applicable

Les résultats mettent en évidence des écarts importants de la fréquence de la pratique de la polygamie. En effet, on constate que la proportion de femmes en union polygame est plus importante en milieu rural (45 %) qu'en milieu urbain (32 %). De même, la fréquence de cette pratique est très variable d'une région à l'autre : c'est dans la région de Dakar et, dans une moindre mesure, dans celle de Thiès que la polygamie est la moins fréquemment pratiquée (respectivement, 29 % et 33 %) ; par contre, c'est dans les régions de Diourbel (50 %), de Kaolack (48 %) et de Kolda (47 %) que les proportions de femmes en union polygame sont les plus élevées (graphique 6.2). On constate également que c'est dans les régions de Dakar, Diourbel et surtout de Ziguinchor que la proportion des unions comptant au moins deux épouses est la plus élevée (plus de 30 %). Par ailleurs, la proportion de femmes en union ayant au moins une co-épouse diminue avec le niveau d'instruction : 44 % chez les femmes n'ayant jamais fréquenté l'école, 30 % chez celles de niveau primaire et 29 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Les résultats selon l'indice de bien être économique du ménage montrent que plus le ménage est riche, plus la fréquence de la polygamie diminue. En effet, la proportion de femmes polygames passe de 44 % dans les ménages les plus pauvres, à 40 % dans les ménages dont le niveau de vie est moyen et à 35 % dans les ménages les plus riches.

Graphique 6.2 Proportions de femmes en union polygame selon le milieu et la région de résidence



EDS-IV 2005

Le tableau 6.2 présente également les résultats sur la polygamie concernant les hommes. Le taux de polygamie ou rapport des hommes en union polygame sur l'ensemble des hommes mariés, négligeable avant 30 ans (moins de 2 %) augmente rapidement après cet âge pour atteindre 8 % à 30-34 ans, 19 % à 40-44 ans et plus de 44 % après 50 ans. Au niveau national, un homme sur cinq vit en union polygame (20 %). Les résultats selon le lieu de résidence font apparaître une différence très nette entre le milieu rural (25 % de polygames) et le milieu urbain (14 %). De même, on constate que c'est dans les régions de Ziguinchor (8 %), Dakar (14%), Saint-Louis (17 %) et Louga (20 %), que les pourcentages d'hommes ayant au moins deux épouses sont les plus faibles ; à l'inverse, c'est dans celle de Diourbel que cette proportion est la plus élevée (31 %). Par ailleurs, comme chez les femmes, le niveau d'instruction influe sur la fréquence de cette pratique chez les hommes, celle-ci étant plus courante chez les hommes sans niveau d'instruction (26 %) que chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (15 %) et primaire (10 %). Selon le niveau de vie du ménage, on constate que la proportion d'hommes vivant en

union polygame diminue au fur et à mesure que l'indice de bien-être s'élève : d'un maximum de 28 % parmi les ménages les plus pauvres, la proportion tombe à 15 % parmi les plus riches.

6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

Il est important d'étudier le calendrier de la primo nuptialité en raison de la relation étroite entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde. Les tableaux 6.3.1 et 6.3.2 présentent les proportions de femmes et d'hommes non célibataires déjà en union à différents âges exacts, ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel.

Au Sénégal, l'âge d'entrée en union des femmes est assez précoce : en effet, 15 % des femmes âgées de 25-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans, bien que dans le code de la famille, adopté depuis 1973, une femme ne peut contracter un mariage avant l'âge de 16 ans. Près de la moitié des femmes (48 %) étaient déjà en union en atteignant 18 ans et plus de huit femmes sur dix (84 %) avant 25 ans (tableau 6.3.1). L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 18,3 ans ; il est de 18,5 ans chez l'ensemble des femmes de 20-49 ans. On relève un net recul de l'âge d'entrée en union des générations les plus anciennes aux plus récentes. L'âge médian à la première union passe de 17,3 ans dans les générations de 45-49 ans, à 18,1 ans chez les femmes de 35-39 ans et 19,2 ans chez celles de 20 à 29 ans. De plus, la proportion des femmes qui entrent en union avant l'âge de 18 ans diminue des générations les plus anciennes aux plus jeunes : elle est de 57 % pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans et de 39 % pour celles de 20-24 ans. Entre 1997 et 2005, l'âge à la première union a légèrement augmenté (18,5 ans contre 18,0 ans en 1997 chez les femmes de 20-49 ans).

Les hommes entrent en première union à un âge beaucoup plus tardif que les femmes : jusqu'à 30 ans, plus de 50 % ne sont pas encore entrés en union ; l'âge médian à la première union est de 28,1 ans chez les hommes de 30-59 ans. Parmi eux, seulement 4 % était en union à 18 ans et 8 % à 20 ans. On ne constate aucune modification de l'âge d'entrée en union selon les groupes d'âges.

Tableau 6.3.1 Âge à la première union : Femmes

Pourcentage de femmes non célibataires par âge exact et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact au 1er mariage :					Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian au 1 ^{er} mariage
	15	18	20	22	25			
15-19	10,2	na	na	na	na	70,2	3 556	a
20-24	9,7	39,0	56,4	na	na	32,0	2 844	19,2
25-29	12,7	40,8	54,9	68,4	79,6	14,4	2 379	19,2
30-34	14,6	46,1	60,9	71,5	81,8	5,9	1 953	18,5
35-39	16,4	49,0	63,8	73,7	84,0	3,7	1 613	18,1
40-44	16,3	55,0	69,8	79,8	88,4	0,7	1 249	17,5
45-49	16,3	56,7	73,3	84,6	91,5	0,6	1 009	17,3
20-49	13,5	45,5	61,0	71,4	79,7	13,1	11 046	18,5
25-49	14,9	47,8	62,6	73,9	83,8	6,5	8 202	18,3

na = Non applicable

a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 ne sont pas encore en union à l'âge x.

Tableau 6.3.2 Âge à la première union : Hommes

Pourcentage d'hommes non célibataires par âge exact et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact au 1er mariage :					Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian au 1 ^{er} mariage
	15	18	20	22	25			
15-19	1,3	na	na	na	na	91,6	926	a
20-24	0,6	10,0	15,6	na	na	73,4	645	a
25-29	0,3	5,6	10,2	16,6	32,2	50,6	537	a
30-34	0,7	4,6	7,5	15,5	30,7	23,7	399	28,3
35-39	0,4	4,1	7,8	16,1	27,7	12,7	318	29,0
40-44	1,3	3,6	7,8	15,7	30,3	7,7	316	29,3
45-49	0,8	4,5	12,0	22,8	41,7	1,4	275	26,6
50-54	0,0	2,6	8,6	18,1	34,8	0,6	216	27,1
55-59	0,0	5,6	6,0	13,5	28,2	1,7	130	27,3
25-59	0,5	4,5	8,8	17,0	32,2	20,0	2 190	a
30-59	0,6	4,1	8,4	17,1	32,2	10,1	1 653	28,1

na = Non applicable
a = Non calculés parce que plus de 50 % des hommes du groupe d'âges x-x+4 ne sont pas encore en union à l'âge x.

Le tableau 6.4 et le graphique 6.3 présentent les âges médians à la première union des femmes de 20-49 ans et des hommes de 30-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Le milieu de résidence influe beaucoup sur le calendrier du premier mariage. Les femmes du milieu urbain se marient plus tard que celles du milieu rural (20 ans contre 16,9 ans parmi les femmes de 25-49 ans) et de plus en plus tard ; en effet, parmi les femmes de 45-49 ans, on constate que l'écart entre l'âge à la première union entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural était de 1,5 ans, chez celles de 35-39 ans, cet écart est de 2,8 ans et parmi celles de 25-29 ans, il est de 4,3 ans. Les différences inter régionales sont également importantes (graphique 6.4) : aux deux extrêmes, on trouve d'une part Dakar (âge médian de 20,8 ans) et Thiès (19,1 ans) et d'autre part, les régions avec les entrées en union les plus précoces, à savoir Tambacounda (15,9 ans), Kolda (16,4 ans), Louga et Matam (16,5 ans). De même, l'âge d'entrée en union est très fortement corrélé au niveau d'instruction : l'âge médian passe de 17,1 ans chez les femmes sans instruction, à 19,9 ans chez celles de niveau primaire et 23,9 ans chez celles de niveau secondaire ou plus. Enfin, l'âge médian à la première union augmente avec le niveau de bien-être, et il est particulièrement élevé chez les femmes appartenant aux ménages les plus riches (22,0 ans contre 16,4 ans chez les femmes des ménages les plus pauvres).

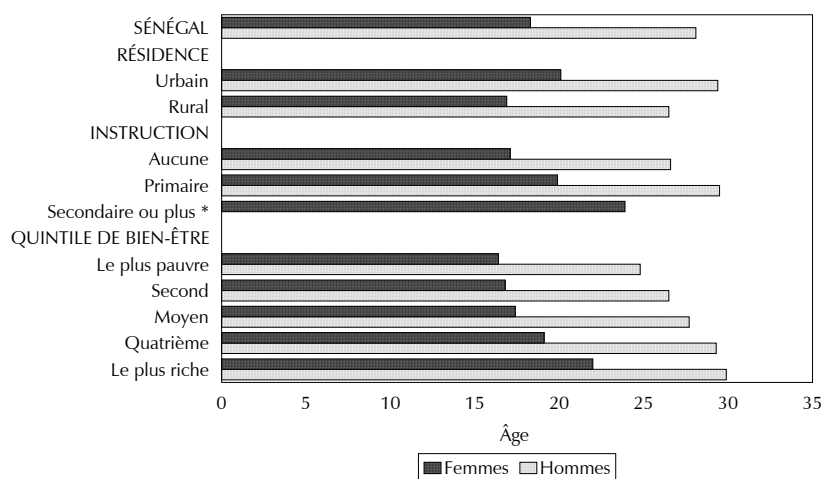
Tableau 6.4 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans et des hommes de 30-59 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel						Femmes 20-49 ans	Femmes 25-49 ans	Hommes 30-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
Milieu de résidence									
Urbain	a	21,7	20,7	19,7	18,6	18,1	a	20,1	29,4
Rural	17,6	17,4	16,8	16,9	16,5	16,6	17,1	16,9	26,5
Région									
Dakar	a	23,2	21,7	20,9	18,8	18,4	a	20,8	a
Diourbel	18,6	18,1	18,4	17,9	16,7	17,9	18,2	18,0	26,8
Fatick	18,6	18,7	18,1	17,4	17,0	17,5	18,0	17,8	26,0
Kaolack	18,3	17,6	16,8	17,4	17,0	17,0	17,6	17,2	26,3
Kolda	16,4	16,4	16,3	16,2	16,8	15,9	16,4	16,4	25,5
Louga	18,4	17,1	16,3	16,6	15,9	16,2	17,0	16,5	27,2
Matam	17,5	16,9	16,3	16,7	16,1	16,3	16,8	16,5	27,7
Saint-Louis	19,0	19,3	17,9	17,9	16,6	16,6	18,2	17,8	26,4
Tambacounda	16,0	16,0	15,9	15,5	16,0	15,9	15,9	15,9	26,4
Thiès	a	20,3	19,9	18,6	18,3	17,7	19,4	19,1	28,7
Ziguinchor	18,9	18,8	19,1	18,5	18,2	17,5	18,5	18,4	27,3
Niveau d'instruction									
Sans instruction	17,7	17,5	17,0	17,2	16,9	16,6	17,2	17,1	26,6
Primaire	a	21,2	20,0	19,6	18,1	18,3	a	19,9	29,5
Secondaire ou plus	a	a	25,5	24,6	21,0	22,4	a	23,9	a
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	16,9	16,8	15,8	16,5	16,5	16,1	16,5	16,4	24,8
Second	17,3	16,9	16,9	16,8	16,5	16,7	16,9	16,8	26,5
Moyen	18,5	18,4	17,6	17,2	16,5	16,4	17,8	17,4	27,7
Quatrième	a	20,4	19,7	18,8	18,1	17,6	19,4	19,1	29,3
Le plus riche	a	23,5	22,9	22,1	19,6	19,0	a	22,0	29,9
Ensemble	19,2	19,2	18,5	18,1	17,5	17,3	18,5	18,3	28,1

a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 ne sont pas encore en union à l'âge x.

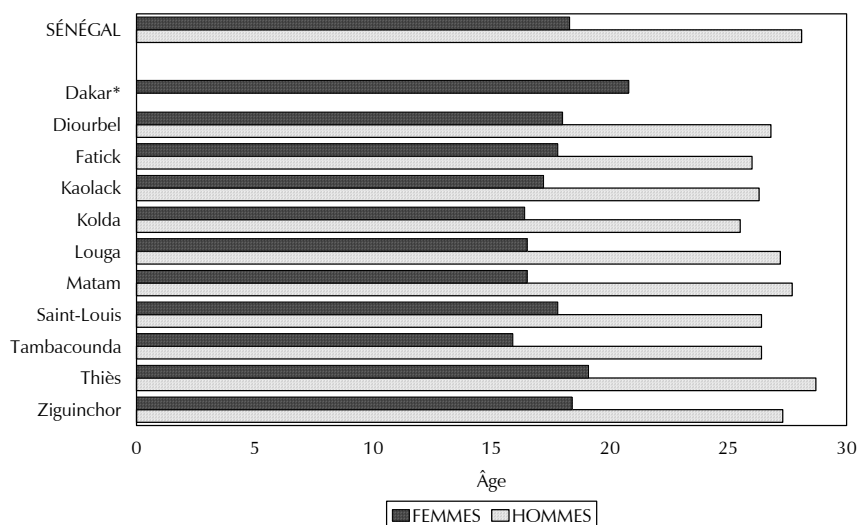
Graphique 6.3 Âge médian des femmes et des hommes à la première union



Note : Femmes de 25-49 ans ; hommes de 30-59 ans
 * Non calculé pour les hommes du secondaire ou plus parce que 50 % des hommes de 30-59 ans ne sont pas encore mariés à 30 ans.

EDS-IV 2005

Graphique 6.4 Âge médian des femmes et des hommes à la première union selon la région



Note : Femmes de 25-49 ans ; hommes de 30-59 ans
 * Non calculé pour les hommes de Dakar parce que 50 % des hommes de 30-59 ans ne sont pas encore mariés à 30 ans.

EDS-IV 2005

Comme chez les femmes, l'âge d'entrée en union chez les hommes varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Chez ceux du milieu rural, l'âge médian est de 26,8 ans, alors qu'en milieu urbain, on constate que 50 % des hommes de 30-59 ans ne sont pas encore entrés en union. Au niveau régional, les résultats sont similaires à ceux observés chez les femmes : 50 % des hommes de Dakar et de Thiès ne sont pas encore en union ; par contre, c'est dans les régions de Kolda et de Tambacounda, régions à forte proportion de Poular, ethnie connue pour la précocité du mariage, que l'âge médian au premier mariage est le plus précoce. Enfin, les hommes des ménages les plus riches entrent plus tardivement en union que ceux des ménages les plus pauvres (24,8 ans contre 29,9 ans)

6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, les rapports sexuels n'ayant pas lieu dans le cadre exclusif de l'union. Pour cette raison, on a demandé aux personnes enquêtées, l'âge auquel elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Aux tableaux 6.5.1 et 6.5.2 sont présentées les proportions de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'âge actuel.

Avant d'atteindre 15 ans, 13 % des femmes de 20-49 ans avaient déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion est de 59 % avant d'atteindre 20 ans et de 75 % avant d'atteindre 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes âgées de 20-49 ans est estimé à 18,7 ans. Cet âge est quasiment le même que l'âge d'entrée en première union (18,5 ans). Par ailleurs, des générations les plus anciennes aux plus récentes, on note un recul sensible de l'âge aux premiers rapports sexuels : de 17,6 ans entre 45 et 49 ans, l'âge médian passe à plus de 19 ans entre 20 et 29 ans. Par ailleurs, 12 % des femmes de 20-49 ans ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels. Notons enfin qu'entre l'EDS-III de 1997 et l'EDS-IV de 2005, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans a sensiblement augmenté, passant de 17,5 ans à 18,7 ans.

Tableau 6.5.1 Âge aux premiers rapports sexuels : Femmes

Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par âge exact et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact aux premiers rapports sexuels :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	9,1	na	na	na	na	70,9	3 556	a
20-24	9,7	36,9	53,1	na	na	31,3	2 844	19,6
25-29	12,0	40,3	54,6	67,1	76,0	13,3	2 379	19,3
30-34	14,1	44,6	59,6	68,6	77,3	4,9	1 953	18,7
35-39	17,3	48,8	64,0	70,9	78,6	3,4	1 613	18,1
40-44	16,7	52,3	65,6	74,7	80,4	0,4	1 249	17,7
45-49	15,2	54,8	69,4	78,9	84,7	0,4	1 009	17,6
20-49	13,4	44,1	59,1	68,2	74,7	12,3	11 046	18,7
25-49	14,7	46,6	61,1	70,8	78,6	5,8	8 202	18,4

na = Non applicable

a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 n'ont pas encore eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge x.

Chez les hommes âgés de 25-59 ans, on constate que 25 % (soit un homme sur quatre) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 18 ans ; cette proportion passe à 56 % en atteignant 22 ans et 69 % à 25 ans. L'âge médian des hommes aux premiers rapports sexuels s'établit à 20,9 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes accuse une lente tendance à la baisse des générations les plus vieilles aux plus jeunes. Notons enfin que les hommes ont leurs premiers rapports sexuels environ 7 ans avant leur entrée en première union.

Tableau 6.5.2 Âge aux premiers rapports sexuels : Hommes

Pourcentage d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels par âge exact et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact aux premiers rapports sexuels :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	12,7	na	na	na	na	68,7	926	a
20-24	11,9	37,9	54,8	na	na	36,3	645	19,1
25-29	9,9	31,4	50,5	61,6	73,3	17,8	537	19,9
30-34	5,1	30,1	42,6	56,7	71,7	5,8	399	20,6
35-39	4,2	25,6	38,1	51,9	65,7	2,8	318	21,7
40-44	6,4	22,4	38,2	54,6	68,0	0,5	316	20,9
45-49	2,2	18,7	37,4	55,5	68,5	0,6	275	20,8
50-54	2,8	19,4	33,0	54,9	69,6	0,0	216	21,5
55-59	0,0	16,7	23,4	40,3	55,1	0,0	130	23,9
25-59	5,4	25,4	40,5	55,6	69,1	6,0	2 190	20,9

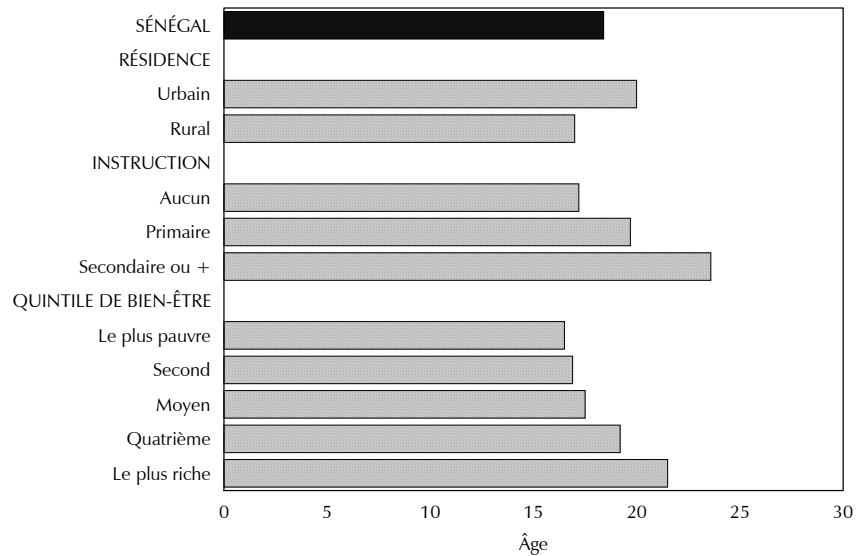
na = Non applicable

a = Non calculés parce que plus de 50 % des hommes du groupe d'âges x,x+4 n'ont pas encore eu les premiers rapports sexuels à l'âge x.

Ces niveaux globaux cachent des disparités importantes selon certaines caractéristiques sociodémographiques comme le montre le tableau 6.6 qui présente l'âge médian aux premiers rapports sexuels pour les femmes et pour les hommes. Selon le milieu de résidence, on constate que les femmes urbaines entrent dans la vie sexuelle 3 ans plus tard que celles du milieu rural (20 ans contre 17) (graphique 6.5). Le début de la vie sexuelle est également très positivement associé aux niveaux d'instruction et de bien être. Les femmes de niveau secondaire ou plus commencent à être sexuellement actives 6 ans plus tard que celles n'ayant aucun niveau (23,6 ans contre 17,2 ans). De même, les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche (21,5 ans) débute leur vie sexuelle beaucoup plus tard que celles des ménages du quintile le plus pauvre (16,5 ans, soit 5 ans d'écart). Les différences dans l'entrée dans la vie sexuelle entre les régions sont importantes. Dakar (20,8 ans) et, dans une moindre mesure, Thiès (18,9 ans), sont les régions où le début de la vie sexuelle a lieu le plus tard ; à l'inverse, c'est dans les régions de Tambacounda (16,0 ans), Matam (16,5 ans) et Kolda (16,5 ans) que l'entrée dans la vie sexuelle est la plus précoce. Chez les hommes, l'âge d'entrée dans la vie sexuelle varie peu quelque soit le facteur sociodémographique considéré ; la médiane tourne au tour de 21 ans.

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel						Femmes 20-49 ans	Femmes 25-49 ans	Hommes 25-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
Milieu de résidence									
Urbain	a	21,2	20,4	19,3	18,8	18,2	a	20,0	20,8
Rural	17,9	17,5	16,9	17,0	16,6	16,9	17,3	17,0	20,9
Région									
Dakar	a	22,7	21,6	19,9	19,8	18,7	a	20,8	21,1
Diourbel	18,8	18,2	18,9	18,5	17,4	18,3	18,5	18,3	23,9
Fatick	19,0	18,7	18,3	17,4	16,9	17,6	18,1	17,9	20,6
Kaolack	18,7	18,0	16,6	17,6	17,1	17,2	17,8	17,3	22,5
Kolda	16,6	16,6	16,4	16,1	17,3	16,0	16,5	16,5	18,8
Louga	18,7	17,5	16,4	17,0	16,1	16,4	17,3	16,8	22,9
Matam	17,8	17,1	16,3	16,6	16,0	16,1	16,9	16,5	20,5
Saint-Louis	19,5	19,7	18,3	18,0	16,8	16,9	18,6	18,2	22,2
Tambacounda	16,3	16,4	15,9	15,7	16,2	15,9	16,0	16,0	20,1
Thiès	a	20,1	19,0	18,4	18,4	17,8	19,2	18,9	21,0
Ziguinchor	18,3	17,7	17,7	18,3	17,5	17,3	17,8	17,7	18,9
Niveau d'instruction									
Aucun	18,1	17,7	17,0	17,1	17,0	16,9	17,4	17,2	21,7
Primaire	a	20,5	19,8	19,5	18,3	18,5	20,0	19,7	20,3
Secondaire ou plus	a	a	24,2	24,8	21,0	22,0	a	23,6	20,5
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	17,2	17,0	15,9	16,5	16,7	16,3	16,7	16,5	20,6
Second	17,7	17,2	16,7	16,9	16,6	16,8	17,1	16,9	20,7
Moyen	18,6	18,4	17,7	17,2	16,5	16,7	17,9	17,5	20,9
Quatrième	a	20,3	19,7	18,6	18,3	17,9	19,5	19,2	21,4
Le plus riche	a	23,2	22,3	21,7	19,9	19,0	a	21,5	20,9
Ensemble	19,6	19,3	18,7	18,1	17,7	17,6	18,7	18,4	20,9

Graphique 6.5 Âge médian des femmes aux premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques



Note : Femmes de 25-49 ans

EDS-IV 2005

6.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels est également un facteur important de l'exposition au risque de grossesse, en particulier lorsque la prévalence de la contraception moderne est faible, comme c'est le cas au Sénégal. Le tableau 6.7.1 présente les résultats sur l'activité sexuelle des femmes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête. Dans l'ensemble, on constate que 45 % des femmes étaient considérées comme étant sexuellement actives au moment de l'enquête, car elles ont déclaré avoir eu, au moins une fois, des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête. À l'opposé, plus d'une femme sur quatre (27 %) n'avaient jamais eu de rapports sexuels ; dans 17 % des cas, les femmes avaient eu leurs derniers rapports sexuels dans la période de 1-11 mois avant l'enquête et pour 8 % d'entre elles, les derniers rapports sexuels remontaient à plus d'un an.

La proportion de femmes sexuellement actives au moment de l'enquête augmente avec l'âge ; passant d'un minimum de 17 % à 15-19 ans (âge auquel 71 % n'ont jamais eu de rapports sexuels) à 38 % à 20-24 ans et à un maximum de 66 % à 45-49 ans. En ce qui concerne l'état matrimonial, les résultats montrent que l'activité sexuelle est très faible chez les femmes célibataires (moins de 1%) et même chez les femmes en rupture d'union (moins de 4 %). À l'opposé, près de sept femmes mariées sur dix (67 %) sont sexuellement actives ; 22 % d'entre elles ont eu leurs derniers rapports sexuels au cours des 1 à 11 derniers mois. De plus, la durée de l'union semble influencer très légèrement sur l'activité sexuelle récente. Parmi les femmes ayant été en union une seule fois, la proportion de femmes sexuellement actives varie de 60 % chez celles dont la durée de l'union se situe entre 0 et 4 ans, à 73 % chez celles en union depuis 20-24 ans et à 74 % chez celles en union depuis 25 ans ou plus.

Tableau 6.7.1 Activité sexuelle récente des femmes

Répartition (en %) des femmes en fonction du moment où ont eu lieu les derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Derniers rapports sexuels				N'ont jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année ¹	Il y a une ou plusieurs années	NSP/ND			
Âge actuel							
15-19	16,7	8,3	2,5	1,6	70,9	100,0	3 556
20-24	38,1	20,3	6,7	3,6	31,3	100,0	2 844
25-29	51,0	22,1	9,5	4,2	13,3	100,0	2 379
30-34	61,5	19,7	9,1	4,8	4,9	100,0	1 953
35-39	64,6	17,4	11,2	3,4	3,4	100,0	1 613
40-44	65,0	18,5	12,7	3,3	0,4	100,0	1 249
45-49	66,0	17,8	14,2	1,6	0,4	100,0	1 009
État matrimonial							
Célibataire	0,6	2,3	1,9	0,9	94,3	100,0	3 941
En union	66,5	22,3	6,0	3,6	1,6	100,0	9 866
Divorcée, séparée, veuve	3,5	22,8	62,4	9,7	1,7	100,0	795
Durée du mariage des femmes (mariées une seule fois)²							
0-4 ans	59,9	25,6	4,8	3,6	6,1	100,0	2 329
5-9 ans	63,4	24,6	7,2	4,4	0,3	100,0	1 764
10-14 ans	67,2	22,5	6,5	3,8	0,0	100,0	1 260
15-19 ans	71,2	19,3	6,4	3,2	0,0	100,0	1 050
20-24 ans	73,0	16,6	6,3	4,1	0,0	100,0	766
25 ans et +	73,9	17,8	6,7	1,6	0,0	100,0	863
Mariée plus d'une fois	68,5	22,2	5,2	3,6	0,5	100,0	1 832
Milieu de résidence							
Urbain	39,6	13,8	8,5	3,3	34,8	100,0	7 117
Rural	50,7	19,9	7,5	3,0	18,8	100,0	7 485
Région							
Dakar	38,3	11,7	9,4	4,3	36,3	100,0	3 866
Diourbel	52,0	16,3	6,4	2,0	23,3	100,0	1 548
Fatick	53,4	17,1	3,8	2,8	22,9	100,0	708
Kaolack	50,8	16,4	4,9	3,1	24,7	100,0	1 642
Kolda	42,5	26,2	14,2	5,2	12,0	100,0	1 047
Louga	47,0	21,8	4,2	1,8	25,2	100,0	915
Matam	38,7	20,2	17,2	4,2	19,7	100,0	543
Saint-Louis	47,8	17,7	6,2	1,5	26,8	100,0	947
Tambacounda	47,4	23,5	11,7	3,6	13,8	100,0	851
Thiès	49,1	14,0	4,9	1,9	30,0	100,0	1 974
Ziguinchor	35,5	27,5	10,3	3,9	22,7	100,0	562
Niveau d'instruction							
Aucun	53,3	19,1	8,1	3,2	16,3	100,0	8 699
Primaire	36,6	15,7	8,0	3,7	35,9	100,0	3 677
Secondaire ou plus	28,2	10,6	7,4	2,1	51,6	100,0	2 226
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	55,2	20,6	6,7	3,3	14,2	100,0	2 433
Second	50,5	21,6	7,4	3,6	17,0	100,0	2 565
Moyen	47,0	18,3	8,2	2,9	23,6	100,0	2 839
Quatrième	42,6	14,7	7,8	3,9	31,1	100,0	3 154
Le plus riche	35,9	12,1	9,2	2,5	40,3	100,0	3 610
Ensemble	45,3	17,0	8,0	3,2	26,6	100,0	14 602

¹ Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.² Non compris les femmes qui ne sont pas actuellement en union.

Tableau 6.7.2 Activité sexuelle récente des hommes

Répartition (en %) des hommes en fonction du moment où ont eu lieu les derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Derniers rapports sexuels				N'ont jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année ¹	Il y a une ou plusieurs années	NSP/ND			
Groupe d'âges							
15-19	6,7	15,4	8,8	0,3	68,7	100,0	926
20-24	17,7	23,8	22,1	0,0	36,3	100,0	645
25-29	36,2	28,2	17,6	0,2	17,8	100,0	537
30-34	53,1	28,1	12,5	0,6	5,8	100,0	399
35-39	63,7	27,6	5,8	0,2	2,8	100,0	318
40-44	72,0	20,0	7,2	0,2	0,5	100,0	316
45-49	81,3	13,5	3,4	1,2	0,6	100,0	275
50-54	86,1	10,4	2,8	0,7	0,0	100,0	216
55-59	77,7	12,0	9,3	0,9	0,0	100,0	130
État matrimonial							
Célibataire	7,8	19,0	17,2	0,2	55,8	100,0	1 759
En union	73,2	21,4	3,9	0,6	0,9	100,0	1 866
Divorcé, séparé, veuf	14,0	38,7	45,0	0,0	2,3	100,0	135
Durée du mariage des hommes (mariés une seule fois)²							
0-4 ans	45,0	20,1	10,0	0,5	24,3	100,0	730
5-9 ans	42,6	25,4	11,8	0,2	20,0	100,0	506
10-14 ans	45,7	18,5	7,5	0,4	27,9	100,0	310
15-19 ans	47,3	19,8	10,0	0,6	22,4	100,0	181
20-24 ans	43,5	20,7	7,1	0,6	28,1	100,0	115
25 ans et +	35,1	20,2	10,8	0,0	33,9	100,0	117
Mariée plus d'une fois	48,2	22,2	10,5	0,4	18,8	100,0	445
Milieu de résidence							
Urbain	36,1	23,1	13,0	0,4	27,4	100,0	2 101
Rural	46,1	18,1	9,8	0,4	25,6	100,0	1 660
Région							
Dakar	36,3	24,9	12,4	0,2	26,3	100,0	1 186
Diourbel	43,9	11,9	6,5	0,4	37,3	100,0	309
Fatick	45,8	13,8	11,5	0,0	29,0	100,0	174
Kaolack	43,8	16,1	11,4	1,4	27,3	100,0	369
Kolda	44,3	27,3	12,7	0,1	15,6	100,0	295
Louga	44,8	11,6	7,0	0,8	35,9	100,0	155
Matam	49,3	17,3	7,6	0,6	25,1	100,0	109
Saint-Louis	45,9	16,3	8,3	1,2	28,2	100,0	210
Tambacounda	37,7	30,1	14,4	0,0	17,7	100,0	247
Thiès	40,4	15,4	13,7	0,2	30,3	100,0	538
Ziguinchor	32,1	36,6	14,6	0,0	16,7	100,0	170
Niveau d'instruction							
Aucun	51,0	16,8	9,1	0,6	22,5	100,0	1 621
Primaire	31,8	22,1	13,7	0,2	32,1	100,0	1 007
Secondaire ou plus	33,2	25,6	13,4	0,2	27,6	100,0	1 133
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	49,2	16,8	8,8	0,5	24,8	100,0	581
Second	45,1	20,9	9,8	0,4	23,7	100,0	556
Moyen	40,8	19,0	11,1	0,4	28,7	100,0	678
Quatrième	37,3	21,2	14,5	0,6	26,4	100,0	842
Le plus riche	35,8	24,0	12,2	0,1	27,9	100,0	1 104
Ensemble	40,5	20,9	11,6	0,4	26,6	100,0	3 761

¹ Non compris les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.² Non compris les hommes qui ne sont pas actuellement en union.

La proportion de femmes sexuellement actives est plus élevée en milieu rural (51 %) qu'en milieu urbain (40 %). Dans les régions de Ziguinchor (36 %), Dakar (38 %) et Matam (39 %), les femmes se sont moins fréquemment déclarées comme étant sexuellement actives que dans les régions de Fatick (53 %), Diourbel (52 %) et Kaolack (51 %). Par ailleurs, 53 % des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction se sont déclarées sexuellement actives contre 28 % de celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Enfin, la proportion de femmes sexuellement actives décroît avec le niveau de bien-être économique.

Au moment de l'enquête, 41 % des hommes de 15-59 ans se sont déclarés comme étant sexuellement actifs et 27 % d'entre eux n'avaient jamais eu de rapports sexuels (tableau 6.7.2). Pour plus d'un homme sur cinq (21 %), les derniers rapports sexuels avaient eu lieu entre 1 et 11 mois avant l'enquête. Le pourcentage d'hommes sexuellement actifs varie avec l'âge. Il est par ailleurs plus élevé en milieu rural (46 %) qu'en milieu urbain (36 %). Comme chez les femmes, la proportion de ceux qui ont déclaré être sexuellement actifs diminue avec le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. Des variations notables sont observées selon la région de résidence : il varie d'un minimum de 32 % à Ziguinchor à un maximum de 49 % à Matam.

6,6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle ou de l'abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation qui constitue l'aménorrhée post-partum est estimé ici par la longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant et le retour des règles. La longueur de cet intervalle peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. L'examen de ces facteurs permet d'identifier les femmes non susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et ainsi d'évaluer la durée de la non susceptibilité. Une femme est considérée comme non susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance, ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend les rapports sexuels sans protection contraceptive. La période de non susceptibilité se définit donc comme celle pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médiane et moyenne, EDS-IV Sénégal 2005

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances pour lesquelles la mère est :			Effectif de naissances
	En aménorrhée	En abstinence	En insusceptibilité post-partum	
< 2	97,9	92,0	99,2	323
2-3	81,1	55,8	90,4	486
4-5	75,8	31,2	82,6	519
6-7	72,9	24,6	77,6	432
8-9	67,1	18,0	71,7	371
10-11	55,7	16,7	60,4	233
12-13	41,8	17,2	47,2	313
14-15	38,1	16,5	47,1	400
16-17	21,9	13,1	31,1	442
18-19	20,7	14,3	31,5	396
20-21	14,5	11,6	23,8	318
22-23	9,6	17,2	24,6	265
24-25	3,4	8,0	10,8	352
26-27	5,4	3,8	8,5	393
28-29	1,8	5,5	6,9	389
30-31	0,9	2,4	3,3	353
32-33	1,1	2,5	3,3	298
34-35	2,4	3,4	5,8	232
Ensemble	36,6	20,7	43,0	6 515
Médiane	11,4	3,1	12,6	na
Moyenne	12,5	7,4	14,8	na

Note : Les calculs sont basés sur le statut au moment de l'enquête.
na = Non applicable

Les données du tableau 6.8 se rapportent aux naissances des 3 dernières années dont la mère est encore en aménorrhée ou en abstinence post-partum et donc non susceptible d'être exposée au risque de grossesse. La distribution de la proportion de naissances selon le nombre de mois écoulés depuis la

naissance est analogue à la série des survivants (Sx) d'une table de mortalité. Le tableau indique également les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non susceptibilité.

Dans l'ensemble, 37 % des femmes ayant accouché au cours des trois années précédant l'enquête sont encore en aménorrhée post-partum. Plus de sept femmes sur dix (76 %) restent en aménorrhée jusqu'à 4-5 mois, près de sept femmes sur dix (67 %) le sont encore à 8-9 mois et 22 % à 16-17 mois. Au-delà de 22 mois, la proportion de femmes dont le retour de l'ovulation ne s'est pas encore produit est largement inférieure à 10 %. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est estimée à 11,4 mois et sa valeur moyenne se situe à 12,5 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement exclusif qui agissent sur le retour de l'ovulation (voir chapitre 10-Allaitement et État Nutritionnel), expliqueraient, en partie, ces durées relativement longues.

L'abstinence post-partum est une pratique assez courante au Sénégal. Plus d'une femme sur deux (56 %) n'avaient pas encore repris ses rapports sexuels 2 à 3 mois après la naissance de son dernier enfant ; 8-9 mois après la naissance, 18 % des mères sont encore en abstinence. La durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 3,1 mois et sa valeur moyenne à 7,4 mois. Par rapport à la dernière enquête (EDS-III, 1997), on ne note aucun changement dans les durées moyenne et médiane de l'abstinence post-partum (respectivement, 2,9 et 7,6 mois).

Pour 43 % des naissances survenues au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, les mères sont en insusceptibilité post-partum. Cette période d'insusceptibilité dure en moyenne 14,8 mois et pour 50 % des naissances, les mères ne sont pas susceptibles de tomber enceintes pendant 12,6 mois.

Le tableau 6.9 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non susceptibilité selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes. Ces différentes durées varient peu avec l'âge des mères. Selon le milieu de résidence, on constate que les durées d'aménorrhée et d'insusceptibilité sont plus longues en milieu rural qu'en milieu urbain. Au niveau régional, la durée médiane de l'aménorrhée post-partum varie d'un minimum de 8,4 mois à Dakar à un maximum de 14,4 mois à Fatick. Le niveau d'instruction influe également sur la longueur de l'aménorrhée : de 12,2 mois parmi les femmes sans niveau instruction, cette durée s'établit à 6,8 mois parmi les femmes de niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne la durée médiane de l'abstinence, les résultats montrent que les

Tableau 6.9 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques

Nombre médian de mois d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
15-29	11,2	3,4	12,6	3 808
30-49	11,7	2,5	12,6	2 707
Milieu de résidence				
Urbain	9,0	3,3	9,4	2 432
Rural	12,9	2,9	14,4	4 083
Région				
Dakar	8,4	3,4	8,6	1 207
Diourbel	11,1	2,1	11,4	787
Fatick	14,4	2,5	14,8	396
Kaolack	12,1	2,1	12,9	834
Kolda	12,3	16,3	20,8	590
Louga	13,9	2,1	14,5	432
Matam	13,1	3,2	14,4	263
Saint-Louis	12,4	2,2	12,8	422
Tambacounda	13,4	11,0	15,4	483
Thiès	10,0	2,4	10,2	881
Ziguinchor	9,9	9,6	14,1	221
Niveau d'instruction				
Aucun	12,2	2,9	13,6	4 611
Primaire	10,8	3,9	11,5	1 422
Secondaire ou plus	6,8	2,4	7,1	482
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	13,1	3,4	14,5	1 465
Second	13,1	3,4	14,3	1 439
Moyen	11,7	2,6	13,7	1 397
Quatrième	9,2	3,3	9,8	1 210
Le plus riche	7,0	2,4	7,8	1 003
Ensemble	11,4	3,1	12,6	6 515

Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel.

plus faibles valeurs sont observées dans les régions de Diourbel (2,1 mois), Kaolack (2,1 mois), Louga (2,1 mois) et Saint-Louis (2,2 mois) et les plus grandes à Kolda (16,3 mois) et Tambacounda (11,0 mois).

6.7 MÉNOPAUSE

Le tableau 6.10 présente la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30-49 ans. Il présente la proportion de femmes en ménopause, c'est-à-dire la proportion des femmes actuellement en union qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, et qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou alors qui se sont déclarées en ménopause.

On constate que 9 % des femmes de 30-49 ans étaient en ménopause au moment de l'enquête. La proportion de femmes en ménopause augmente rapidement avec l'âge, passant de 1 % à 30-34 ans, à 11 % à 42-43 ans, pour atteindre 49 % à 48-49 ans. On peut constater qu'aux âges où généralement les femmes sont encore fécondes, une proportion non négligeable s'est déclarée en ménopause : 11 % à 42-43 ans, 19 % à 44-45 ans et 28 % à 46-47 ans.

Âge	Pourcentage des femmes en ménopauses ¹	Effectif de femmes
30-34	1,0	1 953
35-39	2,7	1 613
40-41	7,2	589
42-43	11,4	443
44-45	19,0	494
46-47	28,4	393
48-49	48,6	338
Ensemble	9,0	5 823

¹ Pourcentage de toutes les femmes qui ne sont pas enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête.

Aliou Gaye

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Le sujet a été abordé dans l'EDS-IV par le biais de questions relatives au désir de la femme d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir un prochain enfant et au nombre total d'enfants désirés.

Rappelons que les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. En effet, certains chercheurs pensent que les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité reflètent des points de vue éphémères qui sont exprimés sans beaucoup de conviction, ou ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, particulièrement celles du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur histoire génésique.

Malgré ces difficultés, l'analyse des données sur les préférences en matière de fécondité, peut aider dans l'explication de certains facteurs qui agissent sur le comportement procréateur des femmes.

Ce chapitre traitera des sujets suivants : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, les besoins en matière de planification familiale, le nombre idéal d'enfants et la planification de la fécondité.

7.1 DÉSIR D'ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme, au nombre de ces enfants actuellement en vie et/ou de ceux du couple.

Des questions ont été posées aux femmes et aux hommes actuellement en union pour obtenir des informations sur leurs attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants. Les résultats présentés au tableau 7.1 et au graphique 7.1 montre que plus d'une femme sur cinq (21 %) a répondu qu'elle ne désirait plus d'enfants tandis que plus de sept femmes sur dix (75 %) en voulaient davantage.

Ces résultats révèlent également que parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles désiraient avoir des enfants supplémentaires dans l'avenir, la majorité (39 %) désire espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Au total donc, 60 % des femmes, celles ne voulant plus d'enfants (21 %) plus celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans (39 %), peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale. Ces niveaux sont voisins de ceux enregistrés dans le cadre de l'EDS-II de 1992-1993 (20 % pour celles qui désiraient limiter et 39 % pour celles qui souhaitaient espacer d'au moins deux ans) et de l'EDS-III de 1997 (respectivement, 23 % et 39 %).

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant survivants

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

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
FEMMES								
Veut un autre bientôt ²	67,7	32,6	28,5	23,0	20,1	15,3	9,8	27,1
Veut un autre plus tard ³	7,1	51,3	55,9	55,4	47,8	37,3	17,6	39,0
Veut un autre, NSP quand	22,4	12,2	9,1	6,5	5,1	4,2	2,4	8,6
Indécise	0,3	0,5	0,8	1,3	2,6	2,9	2,0	1,4
Ne veut plus d'enfants	0,3	1,7	4,2	11,2	21,5	36,5	60,6	20,5
Stérilisée ⁴	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,2	1,6	0,5
S'est déclarée stérile	2,0	1,1	1,3	2,0	2,5	3,2	5,6	2,6
ND	0,2	0,6	0,0	0,2	0,0	0,3	0,4	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 165	1 690	1 576	1 416	1 108	976	1 934	9 866
HOMMES								
Veut un autre bientôt ²	33,1	38,3	35,7	37,4	33,8	32,2	32,8	34,6
Veut un autre plus tard ³	13,3	48,1	51,2	47,1	46,7	44,1	34,8	37,5
Veut un autre mais NSP quand	49,8	11,7	8,2	6,0	9,0	7,3	9,1	17,3
Indécis	0,0	0,2	1,0	2,8	1,6	0,8	4,4	1,8
Ne veut plus d'enfants	1,4	1,1	3,9	5,4	8,6	13,7	15,0	7,0
ND	2,4	0,6	0,0	1,3	0,3	1,8	4,0	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	387	266	243	213	162	138	459	1 866

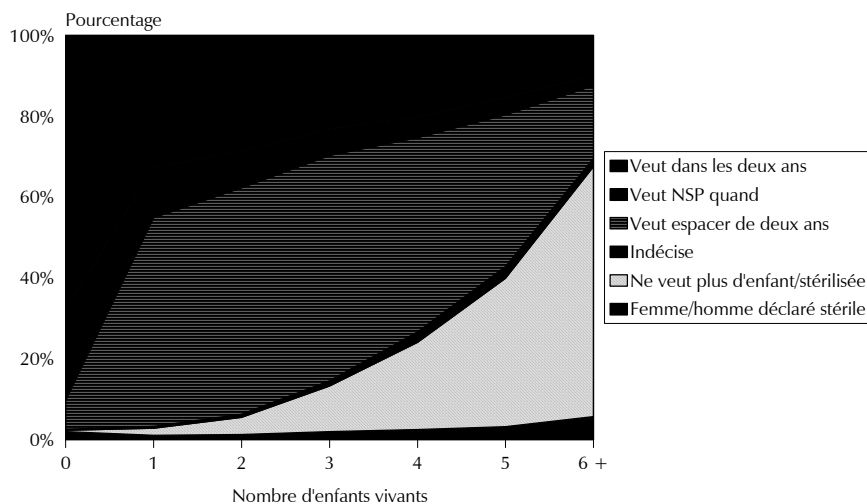
¹ Y compris la grossesse actuelle (pour les femmes)

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 ou masculine

Graphique 7.1 Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants



EDS-IV 2005

Comme on pouvait s’y attendre, la proportion de femmes qui ne veulent plus d’enfants augmente régulièrement avec le nombre d’enfants vivants : elle passe de moins de 1 % chez les femmes qui n’ont aucun enfant à 11 % chez celles en ayant 3 et à 61 % chez celles qui en ont au moins 6. On note également que la quasi-totalité des femmes nullipares (97 %) souhaitent avoir un enfant et la grande majorité (68 %) désirent une naissance rapidement, dans les deux années à venir. Chez les femmes ayant un enfant, le désir d’en avoir un autre (96 %) est comparable à celui des nullipares mais contrairement à ces dernières, la majorité des primipares souhaitent attendre au moins deux ans avant la prochaine naissance (51 %). En outre, au fur et à mesure que la parité augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement au profit de celles qui n’en veulent plus. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent d’autres enfants passe de 97 % chez celles n’ayant aucun enfant à 85 % chez celles qui en ont déjà 3 et à 30 % chez les femmes qui ont 6 enfants ou plus.

Par ailleurs, seulement 7 % des hommes en union ont déclaré ne plus vouloir d’enfants et, à l’inverse, 89 % en désiraient davantage. Les hommes en union sont donc, proportionnellement, plus nombreux que les femmes en union à souhaiter d’autres enfants. Autrement dit, les hommes sont plus pronatalistes que les femmes. Comme chez les femmes, la proportion d’hommes désirant avoir des enfants diminue avec le nombre d’enfants vivants, passant de 98 % à la parité 1, à 90 % à la parité 4 et à 77 % au rang 6 ou plus. Chez les hommes en union, le besoin potentiel en matière de planification familiale peut être évalué, au total, à 45 % (soit 7 % ne voulant plus d’enfant et 38 % désirant espacer la prochaine naissance d’au moins deux ans).

Parmi les hommes voulant des enfants supplémentaires, une proportion voisine de celles des femmes (38 % contre 39 %) désire espacer la prochaine naissance d’au moins deux ans.

L’analyse des données selon l’âge met en évidence une association positive entre les préférences en matière de fécondité et l’âge actuel des femmes (tableau 7.2.1). Tout comme pour la parité, la proportion des femmes actuellement en union voulant un autre enfant diminue avec l’âge : elle passe de 98 % parmi les femmes âgées de 15-19 et 20-24 ans à 17 % chez celles de 45-49 ans. Inversement, le désir de ne plus avoir d’enfants augmente avec l’âge : la proportion passe de 2 % chez les femmes de 15-19 ans, à 14 % chez celles de 30-34 ans et à 60 % chez celles de 45-49 ans. Avant 35 ans, la majorité des femmes qui souhaitent avoir un autre enfant veulent attendre au moins deux ans. Par contre, à partir de 40 ans, les femmes désirant avoir un enfant sont proportionnellement plus nombreuses à souhaiter l’avoir au cours des 48 prochains mois.

Désir d'enfants	Âge							Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre bientôt ¹	32,7	29,3	27,9	27,9	27,0	26,3	14,5	27,1
Veut un autre plus tard ²	46,3	56,6	56,1	48,1	25,8	7,5	1,0	39,0
Veut un autre, NSP quand	18,6	11,8	9,8	6,9	5,4	4,8	1,0	8,6
Indécise	0,5	0,4	0,8	2,1	2,7	2,0	1,5	1,4
Ne veut plus d'enfants	1,8	1,1	5,2	13,9	37,9	52,1	59,9	20,5
Stérilisée	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7	1,2	2,4	0,5
S'est déclarée stérile	0,1	0,3	0,1	0,5	0,5	5,6	19,5	2,6
ND	0,0	0,5	0,1	0,4	0,1	0,6	0,1	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 014	1 836	1 900	1 698	1 425	1 100	893	9 866

Chez les hommes en union, on observe les mêmes tendances selon l'âge que chez les femmes en union (tableau 7.2.2). La proportion d'hommes en union voulant un enfant supplémentaire passe de 96 % parmi les 20-24 et 25-29 ans à 58 % chez ceux de 55-59 ans. Par contre, la proportion d'hommes qui ne veulent plus d'enfant augmente avec l'âge, passant de 5 % parmi les hommes de 35-39 ans à 29 % parmi ceux de 55-59 ans.

Désir d'enfants	Âge									Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Veut un autre bientôt ¹	10,1	17,6	36,1	32,7	36,9	40,7	37,0	42,6	29,1	34,6
Veut un autre plus tard ²	7,3	17,9	40,3	49,3	50,3	45,3	39,1	22,1	16,9	37,5
Veut un autre NSP quand	76,2	60,3	19,2	16,8	7,4	6,5	9,1	12,1	11,9	17,3
Indécis	0,0	0,0	0,7	0,4	0,5	0,5	3,4	3,5	8,8	1,8
Ne veut plus d'enfant	1,1	1,7	2,7	0,1	4,9	6,8	9,8	13,2	28,9	7,0
S'est déclaré stérile	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	4,7	4,4	0,8
ND	5,3	2,4	1,0	0,7	0,0	0,1	1,7	1,7	0,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif ³	58	136	232	294	269	276	267	211	122	1 866

¹ Veut une autre naissance dans les deux ans.
² Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus
³ Y compris les non déterminés

Les proportions de femmes et d'hommes en union ne désirant plus avoir d'enfants permettent d'évaluer les besoins en matière de planification familiale. Les résultats sont présentés au tableau 7.3 selon certaines caractéristiques sociodémographiques et selon le nombre d'enfants vivants.

Dans l'ensemble, plus deux femmes en union sur dix (21 %) ne désirent plus d'enfants, contre 7 % chez les hommes en union. Les femmes ne désirant plus d'enfants sont proportionnellement plus nombreuses en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (19 %). Selon la région de résidence, on constate que ce sont les femmes de Dakar qui ont le plus fréquemment exprimé le désir de limiter leurs naissances (26 %) et celles de Matam (13 %) qui, à l'opposé, ont le moins fréquemment exprimé ce souhait. Par ailleurs, le niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme apparaît comme un facteur favorisant le désir de ne plus avoir d'enfants. En effet, les femmes des ménages les plus riches ont plus fréquemment que les autres exprimé le désir de ne plus avoir d'enfants : 24 % des femmes du quatrième quintile et 22 % de celles du quintile le plus riche contre 19 % des femmes vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre.

Ces résultats montrent également que le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En outre, l'instruction apparaît comme un facteur influençant nettement le désir de ne plus avoir d'enfants, en particulier à partir de 3 enfants. Par exemple, parmi les femmes qui ont 3 enfants, 8 % de celles qui n'ont aucune instruction ont exprimé le souhait de ne plus avoir d'enfants contre 13 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 32 % pour celles qui ont au moins un niveau secondaire.

Chez les hommes en union, on remarque que ceux du milieu urbain (10 %) sont près de trois fois plus nombreux que ceux du milieu rural (4 %) à ne plus vouloir d'enfants. Selon la région, on constate que ce sont les hommes de Thiès (13 %) et de Dakar (10 %) qui ont le plus fréquemment exprimé le désir de limiter leur descendance. À l'opposé, les hommes de Louga sont ceux qui ont le moins fréquemment déclaré ce souhait (2 %). En outre, comme chez les femmes, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage semblent être des facteurs positivement corrélés avec le désir de ne plus avoir d'enfants.

Tableau 7.3 Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	0	1	2	3	4	5	6+		
Milieu de résidence									
Urbain	0,1	2,9	6,4	18,3	30,7	51,0	69,6	24,2	10,3
Rural	0,6	0,8	2,9	7,2	16,6	28,2	58,0	18,8	3,9
Région									
Dakar	0,2	4,6	7,6	22,0	34,9	60,3	68,6	26,0	10,0
Diourbel	0,7	0,0	2,5	7,7	13,4	29,0	59,0	17,1	4,4
Fatick	0,0	4,2	1,1	11,6	19,9	36,3	57,7	24,5	5,2
Kaolack	0,0	1,0	5,1	5,2	26,4	31,6	59,4	21,5	4,5
Kolda	0,0	1,0	2,9	7,7	16,6	30,5	57,9	16,8	2,4
Louga	1,0	0,0	3,6	9,3	16,6	23,0	66,2	19,8	1,9
Matam	0,0	1,6	2,0	1,7	19,0	23,2	45,6	12,8	4,5
Saint-Louis	1,2	1,0	6,4	9,1	25,2	32,2	56,3	20,8	6,8
Tambacounda	0,5	1,4	4,3	10,5	13,6	29,7	59,7	17,9	4,0
Thiès	0,0	0,0	2,6	12,3	21,8	38,3	71,3	23,6	12,7
Ziguinchor	0,8	0,9	4,2	14,5	21,4	27,8	58,7	18,3	8,9
Niveau d'instruction									
Aucun	0,3	1,0	3,6	8,2	19,3	31,1	60,6	21,4	3,1
Primaire	0,5	3,1	5,5	12,6	25,6	49,7	69,1	19,6	4,9
Secondaire ou plus	0,3	2,1	6,8	31,9	40,7	70,4	71,7	21,0	18,3
Quintiles de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,8	1,1	1,4	7,1	15,4	26,8	54,7	18,7	1,8
Second	0,7	0,9	3,7	6,5	18,2	26,2	58,4	19,7	4,3
Moyen	0,0	0,7	6,2	9,1	20,1	34,5	64,7	20,7	4,4
Quatrième	0,4	1,1	2,1	15,2	24,1	50,3	70,8	24,0	9,9
Le plus riche	0,0	4,3	8,5	21,4	36,3	53,6	66,8	22,3	13,1
Ensemble	0,4	1,7	4,4	11,7	21,9	36,7	62,2	21,0	7,0

Note : Les femmes/hommes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
¹ Y compris la grossesse actuelle

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limiter les naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (espacer les naissances), sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits¹ en matière de contraception. Les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

¹ Le calcul exact des besoins non satisfaits est expliqué en note du tableau 7.4.

Le tableau 7.4 présente pour les femmes actuellement en union les estimations des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits et de la demande totale en matière de planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale restent encore importants, puisque près du tiers des femmes en union (32 %) en ont exprimé le besoin. La majorité de ces femmes aurait besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances (24 % contre seulement 7% pour limiter leur descendance).

Si les femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception pouvaient les satisfaire, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive aurait atteint 43 % (besoins exprimés), c'est-à-dire près de quatre fois plus que ce qu'elle est actuellement. Rappelons à titre comparatif que, lors de l'EDS-II de 1992-1993 et de l'EDS-III de 1997, les besoins exprimés en matière de contraception étaient respectivement de 35 % et 46 %. La demande potentielle totale en planification familiale (proportion de femmes ayant de besoins non satisfaits auxquels s'ajoutent les femmes déjà utilisatrices) se décompose en espacement des naissances (32 %) et en limitation des naissances (12 %). Actuellement chez les femmes en union, seulement 27 % de la demande potentielle totale en planification familiale est donc satisfaite au Sénégal, contre 21 % lors de l'EDS-II de 1992-1993 et 28 % à l'EDS-III de 1997.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Selon l'âge, on constate que les besoins non satisfaits sont moins importants chez les femmes âgées de 40-44 ans et 45-49 ans (respectivement, 29 % et 20 %). Dans les autres groupes d'âges, les proportions varient entre 32 % et 35 %. En outre, on note que jusqu'à 39 ans, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 40 ans, les femmes expriment beaucoup plus le besoin de limiter que d'espacer leurs naissances.

Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître d'écart (32 % en urbain contre 31 % en rural). Du fait qu'en milieu rural, les femmes utilisent beaucoup moins les méthodes contraceptives, la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante en zone urbaine (39 %) qu'en zone rurale (16 %). Les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que ceux pour la limitation, aussi bien en zone urbaine que rurale. Comparativement aux niveaux observés à l'EDS-III de 1997, on note une diminution sensible de la demande potentielle totale, quel que soit le milieu de résidence. En effet, les niveaux observés à la précédente enquête dans les milieux urbain et rural étaient respectivement de 57 % et 40 %.

Au niveau régional, les résultats montrent que les proportions de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont non-satisfaits varient d'un minimum de 25 % à Kolda à 35 % à Kaolack. Par ailleurs, en ce qui concerne la demande potentielle totale, c'est seulement dans les régions de Dakar (54 %) et de Ziguinchor (53 %) qu'elle dépasse 50 % ; à l'opposé, c'est dans la région de Matam (30 %) qu'elle est la plus faible. En outre, quelle que soit la région, la demande en matière de planification familiale est principalement induite par un besoin d'espacement des naissances que de limitation de la descendance.

Concernant le niveau d'instruction, on constate que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus importants chez les femmes de niveau primaire (34 %) que parmi celles n'ayant aucun niveau (31 %) et que celles de niveau secondaire ou plus (26 %). Du fait de la corrélation positive entre le recours à la planification familiale et le niveau d'instruction, on remarque que la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante chez les femmes de niveau secondaire ou plus (56 %) que chez celles de niveau primaire (30 %) et que chez celles n'ayant aucun niveau (17 %).

Tableau 7.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ²			Demande potentielle totale en planification familiale ³			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total		
Groupe d'âges											
15-19	32,6	0,8	33,5	4,8	0,2	5,0	37,5	1,0	38,5	13,1	1 014
20-24	32,0	0,3	32,3	8,3	0,1	8,4	40,3	0,4	40,7	20,7	1 836
25-29	33,5	1,2	34,7	9,4	0,9	10,3	42,8	2,2	45,0	22,9	1 900
30-34	27,8	5,5	33,3	12,1	2,8	15,0	40,0	8,3	48,3	31,0	1 698
35-39	18,5	14,1	32,5	6,7	10,5	17,2	25,2	24,6	49,8	34,6	1 425
40-44	8,0	20,5	28,5	3,2	12,3	15,6	11,2	32,8	44,1	35,3	1 100
45-49	1,4	18,9	20,3	0,2	10,2	10,4	1,6	29,1	30,7	34,0	893
Milieu de résidence											
Urbain	24,0	8,0	32,0	12,5	7,7	20,3	36,5	15,8	52,3	38,8	4 005
Rural	24,4	6,9	31,3	3,7	2,3	6,0	28,1	9,2	37,3	16,2	5 860
Région											
Dakar	23,2	9,7	32,8	12,6	8,8	21,4	35,7	18,5	54,2	39,4	2 035
Diourbel	26,5	7,1	33,6	2,4	1,6	4,0	28,9	8,7	37,6	10,6	1 139
Fatick	25,0	8,5	33,6	4,8	3,4	8,2	29,8	11,9	41,7	19,6	517
Kaolack	27,3	7,6	34,9	3,1	3,5	6,6	30,4	11,1	41,5	15,9	1 170
Kolda	20,3	5,1	25,3	7,0	3,1	10,1	27,3	8,2	35,4	28,5	901
Louga	26,5	7,2	33,7	4,1	2,2	6,2	30,6	9,3	39,9	15,6	672
Matam	24,0	5,1	29,2	1,1	0,1	1,2	25,1	5,3	30,3	3,9	399
Saint-Louis	25,1	5,8	30,9	6,7	3,9	10,6	31,7	9,7	41,4	25,5	638
Tambacounda	21,5	6,0	27,6	3,5	2,8	6,3	25,0	8,9	33,9	18,6	737
Thiès	23,9	7,8	31,6	10,7	6,5	17,2	34,6	14,3	48,8	35,2	1 255
Ziguinchor	23,2	5,1	28,3	19,2	5,3	24,5	42,5	10,4	52,9	46,4	403
Niveau d'instruction											
Aucun	23,7	7,7	31,3	3,6	2,9	6,5	27,2	10,6	37,8	17,1	6 905
Primaire	28,0	6,6	34,6	13,0	7,2	20,2	41,0	13,7	54,7	36,9	2 079
Secondaire ou plus	19,9	6,4	26,3	22,8	11,1	33,9	42,8	17,5	60,2	56,3	882
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	23,2	7,3	30,4	2,1	1,5	3,7	25,3	8,8	34,1	10,7	2 055
Second	24,5	6,6	31,1	4,1	2,2	6,3	28,6	8,8	37,4	16,9	2 056
Moyen	26,2	7,5	33,7	6,8	3,5	10,3	33,0	11,0	44,0	23,5	2 008
Quatrième	25,7	7,8	33,6	8,9	7,1	16,0	34,6	14,9	49,6	32,3	1 950
Le plus riche	21,3	7,6	28,9	15,6	8,9	24,6	36,9	16,6	53,5	45,9	1 796
Ensemble	24,2	7,3	31,6	7,3	4,5	11,8	31,5	11,9	43,4	27,2	9 866

¹ Les besoins non satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

³ Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégorie des besoins non satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception (puisqu'elles seraient entrain d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

En fonction du niveau de bien-être, il apparaît que les besoins non satisfaits sont surtout importants chez les femmes des quatre premiers quintiles (plus de 30 %). La demande potentielle totale, quant à elle, est plus importante parmi les femmes des ménages les plus riches (54 %) et dans 46 % de ces cas, elle est satisfaite. Le niveau de la demande satisfaite le plus faible est observé chez les femmes des ménages les plus pauvres (11 %).

Le tableau 7.5 présente, pour l'ensemble des femmes et des femmes non mariées, les estimations des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits et de la demande totale en matière de planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 7.5 Besoins en matière de planification familiale											
Pourcentage de l'ensemble les femmes et des femmes qui ne sont pas mariées ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005											
Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ²			Demande potentielle totale de planification familiale ³			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total		
TOUTES LES FEMMES											
Groupe d'âges											
15-19	9,4	0,2	9,6	1,6	0,1	1,6	10,9	0,3	11,2	14,4	3 556
20-24	20,9	0,2	21,0	6,2	0,1	6,3	27,1	0,3	27,3	23,0	2 844
25-29	26,8	1,0	27,7	8,0	1,0	9,0	34,8	2,0	36,7	24,4	2 379
30-34	24,3	4,8	29,0	11,4	2,6	13,9	35,7	7,3	43,0	32,4	1 953
35-39	16,8	12,4	29,2	6,4	9,4	15,8	23,2	21,8	45,0	35,1	1 613
40-44	7,1	18,3	25,3	4,0	11,4	15,4	11,0	29,7	40,7	37,7	1 249
45-49	1,3	16,7	17,9	0,2	9,8	10,0	1,4	26,5	27,9	35,8	1 009
Milieu de résidence											
Urbain	13,7	4,6	18,3	8,0	4,6	12,7	21,8	9,2	30,9	40,9	7 117
Rural	19,1	5,4	24,5	3,0	1,9	4,9	22,2	7,3	29,4	16,7	7 485
Région											
Dakar	12,4	5,2	17,6	7,9	4,9	12,9	20,4	10,1	30,5	42,3	3 866
Diourbel	19,5	5,2	24,7	1,9	1,2	3,1	21,4	6,4	27,8	11,0	1 548
Fatick	18,3	6,2	24,5	4,0	2,6	6,5	22,2	8,8	31,0	21,1	708
Kaolack	19,5	5,4	24,9	2,5	2,6	5,1	22,0	8,0	30,0	17,0	1 642
Kolda	17,5	4,4	21,8	6,4	3,0	9,4	23,9	7,4	31,2	30,0	1 047
Louga	19,5	5,3	24,7	3,0	1,6	4,6	22,5	6,8	29,3	15,6	915
Matam	17,7	3,8	21,5	0,8	0,1	0,9	18,6	3,9	22,4	4,1	543
Saint-Louis	17,1	3,9	21,1	4,8	2,7	7,5	21,9	6,6	28,5	26,2	947
Tambacounda	18,7	5,2	23,9	3,0	2,5	5,5	21,7	7,7	29,4	18,6	851
Thiès	15,5	5,0	20,4	7,2	4,3	11,5	22,7	9,2	31,9	36,1	1 974
Ziguinchor	16,7	3,7	20,3	14,7	3,9	18,5	31,3	7,5	38,9	47,7	562
Niveau d'instruction											
Aucun	18,8	6,1	24,9	3,0	2,4	5,3	21,8	8,5	30,3	17,6	8 699
Primaire	16,0	3,7	19,7	8,3	4,3	12,7	24,3	8,0	32,4	39,2	3 677
Secondaire ou plus	8,4	2,5	11,0	10,5	4,7	15,2	18,9	7,2	26,2	58,1	2 226
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	19,6	6,2	25,7	2,0	1,3	3,3	21,5	7,4	29,0	11,2	2 433
Second	19,7	5,3	25,0	3,4	1,8	5,2	23,1	7,1	30,2	17,3	2 565
Moyen	18,7	5,3	23,9	5,1	2,7	7,8	23,8	7,9	31,7	24,5	2 839
Quatrième	16,1	4,8	20,9	6,4	4,6	11,0	22,5	9,4	31,9	34,5	3 154
Le plus riche	10,8	3,9	14,7	8,7	4,8	13,5	19,6	8,7	28,2	47,9	3 610
Ensemble	16,5	5,0	21,5	5,5	3,2	8,7	22,0	8,2	30,2	28,8	14 602

Suite...

Tableau 7.5—Suite

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ²			Demande potentielle totale de planification familiale ³			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espace- ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace- ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace- ment	Pour la limitation	Total		
FEMMES NON MARIÉES											
Groupe d'âges											
15-19	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,3	0,4	0,0	0,4	67,2	2 542
20-24	0,5	0,0	0,5	2,4	0,0	2,4	2,9	0,0	2,9	81,5	1 008
25-29	0,2	0,0	0,2	2,6	1,1	3,7	2,8	1,1	3,9	94,6	479
30-34	0,7	0,0	0,7	6,3	0,6	7,0	7,0	0,6	7,6	91,4	255
35-39	3,8	0,0	3,8	4,2	0,6	4,9	8,0	0,6	8,7	56,3	188
40-44	0,3	1,8	2,1	9,3	4,5	13,8	9,6	6,3	15,9	86,8	148
45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	6,6	0,0	6,6	6,6	100,0	116
Milieu de résidence											
Urbain	0,5	0,1	0,6	2,2	0,6	2,8	2,7	0,7	3,4	83,0	3 112
Rural	0,2	0,0	0,2	0,6	0,3	0,9	0,8	0,3	1,1	81,3	1 624
Région											
Dakar	0,5	0,1	0,6	2,8	0,7	3,4	3,3	0,8	4,1	84,2	1 831
Diourbel	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,5	0,4	0,1	0,5	100,0	409
Fatick	0,0	0,0	0,0	1,6	0,6	2,2	1,6	0,6	2,2	100,0	191
Kaolack	0,2	0,0	0,2	1,1	0,3	1,3	1,2	0,3	1,5	89,5	472
Kolda	0,3	0,0	0,3	2,5	2,4	4,9	2,9	2,4	5,3	93,8	147
Louga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	243
Matam	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,5	0,0	0,5	34,1	144
Saint-Louis	0,7	0,0	0,7	0,8	0,3	1,1	1,6	0,3	1,8	60,8	308
Tambacounda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	114
Thiès	0,8	0,0	0,8	1,1	0,4	1,6	1,9	0,4	2,4	65,9	718
Ziguinchor	0,0	0,0	0,0	3,1	0,2	3,3	3,1	0,2	3,3	100,0	159
Niveau d'instruction											
Aucun	0,1	0,1	0,2	0,6	0,3	1,0	0,7	0,5	1,2	81,7	1 794
Primaire	0,3	0,0	0,3	2,3	0,6	2,9	2,6	0,6	3,3	89,5	1 598
Secondaire ou plus	0,9	0,0	0,9	2,4	0,5	2,9	3,3	0,5	3,8	76,3	1 344
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	100,0	378
Second	0,2	0,0	0,2	0,7	0,0	0,7	0,9	0,0	0,9	73,8	509
Moyen	0,4	0,0	0,4	1,1	0,5	1,6	1,5	0,5	2,0	78,0	831
Quatrième	0,4	0,0	0,4	2,5	0,4	2,9	2,9	0,4	3,3	87,9	1 205
Le plus riche	0,5	0,1	0,6	1,9	0,7	2,6	2,4	0,9	3,2	80,1	1 814
Ensemble	0,4	0,1	0,5	1,7	0,5	2,2	2,1	0,5	2,6	82,7	4 736

¹ Les besoins non satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

³ Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégories des besoins non satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception puisqu'elles seraient entrain d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué.

Alors que parmi l'ensemble des femmes 22 % ont des besoins non-satisfaits en matière de contraception, cette proportion est inférieure à 1 % parmi les femmes non mariées. Si les femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception pouvaient les satisfaire, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 30 % pour l'ensemble des femmes et seulement 3 % chez les femmes non mariées. D'une manière générale, les besoins en planification familiale sont surtout orientés vers l'espacement des naissances, aussi bien parmi l'ensemble des femmes que parmi les célibataires.

Dans l'ensemble des femmes, on constate que les besoins non satisfaits sont plus importants en milieu rural qu'en milieu urbain (25 % contre 18 %) ; par contre la demande potentielle totale est plus importante en zone urbaine que rurale (41 % contre 17 % en zone rurale). Chez les femmes non mariées, c'est en urbain que la demande potentielle totale est la plus importante.

Selon la région, les résultats montrent que la demande potentielle de services de planification familiale pour l'ensemble des femmes varie d'un minimum de 22 % dans la région de Matam à 39 % dans celle de Ziguinchor. Parmi les femmes non mariées, on constate que les proportions varient de moins de 1 % à Diourbel et Matam à 5 % pour Kolda.

Par ailleurs, le niveau de la demande satisfaite est près de trois fois plus important chez les femmes célibataires (83 %) que pour l'ensemble des femmes (29 %), cette tendance se dégage quelle que soit la variable considérée.

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est pour elle ou pour son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour connaître ce nombre idéal, on a posé à tous les enquêtés (femmes et hommes) l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes et aux hommes qui n'avaient pas d'enfant, on a demandé : « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »
- Aux femmes et aux hommes qui avaient des enfants, la question a été formulée ainsi : « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? »

Ces questions, simples en apparence, sont embarrassantes notamment pour les femmes et les hommes qui ont déjà des enfants. En effet, ils sont appelés à se prononcer sur, ce qui est pour eux, la taille idéale de la famille, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Dans ce cas, il peut être difficile pour les enquêtés de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

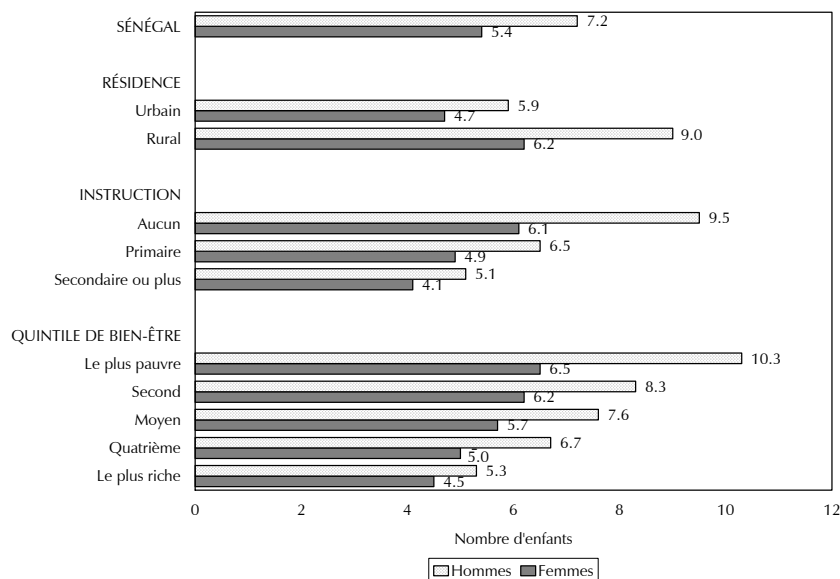
Le tableau 7.6 et le graphique 7.2 présentent les résultats obtenus aux questions posées. On remarque tout d'abord que 20 % des femmes et 22 % des hommes n'ont pu fournir des réponses numériques et ont donné à la place, des réponses telles que « ce que Dieu me donne », « Je ne sais pas », ou « N'importe quel nombre ». En outre, les données montrent que les femmes sénégalaises aspirent à une famille nombreuse. En effet, le nombre moyen idéal d'enfants est de 5,4 pour l'ensemble des femmes et celui déclaré par les femmes en union est de 5,7 enfants. Par rapport à 1997, on ne constate aucun changement puisque ce nombre moyen était de 5,3 enfants pour l'ensemble des femmes et 5,7 pour les femmes en union. L'examen de la distribution des tailles idéales déclarées montre que pour près du tiers des femmes (32 %), le nombre idéal est de 6 enfants ou plus. Cette proportion varie progressivement de

25 % chez les femmes sans enfant (parité nulle) à 42 % chez les femmes ayant 4 enfants vivants. Chez les hommes, le nombre moyen idéal d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : il est de 7,2 pour l'ensemble des hommes et de 8,3 chez les hommes en union. Ces résultats confirment l'attachement des Sénégalais à une descendance très nombreuse.

D'une manière générale, on note une corrélation positive entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille : pour l'ensemble des femmes, cette taille moyenne idéale de la famille varie de 4,9 enfants pour celles qui n'ont aucun enfant à 6,3 enfants chez celles qui en ont 6 ou plus. Chez les femmes en union, elle varie de 5,3 enfants parmi celles qui n'en ont aucun à 6,3 parmi celles qui en ont déjà au moins six. En ce qui concerne les hommes, aussi bien pour l'ensemble que pour seulement ceux qui sont en union, la taille moyenne idéale passe d'environ 6 enfants chez les primipares (ayant un enfant) à plus de 12 enfants chez ceux ayant 6 enfants ou plus.

Tableau 7.6 Nombre idéal d'enfants								
Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes et pour ceux/celles actuellement en union, par nombre d'enfants vivants, EDS-IV Sénégal 2005								
Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
FEMMES								
0	2,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,3	0,3	0,9
1	0,2	0,6	0,1	0,6	0,5	0,4	0,2	0,3
2	4,8	3,0	4,2	3,6	3,7	2,3	2,6	3,8
3	10,3	11,1	5,7	6,0	1,8	3,3	4,6	7,5
4	22,6	21,3	19,6	13,2	13,9	10,2	11,0	17,9
5	18,6	18,0	19,6	22,3	15,3	17,0	10,9	17,6
6+	24,8	28,9	30,6	35,5	42,2	41,1	40,9	32,0
Réponse non numérique	16,4	16,9	20,0	18,6	22,0	25,4	29,6	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	5 111	1 998	1 758	1 505	1 194	1 024	2 011	14 602
Nombre idéal moyen d'enfants pour²:								
Toutes les femmes	4,9	5,3	5,5	5,5	5,9	6,1	6,3	5,4
Effectif	4 274	1 659	1 406	1 225	931	764	1 416	11 676
Actuellement mariées	5,3	5,4	5,6	5,5	6,0	6,1	6,3	5,7
Effectif	932	1 386	1 265	1 149	854	724	1 361	7 672
HOMMES								
0	2,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,6
1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1
2	3,3	7,1	5,8	1,1	0,7	0,7	0,3	3,1
3	7,8	11,7	4,7	1,0	1,2	1,7	1,9	6,3
4	15,4	17,5	6,7	8,0	9,7	2,7	3,5	12,4
5	18,4	11,3	18,9	19,1	14,7	9,1	3,3	15,5
6+	34,4	30,7	37,5	42,3	49,1	59,7	57,8	39,2
Réponse non numérique	18,0	21,3	26,3	28,3	24,6	25,2	32,9	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 193	332	254	219	165	138	461	3 761
Nombre idéal moyen d'enfants pour²:								
Tous les hommes	6,3	5,8	7,1	8,0	8,3	9,3	12,3	7,2
Effectif	1 798	261	187	157	124	103	309	2 940
Actuellement mariés	6,3	6,2	7,3	8,0	8,4	9,3	12,3	8,3
Effectif	325	205	177	155	122	103	309	1 396
¹ Y compris la grossesse actuelle								
² Les moyennes sont calculées en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non numériques.								

Graphique 7.2 Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes



EDS-IV 2005

Le tableau 7.7 présente le nombre moyen idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et selon certaines variables sociodémographiques. Les plus jeunes ont déclaré un nombre moyen idéal d'enfants moins élevé que les femmes les plus âgées : il varie de 5,2 pour les femmes de 15-19 ans à 6 chez celles de 45-49 ans. On pourrait donc penser que ce si désir exprimé par les jeunes générations se traduisait dans les faits, on assisterait à une tendance plus forte de la baisse de la fécondité.

Pour l'ensemble des femmes et des hommes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes, que ce soit selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et l'indice de bien-être (graphique 7.2). En outre ces variations sont similaires à celles observées pour les niveaux de la fécondité actuelle (voir chapitre 4). Les femmes et les hommes du milieu urbain souhaitent avoir une famille bien moins nombreuse que ceux du milieu rural. L'écart absolu observé entre les deux milieux est de 1,5 enfant chez les femmes et de 3,1 enfants chez les hommes. Par ailleurs, le nombre idéal moyen d'enfants diminue lorsque le niveau d'instruction augmente. Il passe de 6 enfants chez les femmes sans niveau d'instruction à 4,9 enfants chez celles ayant un niveau primaire et à 4,1 enfants chez celles de niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, la variation est beaucoup plus importante, puisque le nombre idéal d'enfants passe de 9,5 chez les hommes n'ayant aucune instruction à 6,5 chez ceux de niveau primaire et à 5,1 chez ceux du secondaire ou plus. Ainsi, les écarts observés entre les milieux urbain et rural d'une part, et entre les femmes ayant fréquenté l'école et celles sans instruction d'autre part, donnent une indication sur les changements sociaux dont ces facteurs de modernisme sont des indicateurs

Tout comme pour l'instruction, l'amélioration du niveau de vie du ménage s'accompagne d'une tendance en faveur d'une descendance plus réduite. L'écart absolu du nombre moyen idéal d'enfants est de 5 enfants entre les hommes des ménages les plus riches et ceux des plus pauvres.

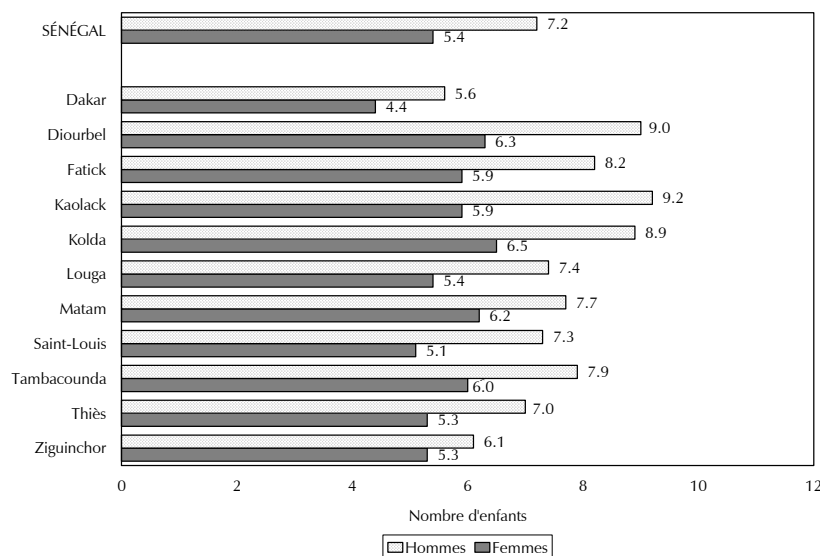
Tableau 7.7 Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes, par âge et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence									
Urbain	4,5	4,5	4,7	4,7	4,8	4,9	5,2	4,7	5,9
Rural	5,9	6,0	6,0	6,4	6,5	6,5	6,8	6,2	9,0
Région									
Dakar	4,2	4,4	4,3	4,5	4,5	4,4	4,7	4,4	5,6
Diourbel	6,2	6,0	5,9	6,7	6,5	6,4	7,5	6,3	9,0
Fatick	5,5	5,6	5,8	6,1	6,4	6,7	7,0	5,9	8,2
Kaolack	6,0	5,8	5,9	6,0	6,0	5,7	5,7	5,9	9,2
Kolda	6,0	6,1	6,5	6,7	7,0	7,0	7,1	6,5	8,9
Louga	5,2	5,2	5,5	5,4	5,9	6,0	6,1	5,4	7,4
Matam	5,6	6,3	6,5	6,4	6,6	6,9	6,6	6,2	7,7
Saint-Louis	4,7	5,1	5,0	5,6	5,5	5,7	5,6	5,1	7,3
Tambacounda	5,1	5,9	6,1	6,5	6,4	6,6	6,5	6,0	7,9
Thiès	5,1	5,1	5,3	5,2	5,6	5,5	5,9	5,3	7,0
Ziguinchor	4,7	4,7	5,0	5,9	5,7	6,3	7,4	5,3	6,1
Niveau d'instruction									
Aucun	5,9	5,9	6,0	6,2	6,2	6,2	6,5	6,1	9,5
Primaire	5,0	4,7	4,7	5,0	4,9	4,9	5,1	4,9	6,5
Secondaire ou plus	4,1	4,2	4,1	4,1	4,1	4,2	4,2	4,1	5,1
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	6,1	6,4	6,3	6,6	6,8	7,1	6,8	6,5	10,3
Second	5,9	5,9	6,0	6,4	6,6	6,6	6,9	6,2	8,3
Moyen	5,3	5,4	5,6	5,8	6,3	6,0	6,4	5,7	7,6
Quatrième	4,7	5,0	5,0	5,1	4,8	5,1	5,5	5,0	6,7
Le plus riche	4,5	4,4	4,4	4,5	4,7	4,4	4,7	4,5	5,3
Ensemble	5,2	5,3	5,3	5,5	5,7	5,7	6,0	5,4	7,2

Enfin, on relève des variations notables du nombre moyen idéal d'enfants selon la région, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Les femmes des régions de Kolda (6,5 enfants), de Diourbel (6,3 enfants), de Matam (6,2 enfants) et de Tambacounda (6,0 enfants) sont celles qui aspirent le plus fréquemment à avoir une famille de grande taille ; à l'opposé ce sont les femmes de Dakar qui ont le plus fréquemment déclaré souhaiter une famille de taille réduite. (4,4 enfants) (graphique 7.3). Chez les hommes, on constate que ce sont ceux des régions de Kaolack (9,2 enfants), de Diourbel (9,0), et de Kolda (8,9 enfants) qui veulent le plus d'enfants, contrairement à ceux de Dakar (5,6 enfants) et de Ziguinchor (6,1 enfants) qui ont déclaré plus fréquemment vouloir une descendance moins nombreuse.

Graphique 7.3 Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes selon la région



EDS-IV 2005

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées, au cours de l'enquête. Ces questions avaient pour objectif de déterminer si, au moment de tomber enceinte, la femme souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis au cours des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

Les résultats du tableau 7.8 montrent que la quasi-totalité des naissances (95 %) survenues au cours des cinq dernières années étaient désirées. La plupart de ces naissances (71 %) étaient bien planifiées (elles ont eu lieu au moment voulu) et dans 24 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées représentent 4 %. Entre 1997 et 2005, il apparaît que les femmes planifient de mieux en mieux leur fécondité puisque les niveaux observés à l'EDS-III de 1997 étaient respectivement de 64 %, 27 % et 7 %.

Par ailleurs, ces résultats révèlent également que les naissances de rangs inférieurs sont les mieux planifiées. En effet, la proportion de naissances survenues au moment voulu baisse progressivement avec le rang de naissance : elle passe ainsi de 82 % pour le rang 1 à 65 % pour le rang 4 ou plus. Selon l'âge de la mère, on constate que les naissances qui sont les mieux planifiées sont celles des femmes de moins de 30 ans, puisque la proportion d'enfants non désirés représente moins de 1 % des naissances. À l'inverse, les naissances les moins bien planifiées sont celles des femmes de 45-49 ans : 53 % des naissances étaient désirées au moment où elles se sont produites, par contre dans 40 % des cas, la mère n'en souhaitait pas. Par rapport à la région, les résultats montrent que ce sont les femmes de la région Kolda (seulement 1 % de naissances non désirées) qui ont le mieux planifié leurs naissances au cours des cinq dernières années ; à Dakar la proportion correspondante est 8 %.

Tableau 7.8 Planification de la fécondité					
Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris la grossesse actuelle) par statut de la grossesse, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDS-IV Sénégal 2005					
Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Planification des naissances			Total ¹	Effectif de naissances
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée		
Âge à la naissance					
<20	76,0	22,5	0,7	100,0	1 851
20-24	73,3	25,2	0,6	100,0	3 009
25-29	72,2	25,8	1,3	100,0	2 859
30-34	68,1	26,7	4,4	100,0	2 191
35-39	65,4	20,1	13,8	100,0	1 326
40-44	53,3	17,1	29,4	100,0	477
45-49	52,7	6,2	40,0	100,0	60
Rang de naissance					
1	81,7	16,7	0,8	100,0	2 535
2	71,2	27,4	0,5	100,0	2 178
3	71,5	26,6	1,1	100,0	1 784
4+	64,8	25,7	8,7	100,0	5 275
Région					
Dakar	62,0	28,6	8,0	100,0	2 079
Diourbel	70,9	24,6	3,7	100,0	1 435
Fatick	66,2	28,2	5,4	100,0	696
Kaolack	67,1	28,9	3,3	100,0	1 570
Kolda	85,7	12,4	1,3	100,0	1 093
Louga	75,5	20,8	2,6	100,0	783
Matam	80,3	16,1	3,2	100,0	496
Saint-Louis	74,0	22,7	2,5	100,0	753
Tambacounda	82,5	13,4	3,4	100,0	906
Thiès	63,5	30,4	5,7	100,0	1 560
Ziguinchor	68,7	27,5	3,6	100,0	402
Ensemble	70,7	24,2	4,4	100,0	11 773

¹ Le total inclut les non déterminés

Le tableau 7.9 et le graphique 7.4 présentent une comparaison de l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et de l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF présenté dans le chapitre 4, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. La comparaison du taux de fécondité avec celui de la fécondité désirée met en évidence l'impact démographique potentiel de la prévention des naissances non désirées.

Théoriquement, l'ISFD devrait être un meilleur indice de la fécondité désirée que la réponse à la question sur le nombre idéal d'enfants. Cet indice est plus proche de la réalité, car les réponses des femmes enquêtées tiennent probablement compte de la répartition selon le sexe des enfants déjà nés et de considérations de survie. Les réponses à la question sur le nombre total d'enfants désirés, par contre se réfèrent aux enfants encore en vie et peuvent laisser supposer une répartition idéale des deux sexes.

En outre, il faut souligner une autre différence entre les deux mesures ; l'ISFD prend la fécondité observée comme point de départ et par conséquent, il ne peut jamais être supérieur à l'ISF, contrairement au nombre idéal d'enfants désirés qui peut être supérieur au nombre d'enfants déjà nés.

Tableau 7.9 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

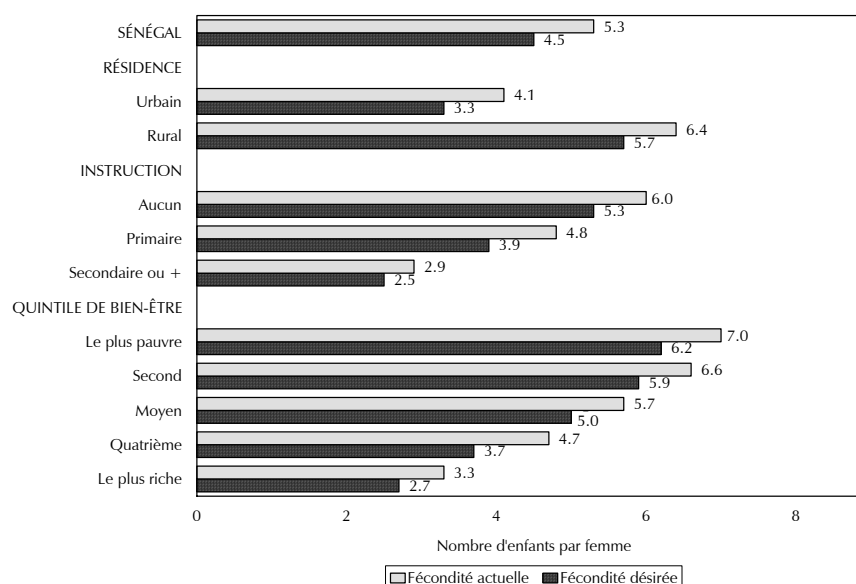
Caractéristique sociodémographique	Indice Synthétique de Fécondité désirée	Indice Synthétique de Fécondité
Milieu de résidence		
Urbain	3,3	4,1
Rural	5,7	6,4
Région		
Dakar	2,8	3,7
Diourbel	5,6	6,2
Fatick	6,0	6,8
Kaolack	5,1	5,9
Kolda	5,8	6,3
Louga	5,2	5,6
Matam	5,4	5,7
Saint-Louis	4,8	5,3
Tambacounda	5,6	6,2
Thiès	4,4	5,4
Ziguinchor	4,3	5,0
Niveau d'instruction		
Aucun	5,3	6,0
Primaire	3,9	4,8
Secondaire ou plus	2,5	2,9
Quintiles de bien-être économique		
Le plus pauvre	6,2	7,0
Second	5,9	6,6
Moyen	5,0	5,7
Quatrième	3,7	4,7
Le plus riche	2,7	3,3
Ensemble	4,5	5,3

Note : L'ISFD et l'ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois avant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté dans le tableau 4.2.

Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes au Sénégal serait de 4,5 enfants au lieu de 5,2 enfants. Ceci laisse supposer que plus de 13 %² des couples sénégalais ne réussissent pas encore à planifier le nombre d'enfants désirés. Comparativement à l'EDS-III de 1997, on note que les couples réussissent de mieux en mieux la planification du nombre d'enfants désirés : 19 % contre 14 %. En ce qui concerne les variations selon les caractéristiques sociodémographiques, on constate que l'ISFD varie de la même manière que l'ISF.

² Ce pourcentage est obtenu comme suit : $1 - [4,5(\text{ISFD})/5,2 (\text{ISF})]$.

Graphique 7.4 Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée



EDS-IV 2005

D'autre part, le tableau 7.10 présente le nombre idéal d'enfants et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon trois indicateurs du statut de la femme.

Indicateur du statut de la femme	Nombre idéal moyen d'enfants	Effectif ¹	Besoins non satisfaits en matière de PF ²			Effectif de femmes
			Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	
Nombre de décisions prises par la femme³						
0	5,5	1 776	29,3	3,9	33,2	2 408
1-2	6,0	4 064	24,0	7,6	31,6	5 148
3-4	5,5	1 132	19,2	9,6	28,8	1 400
5	5,4	700	20,0	11,7	31,7	909
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari						
0	5,4	300	22,4	12,2	34,6	440
1-2	6,0	2 433	21,6	6,8	28,4	3 249
3-4	5,6	4 938	25,7	7,3	33,0	6 177
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme						
0	5,3	2 452	22,8	7,0	29,8	3 158
1-2	5,7	1 551	24,7	6,4	31,1	1 901
3-4	5,9	2 359	24,7	7,9	32,6	3 081
5	6,3	1 309	25,5	7,9	33,5	1 726
Ensemble	5,7	7 672	24,2	7,3	31,6	9 866

¹ Les totaux sont calculés en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non numériques.
² Voir tableau 7.5 pour la définition des besoins non satisfaits en planification familiale.
³ Soit seule, soit avec quelqu'un d'autre

L'analyse différentielle du nombre idéal moyen d'enfants en fonction de ces trois indicateurs ne laisse pas apparaître de variations significatives. Tout au plus, peut-on remarquer que les proportions de besoins non satisfaits en matière de planification familiale augmentent progressivement avec le nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme, passant ainsi de 30 % pour les femmes qui pensent que pour aucune raison, il est justifié qu'un homme batte sa femme à 34 % chez celles qui pensent que pour cinq raisons un tel comportement est acceptable. Toutefois, il faut noter que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont importants quel que soit l'indicateur du statut de la femme considéré, puisque plus d'une femme sur quatre a des besoins non satisfaits (variation de 28 % à 35 %).

Salif Ndiaye

La quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) a collecté des informations détaillées sur la santé des mères et sur celle de leurs enfants nés au cours des cinq dernières années. Ces informations concernent l'accès des femmes aux soins de santé, les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Les résultats présentés dans ce chapitre, permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile. Ils constituent ainsi des outils de grande importance pour l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé.

8.1 SOINS PRÉNATALS, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES

8.1.1 Soins prénatals

Les données du tableau 8.1 présentent la répartition des dernières naissances survenues dans les cinq années ayant précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté durant la grossesse et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDS IV, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été prise en compte dans le tableau. On relève que parmi les dernières naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, près de neuf naissances sur dix (87 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes et infirmières). Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (83 %) et, dans très peu de cas, elles ont été fournies par des médecins (moins de 5 %). En revanche, pour environ sept naissances sur cent (7 %), les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Les différences selon l'âge de la femme et le rang de naissance sont peu importantes ; par contre, en fonction d'autres caractéristiques sociodémographiques, les écarts sont plus importants. En effet, si l'on prend en compte le niveau d'instruction, on constate que la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de personnel formé varie de 85 % pour les femmes sans instruction à 93 % pour celles qui sont de niveau d'instruction primaire et à pratiquement 100 % pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (graphique 8.1). Ce sont également les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus qui consultent le plus fréquemment un médecin (21 %) ; parmi les femmes de niveau primaire, cette proportion est de 5 % et chez celles sans instruction, elle est seulement de 3 %. De même, les résultats selon le milieu de résidence montrent que les femmes du milieu urbain se rendent plus fréquemment à des visites prénatales au cours de leur grossesse que les femmes du milieu rural (96 % contre 82 %). Du point de vue régional, on observe aussi des disparités importantes : les femmes qui ont le moins fréquemment consulté un professionnel de la santé au cours de leur grossesse sont celles des régions de Tambacounda (73 %), de Matam (85 %) et de Kaolack (79 %). En outre, dans la région de Tambacounda, 20 % des femmes n'ont consulté personne ; dans les régions de Matam et de Kaolack, ces proportions sont respectivement de 12 % et de 11 %. À l'opposé, dans les régions de Dakar et de Saint-Louis, respectivement 98 % et 92 % des femmes se sont rendues en consultation prénatale. Enfin, on constate que la proportion de femmes ayant eu au moins une consultation prénatale augmente régulièrement avec l'indice du niveau de bien-être du ménage : de 77 % parmi les femmes du quintile le plus pauvre, la proportion passe à 88 % dans le quintile moyen et atteint 97 % parmi les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche. Dans cette dernière catégorie, 14 % des femmes ont consulté un médecin alors que dans les autres groupes la proportion n'excède pas 4 %.

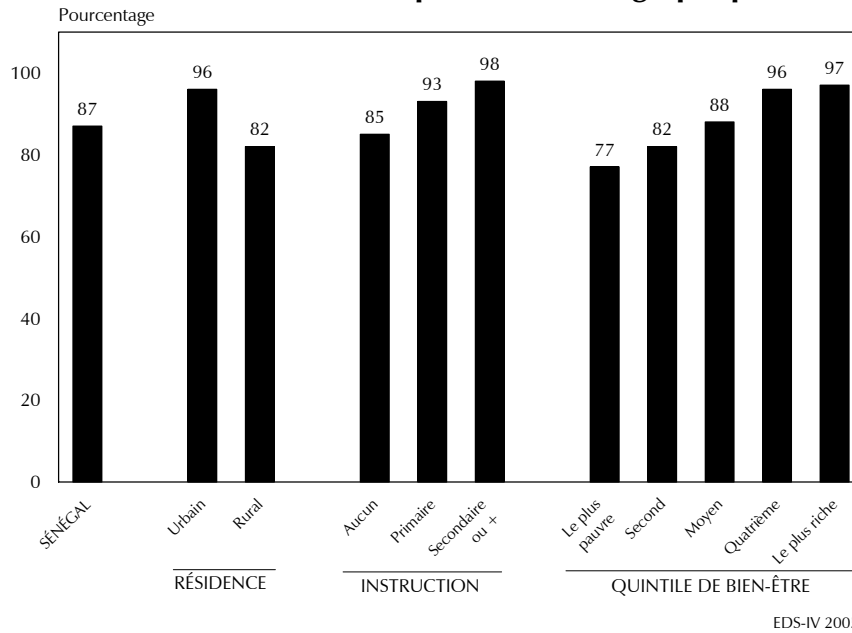
Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de personne consultée durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ auxiliaire	Accoucheuse tradition- nelle/autre	Personne	ND	Total	Effectif
Âge à la naissance							
<20	3,0	83,2	6,0	7,2	0,6	100,0	980
20-34	4,8	83,2	5,8	5,7	0,4	100,0	4 665
35-49	5,0	81,0	4,4	9,2	0,4	100,0	1 282
Rang de naissance							
1	5,8	85,5	4,7	3,5	0,4	100,0	1 409
2-3	4,8	83,5	5,3	5,8	0,5	100,0	2 276
4-5	5,4	81,2	6,4	6,7	0,4	100,0	1 455
6+	2,8	81,1	5,9	9,8	0,4	100,0	1 788
Milieu de résidence							
Urbain	7,5	88,4	2,3	1,5	0,3	100,0	2 689
Rural	2,8	79,2	7,7	9,8	0,6	100,0	4 238
Région							
Dakar	9,8	87,9	0,9	0,9	0,5	100,0	1 365
Diourbel	3,1	80,4	9,2	6,5	0,8	100,0	812
Fatick	3,8	82,5	4,9	8,6	0,2	100,0	386
Kaolack	3,6	75,5	9,8	11,0	0,1	100,0	861
Kolda	1,6	85,9	3,8	8,1	0,6	100,0	638
Louga	2,5	81,9	6,2	8,8	0,6	100,0	453
Matam	8,9	75,7	3,8	11,6	0,0	100,0	286
Saint-Louis	2,7	89,6	3,5	4,0	0,2	100,0	446
Tambacounda	1,5	71,4	5,9	20,4	0,8	100,0	498
Thiès	4,4	86,2	7,8	1,2	0,4	100,0	937
Ziguinchor	2,7	87,9	6,3	2,7	0,4	100,0	246
Niveau d'instruction							
Aucun	2,7	81,8	6,3	8,7	0,4	100,0	4 858
Primaire	4,6	88,2	4,7	1,8	0,6	100,0	1 508
Secondaire ou plus	21,0	76,6	1,6	0,8	0,0	100,0	561
Quintile bien-être économique							
Le plus pauvre	2,3	74,4	7,0	15,8	0,5	100,0	1 490
Second	2,3	79,8	7,3	10,0	0,6	100,0	1 476
Moyen	2,3	85,8	7,7	3,7	0,5	100,0	1 459
Quatrième	4,0	91,9	3,0	1,1	0,0	100,0	1 330
Le plus riche	14,0	83,1	1,9	0,3	0,7	100,0	1 171
Ensemble	4,6	82,8	5,6	6,6	0,4	100,0	6 927

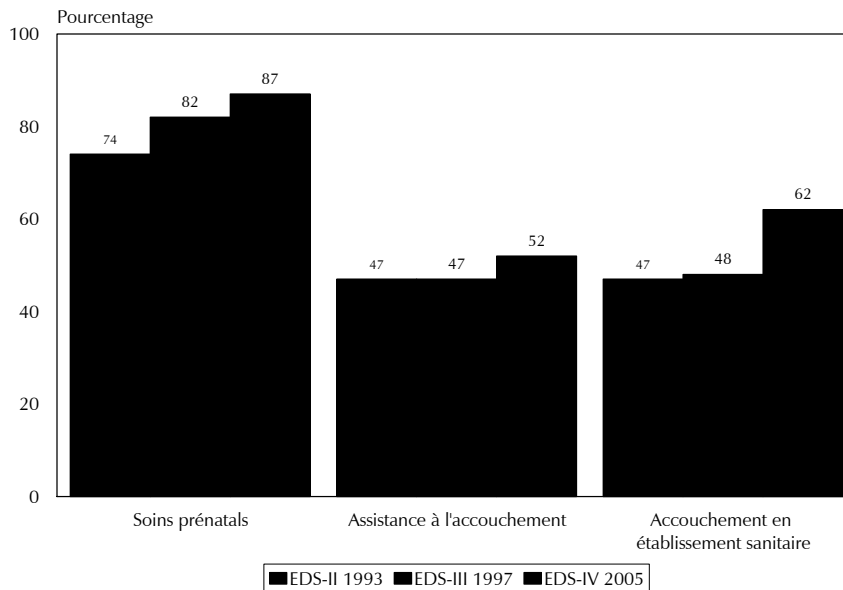
Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.

Graphique 8.1 Soins prénatals par du personnel qualifié selon certaines caractéristiques sociodémographiques



Si l'on compare ces résultats à ceux des enquêtes précédentes (graphique 8.2) on constate une amélioration de la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de professionnel de la santé : cette proportion est passée de 74 % en 1993 à 82 % en 1997 et à 87 % en 2005.

Graphique 8.2 Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement



Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Dans l'ensemble, pour quatre naissances sur dix (40 %), les mères ont effectué, au moins les quatre visites recommandées. Pour près d'une naissance sur deux (48 %), elles n'ont effectué que 2 à 3 visites prénatales et dans 4 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite. Notons qu'en milieu urbain, la proportion de femmes ayant effectué les quatre visites prénatales recommandées est plus élevée qu'en milieu rural (51 % contre 33 %).

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que dans plus de la moitié des cas (57 %), la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Même en zone rurale, près de la moitié des femmes ont effectué leur première visite prénatale avant quatre mois. Cependant, dans un cas sur quatre (25 %), la visite prénatale a eu lieu à 4-5 mois de grossesse. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit pour l'ensemble des femmes à 3,7 mois et, quelque soit le milieu de résidence, il est inférieur à quatre mois ; cependant, les résultats montrent que les femmes du milieu rural commencent un peu plus tardivement leurs consultations prénatales que celles du milieu urbain (durée médiane de 3,9 mois contre 3,5).

Types de soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDS-IV a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et si elles avaient été protégées contre le paludisme par la prise d'antipaludéens. Ces résultats sont présentés au tableau 8.3 selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les déclarations des femmes montrent qu'elles ont, en général été peu informées lors des visites prénatales, des signes de complications de la grossesse. En effet, on constate que seulement une femme sur trois (34 %) a reçu ces informations. Même dans les catégories les plus favorisées (citadines, femmes instruites et dans le quintile le plus riche), plus de la moitié des femmes n'ont reçu aucune information sur les signes de complications de la grossesse.

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite, par milieu de résidence, EDS-IV Sénégal 2005

Visites prénatales	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Nombre de visites prénatales			
Aucun	1,5	9,8	6,6
1	1,9	5,1	3,8
2-3	43,9	49,7	47,5
4+	50,6	33,0	39,8
NSP/ND	2,0	2,4	2,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1^{re} visite prénatale			
Aucun soin prénatal	1,5	9,8	6,6
<4	69,5	48,6	56,7
4-5	20,6	28,1	25,2
6-7	6,5	10,4	8,9
8+	0,4	1,3	0,9
NSP/ND	1,4	1,9	1,7
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la 1 ^{re} visite	3,5	3,9	3,7
Effectif de femmes	2 689	4 238	6 927

Tableau 8.3 Examens au cours des visites prénatales

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont effectué certains examens au cours des soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage de celles qui ont reçu des compléments de fer sous forme de comprimés ou de sirop, et pourcentage de celles qui ont pris des médicaments antipaludéens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals							A reçu des comprimés ou du sirop de fer	A reçu des médicaments antipaludéens	Effectif des femmes
	Informée des signes de complications de grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif			
Âge à la naissance										
<20	31,1	93,9	91,4	96,6	80,0	56,1	904	90,3	81,6	980
20-34	33,9	95,3	93,8	97,7	82,9	57,7	4 379	91,3	83,9	4 665
35-49	36,8	95,4	92,9	97,6	83,8	52,2	1 159	87,9	82,7	1 282
Rang de naissance										
1	33,4	95,8	92,9	98,1	84,4	66,9	1 354	93,7	86,3	1 409
2-3	35,5	96,1	94,3	97,7	83,8	59,7	2 131	92,0	84,0	2 276
4-5	32,5	95,0	93,6	97,3	82,1	52,5	1 352	89,2	82,6	1 455
6+	34,0	93,5	91,9	97,0	80,0	46,7	1 605	87,2	80,8	1 788
Milieu de résidence										
Urbain	39,1	98,3	96,1	99,0	93,8	73,8	2 640	95,4	90,6	2 689
Rural	30,6	93,0	91,3	96,5	74,9	44,4	3 801	87,4	78,8	4 238
Région										
Dakar	38,2	98,2	95,4	99,3	96,6	78,9	1 346	95,1	90,8	1 365
Diourbel	32,4	91,0	91,1	97,4	80,5	47,5	753	91,4	84,5	812
Fatick	27,3	95,3	93,6	97,0	78,1	54,2	352	88,9	83,3	386
Kaolack	27,5	91,0	90,0	95,4	84,0	52,4	765	86,0	79,4	861
Kolda	43,3	97,1	95,3	96,9	63,7	45,9	582	87,7	76,4	638
Louga	34,4	91,2	90,5	97,7	87,2	49,6	410	89,2	80,4	453
Matam	24,0	92,8	87,8	95,5	79,9	37,9	253	84,0	69,0	286
Saint-Louis	28,9	95,4	91,0	97,6	68,8	46,8	428	93,9	81,0	446
Tambacounda	19,3	91,8	90,9	94,7	55,1	31,8	392	75,2	69,5	498
Thiès	39,7	98,9	97,3	98,9	91,6	61,4	922	97,6	94,3	937
Ziguinchor	45,9	99,0	96,5	98,7	89,1	70,8	239	96,3	82,1	246
Niveau d'instruction										
Aucun	31,3	93,8	92,3	96,9	78,9	49,5	4 414	88,4	80,0	4 858
Primaire	38,6	97,4	95,0	98,7	89,4	68,4	1 471	94,7	90,3	1 508
Secondaire ou plus	43,9	99,5	97,0	99,9	94,7	80,5	556	97,8	93,7	561
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	31,2	91,7	89,7	96,8	67,3	39,3	1 247	82,1	71,5	1 490
Second	29,4	92,6	91,1	95,3	73,3	46,0	1 321	86,7	78,3	1 476
Moyen	32,1	96,3	94,4	97,8	85,8	52,6	1 398	93,7	86,0	1 459
Quatrième	36,0	96,7	94,7	98,5	91,8	65,8	1 316	95,2	90,1	1 330
Le plus riche	42,6	98,6	96,6	99,6	95,4	81,0	1 160	96,8	93,8	1 171
Ensemble	34,0	95,1	93,3	97,6	82,6	56,5	6 441	90,5	83,3	6 927

Par contre, dans la quasi-totalité des cas, on a noté le poids des femmes (95 %), on a mesuré leur taille (93 %) et on a vérifié leur tension artérielle (98 %). Les examens d'urine chez les femmes enceintes ont été beaucoup moins fréquemment effectués (83%) et pour seulement 57 % des femmes, on a effectué un prélèvement de sang ; cette proportion est plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine (44 % contre 74 % en urbain) et dans les régions de Tambacounda (32 %) et de Matam (38 %) que dans les autres régions.

En outre, au cours de ces visites prénatales, plus de neuf femmes sur dix ont reçu des suppléments de fer (91 %) et plus de huit sur dix des antipaludéens (83 %). Les femmes des zones rurales, celles qui n'ont pas d'instruction et celles des régions de Tambacounda, Matam, Kolda et Kaolack ont moins bénéficié que les autres de ces suppléments nutritionnels et de traitement préventif contre le paludisme.

Vaccinations antitétaniques

Le tétanos néonatal est l'une des maladies les plus graves auxquelles le nouveau-né peut être exposé. Pour faire face à cette pathologie, il est recommandé l'administration d'au moins deux doses de vaccin antitétanique aux femmes enceintes. Les données du tableau 8.4 révèlent que 66 % des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête ont été complètement ou partiellement protégées contre le tétanos néonatal (deux injections ou plus). Il est important de souligner que les informations présentées ici ne correspondent pas complètement à l'histoire vaccinale des femmes. Il faut en effet tenir compte aussi du fait que celles qui ont reçu la vaccination durant les dix dernières années et avant leur grossesse restent également immunisées.

L'examen selon l'âge des mères, montre que cette variable n'est pas déterminante pour la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal : 69 % à moins de 20 ans, 67 % à 20-34 ans et 62 % à 35-49 ans. En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats révèlent que les naissances qui se sont produites en milieu urbain ont été mieux protégées que celles qui ont eu lieu en milieu rural (71 % contre 63 %). Il faut souligner que le statut vaccinal des mères varie peu en fonction de la région et du niveau d'instruction. Tout au plus peut-on souligner que dans les régions de Diourbel (60 %), Fatick (60 %) et Tambacounda (60 %), les proportions sont un peu plus faibles qu'ailleurs. Par ailleurs, la fréquence de la vaccination augmente légèrement avec l'indice de bien-être du ménage, passant d'un minimum de 61 % pour les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres à 71 % pour celles des ménages des deux quintiles les plus riches.

Par rapport aux résultats de l'enquête de 1997, on constate que la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal (deux injections ou plus) est demeuré pratiquement au même niveau (66 % en 1997).

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des femmes qui ont une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre d'injections antitétaniques reçues durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune	Une injection	Deux injections ou plus	Ne sait pas/ manquant	Total	Effectif
Âge à la naissance						
<20	9,7	19,4	68,9	2,0	100,0	980
20-34	9,5	22,3	66,6	1,5	100,0	4 665
35-49	14,3	21,7	62,3	1,7	100,0	1 282
Rang de naissance						
1	5,9	17,1	74,9	2,1	100,0	1 409
2-3	9,6	22,6	65,8	2,0	100,0	2 276
4-5	10,8	23,5	64,5	1,2	100,0	1 455
6+	14,8	22,9	61,0	1,2	100,0	1 788
Milieu de résidence						
Urbain	5,8	21,5	70,7	2,0	100,0	2 689
Rural	13,4	21,9	63,3	1,4	100,0	4 238
Région						
Dakar	5,5	19,6	72,3	2,7	100,0	1 365
Diourbel	10,1	28,4	59,6	1,9	100,0	812
Fatick	10,8	28,1	60,1	0,9	100,0	386
Kaolack	11,9	16,6	70,9	0,6	100,0	861
Kolda	13,2	18,3	66,8	1,8	100,0	638
Louga	12,4	22,0	63,0	2,7	100,0	453
Matam	16,9	17,6	63,1	2,4	100,0	286
Saint-Louis	9,2	18,6	69,9	2,2	100,0	446
Tambacounda	23,7	15,4	60,1	0,8	100,0	498
Thiès	6,0	29,7	63,3	1,0	100,0	937
Ziguinchor	7,5	21,6	70,6	0,3	100,0	246
Niveau d'instruction						
Aucun	12,5	22,1	63,9	1,4	100,0	4 858
Primaire	5,4	21,0	72,0	1,5	100,0	1 508
Secondaire ou plus	5,7	20,8	69,9	3,7	100,0	561
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	18,5	19,4	61,4	0,7	100,0	1 490
Second	14,1	20,9	63,8	1,3	100,0	1 476
Moyen	9,3	23,9	65,3	1,6	100,0	1 459
Quatrième	3,8	23,6	70,8	1,8	100,0	1 330
Le plus riche	4,6	21,2	71,0	3,2	100,0	1 171
Ensemble	10,4	21,8	66,2	1,6	100,0	6 927

8.1.2 Accouchement

Lieu d'accouchement

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, quatre naissances sur dix (37 %) ont eu lieu à domicile et 62 % dans une structure sanitaire publique ou privée (tableau 8.5). Les femmes les plus âgées ont eu plus tendance à accoucher à la maison : 37 % pour les moins de 20 ans et 40 % pour les 35 ans ou plus. De même, le rang de naissance semble jouer un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement. Dans 77 % des cas, les naissances de rang un ont lieu dans un établissement sanitaire et presque exclusivement du secteur public, contre 62 % pour les rangs 2-3 et 51 % pour le rang six ou plus.

Les disparités dans le lieu d'accouchement selon le milieu de résidence sont très importantes. En effet, si en milieu urbain, 88 % des accouchements se sont déroulés dans une formation sanitaire, cette proportion n'est que de 47 % en rural où plus d'une femme sur deux (52 %) a accouché à domicile. Les accouchements à domicile sont également fréquents dans les régions de Tambacounda (65 %), Kolda (65 %), Kaolack (54 %), Matam (53 %) et Fatick (50 %).

Par ailleurs, le niveau d'instruction est déterminant dans le choix du lieu d'accouchement : en effet, alors que seulement 53 % des femmes sans instruction ont accouché dans un établissement sanitaire, cette proportion est de 82 % parmi les femmes de niveau primaire et de 95 % parmi celles du niveau secondaire ou plus. Le choix d'un lieu d'accouchement médicalisé est positivement associé au nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes. En effet, alors que seulement 14 % des femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale ont accouché dans un établissement sanitaire (réduit ici au seul public), parmi les femmes qui ont effectué 1-3 visites, cette proportion est de 61 %. Chez celles qui en ont effectué 4 ou plus, cette proportion est de 76 %. Il faut noter ici que si les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale, accouchent dans une structure sanitaire, elles le font principalement dans une structure sanitaire publique. Enfin, selon l'indice de bien-être, les résultats montrent que la proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement sanitaire varie d'un minimum de 29 % parmi celles des ménages les plus pauvres à 93 % dans les ménages les plus riches.

Si l'on compare ces résultats à ceux des enquêtes précédentes, on note une augmentation de la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire : cette proportion est passée de 47 % en 1993 à 48 % en 1997 et à 62 % en 2005 (graphique 8.2). Corrélativement, on note pour l'ensemble du pays, une diminution très sensible de la proportion de femmes qui ont accouché à domicile (53 % en 1993 contre 51 % en 1997 et 37 % en 2005).

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Structure de santé		Maison	Autre	ND	Total	Nombre de naissances
	Secteur public	Secteur privé					
Âge de la mère à la naissance de l'enfant							
<20	59,8	1,8	37,4	0,8	0,1	100,0	1 669
20-34	57,8	4,7	36,4	0,3	0,8	100,0	7 236
35-49	55,7	3,0	40,4	0,6	0,4	100,0	1 625
Rang de naissance¹							
1	72,3	4,5	22,2	0,5	0,5	100,0	2 299
2-3	57,5	4,5	36,8	0,6	0,6	100,0	3 526
4-5	53,7	4,6	41,1	0,2	0,4	100,0	2 233
6+	48,3	2,3	48,1	0,4	0,9	100,0	2 472
Milieu de résidence							
Urbain	80,5	7,6	10,9	0,2	0,8	100,0	3 842
Rural	44,7	1,9	52,3	0,6	0,5	100,0	6 688
Région							
Dakar	81,8	10,2	6,6	0,1	1,3	100,0	1 903
Diourbel	56,6	9,1	32,4	0,8	1,1	100,0	1 272
Fatick	48,6	0,4	50,4	0,3	0,3	100,0	639
Kaolack	43,9	0,9	54,4	0,2	0,6	100,0	1 395
Kolda	33,3	0,2	65,2	0,5	0,7	100,0	968
Louga	60,5	0,5	38,3	0,4	0,3	100,0	692
Matam	46,9	0,2	52,5	0,4	0,0	100,0	440
Saint-Louis	58,2	1,6	39,7	0,5	0,0	100,0	663
Tambacounda	34,0	0,7	64,5	0,3	0,6	100,0	794
Thiès	73,6	4,5	21,4	0,5	0,1	100,0	1 404
Ziguinchor	68,8	2,8	26,3	2,1	0,0	100,0	360
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	50,6	2,1	46,3	0,5	0,5	100,0	7 577
Primaire	75,3	6,3	16,9	0,3	1,1	100,0	2 194
Secondaire ou plus	78,9	16,2	4,8	0,0	0,1	100,0	759
Visites de soins prénatals							
Aucune	13,5	0,0	86,0	0,5	0,0	100,0	454
1-3	58,1	3,2	37,8	0,7	0,2	100,0	3 555
4+	69,2	6,5	23,8	0,4	0,1	100,0	2 760
NSP/manquant	68,1	0,9	27,0	0,4	3,6	100,0	157
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	28,7	0,2	70,2	0,4	0,4	100,0	2 425
Second	43,1	0,4	55,3	0,8	0,3	100,0	2 332
Moyen	68,2	1,9	28,7	0,5	0,7	100,0	2 238
Quatrième	83,3	6,0	9,8	0,3	0,6	100,0	1 908
Le plus riche	77,9	15,2	5,7	0,0	1,2	100,0	1 627
Ensemble	57,8	4,0	37,2	0,4	0,6	100,0	10 530

¹ Inclut seulement la dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête.

Assistance lors de l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que plus de la moitié des naissances (52 %) ont eu lieu avec l'assistance de personnel de santé qualifié, essentiellement des infirmières et des sages-femmes (49 %). À l'opposé, quatre accouchements sur dix (40 %) se sont déroulés sans assistance de personnel formé, soit avec l'aide de parents et d'amis (36 %), soit sans aucune assistance (4 %). Les accoucheuses traditionnelles sont intervenues dans moins de 8 % des cas.

Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

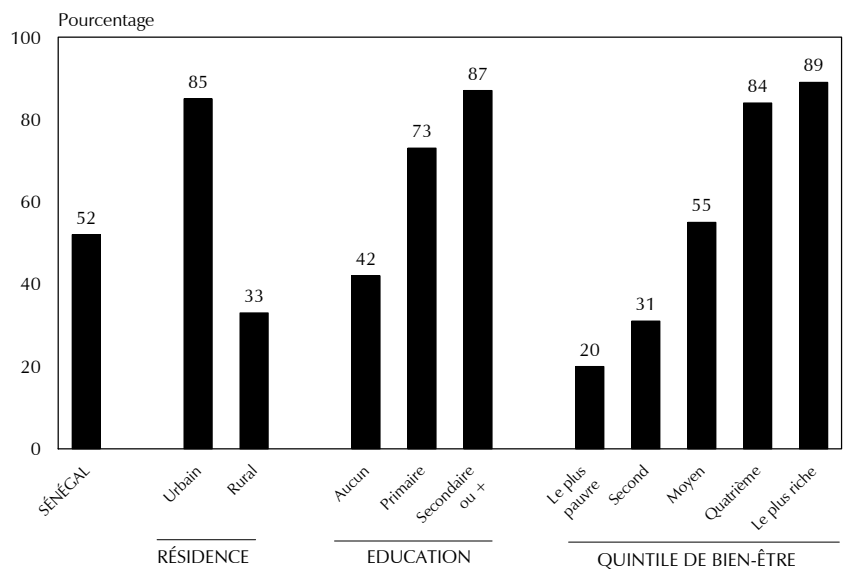
Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	2,0	48,8	7,9	38,7	2,3	0,4	100,0	1 669
20-34	3,5	49,3	7,6	34,9	4,0	0,7	100,0	7 236
35-49	3,3	46,3	6,7	36,3	6,9	0,5	100,0	1 625
Rang de naissance								
1	5,5	60,9	4,3	27,5	1,2	0,6	100,0	2 299
2-3	3,4	49,3	7,6	35,5	3,4	0,8	100,0	3 526
4-5	2,0	45,9	8,5	38,9	4,4	0,4	100,0	2 233
6+	1,9	39,1	9,4	40,9	8,0	0,7	100,0	2 472
Milieu de résidence								
Urbain	6,7	77,9	1,9	11,3	1,5	0,7	100,0	3 842
Rural	1,2	32,0	10,7	49,7	5,8	0,6	100,0	6 688
Région								
Dakar	9,9	82,2	1,2	4,6	1,0	1,1	100,0	1 903
Diourbel	1,6	49,2	3,4	39,4	6,2	0,3	100,0	1 272
Fatick	1,3	33,9	16,3	41,3	6,4	0,7	100,0	639
Kaolack	1,4	33,1	17,6	43,6	3,2	1,0	100,0	1 395
Kolda	1,4	24,4	14,1	51,6	8,0	0,5	100,0	968
Louga	1,3	48,1	4,4	44,5	1,3	0,4	100,0	692
Matam	1,3	39,1	3,8	47,2	8,2	0,4	100,0	440
Saint-Louis	3,7	44,6	2,0	46,9	2,3	0,5	100,0	663
Tambacounda	0,7	26,5	10,0	53,4	8,6	0,7	100,0	794
Thiès	2,6	60,0	4,2	30,1	2,8	0,4	100,0	1 404
Ziguinchor	2,3	47,8	10,8	35,8	3,4	0,0	100,0	360
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	1,5	40,9	9,4	42,2	5,4	0,6	100,0	7 577
Primaire	4,6	67,9	3,1	22,2	1,2	1,0	100,0	2 194
Secondaire ou plus	16,7	71,1	1,5	10,3	0,3	0,0	100,0	759
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	0,7	19,4	13,7	56,6	8,9	0,6	100,0	2 425
Second	1,1	29,6	12,5	50,3	6,0	0,5	100,0	2 332
Moyen	1,9	53,0	5,5	36,4	2,5	0,7	100,0	2 238
Quatrième	4,2	79,3	1,5	13,6	1,1	0,3	100,0	1 908
Le plus riche	10,6	78,1	0,9	8,7	0,6	1,1	100,0	1 627
Ensemble	3,2	48,7	7,5	35,7	4,2	0,6	100,0	10 530

Note : Si l'enquêtée déclare que plus d'une personne a assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée est prise en compte dans ce tableau.

L'examen des données par caractéristiques sociodémographiques de la mère ne met pas en évidence une tendance nette selon l'âge de la mère ; à l'inverse, la fréquence des accouchements assistés diminue avec le rang de naissance : dans 66 % des cas, les accouchements des aînés ont été assistés par du personnel de santé contre 53 % pour les rangs deux et trois, et 41 % pour les rangs six et plus. Corrélativement, la fréquence des accouchements non assistés augmente avec le rang de naissance. Les naissances qui ont été le plus fréquemment assistées par du personnel formé sont celles du milieu urbain (85 % contre 33 % en milieu rural), celles des régions de Dakar (92 %), Thiès (63 %) et celles des femmes instruites (au moins 73 %). Certaines régions sont particulièrement défavorisées en ce qui concerne l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié : il s'agit des régions de Fatick (35 %), Kaolack (34 %), Tambacounda (27 %) et Kolda (26 %) : dans ces régions, les proportions de femmes dont l'accouchement a été assisté sont comparables à celles observés dans les deux quintiles de bien-être les plus pauvres. Les résultats montrent que la fréquence des accouchements assistés augmente rapidement avec le niveau de bien être du ménage : de 20 % parmi les plus pauvres, le pourcentage passe 31 % dans le 2^{ème} quintile et à, au moins, 84 % dans les quatrième et cinquième quintiles (graphique 8.3).

Graphique 8.3 Assistance à l'accouchement par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques



EDS-IV 2005

Entre les deux dernières enquêtes, la proportion d'accouchements assistés a sensiblement augmenté, passant de 47 % à 52 %. Ces progrès s'observent tant en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement, 81 % à 85 % et 30 % à 33 %). Le pourcentage d'accouchements assistés au niveau national (52 %) avoisine le taux d'accouchements assistés projeté dans le document du DSRP (2002), qui se situe autour de 60 % pour 2005 et 90 % pour 2015, cela conformément aux objectifs du millénaire pour le développement relatifs à l'amélioration de la santé maternelle.

Accouchement et caractéristiques du nouveau-né

Pour toutes les naissances vivantes des cinq dernières années, on a demandé aux mères si l'accouchement avait eu lieu par césarienne ou par voie basse et quels étaient le poids et la taille de l'enfant à la naissance.

Pour environ 3 % des naissances, on a pratiqué une césarienne (tableau 8.7). La fréquence de la pratique de cette intervention chirurgicale est peu variable avec l'âge et est plus fréquente chez les primipares (6 %). Par ailleurs, comme il fallait s'y attendre, les césariennes qui nécessitent un environnement médicalisé, sont plutôt rares chez les femmes du milieu rural, dans les régions les moins urbanisées et chez les femmes non instruites qui résident fréquemment en zone rurale. Ce type d'intervention qui n'est réalisable que dans les formations sanitaires suffisamment équipées et dotées de personnels qualifiés n'est pas à la portée des couches les plus défavorisées et qui sont également souvent éloignées de ces services.

Tableau 8.7 Caractéristiques de l'accouchement

Pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon que l'accouchement a été effectué ou non par césarienne, répartition (en %) des enfants selon le poids à la naissance et la grosseur estimée par la mère, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Accouchement par césarienne	Poids de l'enfant				Ensemble	Taille de l'enfant à la naissance				Total	Nombre de naissances
		Non pesé	Moins de 2.5 kg	2.5 kg ou plus	NSP/ND		Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/manquant		
Âge de la mère à la naissance de l'enfant												
<20	2,2	41,1	6,8	32,3	19,9	100,0	11,6	20,6	67,1	0,6	100,0	1 669
20-34	3,5	36,7	6,3	41,8	15,2	100,0	10,1	17,8	70,8	1,2	100,0	7 236
35-49	3,2	39,8	5,9	39,7	14,5	100,0	10,9	20,4	68,0	0,7	100,0	1 625
Rang de naissance												
1	6,4	26,2	8,4	46,6	18,8	100,0	12,1	18,4	68,3	1,2	100,0	2 299
2-3	2,9	36,6	6,5	41,6	15,4	100,0	10,1	18,0	71,0	1,0	100,0	3 526
4-5	2,3	42,0	5,6	37,7	14,8	100,0	9,3	18,8	70,7	1,1	100,0	2 233
6+	1,8	46,9	4,8	33,5	14,7	100,0	10,6	19,7	68,8	0,9	100,0	2 472
Milieu de résidence												
Urbain	6,6	9,4	8,5	66,1	16,1	100,0	8,4	16,3	74,2	1,1	100,0	3 842
Rural	1,4	54,3	5,1	25,0	15,7	100,0	11,7	20,0	67,3	1,0	100,0	6 688
Région												
Dakar	10,1	3,5	8,2	76,1	12,2	100,0	7,6	14,8	76,1	1,5	100,0	1 903
Diourbel	1,5	39,6	6,6	26,4	27,3	100,0	12,3	24,1	62,7	0,9	100,0	1 272
Fatick	0,8	46,1	7,8	31,6	14,6	100,0	13,7	18,4	67,0	0,9	100,0	639
Kaolack	0,9	57,9	4,9	21,8	15,4	100,0	10,1	20,2	68,6	1,1	100,0	1 395
Kolda	1,8	62,9	2,8	28,9	5,3	100,0	3,8	14,3	80,6	1,3	100,0	968
Louga	2,0	43,2	6,6	27,3	22,9	100,0	15,7	28,5	55,3	0,5	100,0	692
Matam	0,5	51,5	8,6	27,9	12,0	100,0	19,8	21,2	55,9	3,1	100,0	440
Saint-Louis	2,8	50,0	4,4	26,5	19,2	100,0	19,9	20,4	59,3	0,4	100,0	663
Tambacounda	1,0	66,0	1,9	23,6	8,6	100,0	5,4	13,0	81,0	0,6	100,0	794
Thiès	2,6	18,5	8,4	51,8	21,3	100,0	10,2	17,9	71,0	0,9	100,0	1 404
Ziguinchor	5,4	19,0	9,0	65,4	6,5	100,0	6,8	15,4	77,8	0,0	100,0	360
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	1,8	47,4	5,4	30,2	17,0	100,0	11,1	19,8	68,0	1,0	100,0	7 577
Primaire	5,9	16,3	8,1	61,6	14,0	100,0	9,1	17,3	72,5	1,2	100,0	2 194
Secondaire ou plus	9,9	5,8	10,6	74,4	9,2	100,0	8,4	10,7	79,9	1,0	100,0	759
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	0,7	71,0	3,1	15,8	10,1	100,0	10,5	19,8	68,6	1,0	100,0	2 425
Second	1,3	53,9	5,8	25,3	15,0	100,0	11,7	20,0	67,1	1,2	100,0	2 332
Moyen	2,1	32,7	6,2	40,6	20,5	100,0	11,5	19,3	68,2	1,0	100,0	2 238
Quatrième	7,2	10,7	8,4	61,6	19,4	100,0	9,2	16,4	73,7	0,7	100,0	1 908
Le plus riche	7,0	4,6	9,5	70,8	15,1	100,0	8,8	16,7	73,1	1,4	100,0	1 627
Ensemble	3,3	37,9	6,3	40,0	15,8	100,0	10,5	18,6	69,8	1,1	100,0	10 530

Le tableau 8.7 présente également les résultats concernant le poids et la taille des enfants. Il faut tout d'abord noter le pourcentage important d'enfants pour lesquels le poids à la naissance n'a pas pu être établi (54 %). En effet, près de quatre nouveau-nés sur dix (38 %) n'ont pas été pesés à la naissance et pour 16 % d'entre eux, la mère n'a pas été en mesure de fournir l'information. Les cas d'enfants déclarés non pesés à la naissance sont particulièrement fréquents dans certaines régions : 66 % à Tambacounda, 63 % à Kolda et 58 % à Kaolack. Peser les enfants à la naissance est une pratique généralisée à Dakar (moins de 4 % d'enfants non pesés) ; en dehors de Dakar, Thiès et Ziguinchor sont les régions où peser les nouveau-nés est une pratique fréquente (moins de 20 % d'enfants non pesés). On observe une corrélation négative et étroite entre le niveau de bien-être économique et le pourcentage de nouveaux-nés non pesés à la naissance : les femmes provenant des ménages les plus riches sont moins nombreuses à avoir des nourrissons non pesés à la naissance (5 % contre 71 % dans le quintile le plus pauvre).

Dans l'ensemble, 40 % des nourrissons avaient un poids supérieur ou égal à 2500 grammes et 6 % qui avaient un poids inférieur étaient donc de faible poids à la naissance. Les enfants pesés à la naissance et dont le poids est égal ou supérieur à 2,5 kilogrammes sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux du milieu urbain que parmi ceux du milieu rural (66 % contre 25 %). Les fortes proportions de nourrissons non pesés et les variations très sensibles de ces proportions selon certaines variables limitent un peu la pertinence de ces commentaires. Par exemple, le pourcentage de nourrissons de moins de 2,5 kilogrammes est plus élevé chez les enfants de rang un (8,4 %) que chez ceux de rang deux ou trois (6,5 %) ; en même temps, le pourcentage de nourrissons de poids supérieur à 2,5 kilogrammes varie dans le même sens (respectivement, 47 % contre 42 %), contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre. En nous limitant aux seuls nourrissons pour lesquels le poids est disponible, on note une plus forte fréquence des faibles poids à la naissance chez les nourrissons de rang un. Mais cette conclusion doit être nuancée dans la mesure où le pourcentage d'enfants non pesés augmente énormément selon le rang de naissance. On observe un résultat similaire selon le niveau de bien être économique : la fréquence des faibles poids à la naissance augmente avec le niveau de bien être. Ceci s'explique tout simplement par le fait que chez les plus riches, pratiquement tous les nourrissons sont pesés alors que dans les couches pauvres, très peu de nourrissons, et probablement les moins susceptibles d'être petits sont pesés. Comme dans le cas précédent, si on se limite aux seuls nourrissons pesés, approche qui réduit les disparités entre les groupes d'enfants selon le niveau de bien être, on observe que la fréquence des faibles poids à la naissance diminue fortement avec l'augmentation du niveau socioéconomique du ménage (plus de 20 % chez les pauvres ainsi que dans les quintiles second et moyen à environ 13 % chez les plus riches, 5^e quintile).

La deuxième partie du tableau présente les résultats sur la taille estimée du nourrisson selon l'appréciation de la mère à partir de la question : « Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? ». Cette appréciation est donc quelque peu subjective dans la mesure où les notions de « petit », « moyen » et « gros » peuvent dépendre de divers facteurs socioculturels. Pour l'ensemble des naissances survenues au cours des cinq dernières années, environ 70 % ont été considérés comme étant de taille moyenne ou plus grosse que la moyenne et 11 % ont été estimés comme étant de très petite taille. La perception de la taille du nouveau-né par les mères varie très peu selon les caractéristiques sociodémographiques. Selon les estimations des mères, la fréquence des nourrissons de très petite taille ne varie pratiquement pas, ni avec l'âge de la mère à la naissance, ni avec le rang de naissance. Les variations sont également faibles selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction ; tout au plus peut-on souligner que les femmes du milieu rural et celles sans instruction ont été un peu plus nombreuses à déclarer qu'elles avaient trouvé leur enfant de petite taille à sa naissance. En fonction de quintile de bien-être, on constate que dans les trois premiers quintiles, entre 11 et 12% des naissances ont été perçues comme de petite taille par la mère contre environ 9 % dans les deux quintiles les plus riches. Par contre, les différences inter régionales semblent importantes. Les nourrissons de petite taille ont été beaucoup plus souvent mentionnés dans deux régions : Saint-Louis et Matam (20 %) ; à l'inverse, dans les régions de Kolda (moins de 4 %), Tambacounda (5 %), Ziguinchor (7 %) et Dakar (8 %) ces proportions sont bien plus faibles.

8.1.3 Examens postnatals

Le tableau 8.8 présente la distribution des dernières naissances des cinq années ayant précédé l'enquête qui se sont déroulées en dehors d'un établissement sanitaire selon que la mère a reçu, ou non, des soins postnatals. On suppose que les femmes qui ont accouché dans un établissement sanitaire (62 % de l'ensemble) ont reçu des soins postnatals. Il est en effet, raisonnable de supposer qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui de l'enfant ont fait l'objet d'un suivi avant qu'elle ne quitte la formation sanitaire. Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, six femmes sur dix (59 %) n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal. Quarante pour cent d'entre elles ont effectué des consultations pour le suivi de leur santé et de celle de leur enfant après l'accouchement. La plupart de ces femmes (27 %) sont allées en consultation dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement, 3 % au cours des 3-6 jours après l'accouchement et dans 10 % des cas, les femmes ont attendu entre 7 et 41 jours pour se rendre à une consultation postnatale.

Les pourcentages de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu des soins postnatals diminuent sensiblement avec l'âge de la mère, passant de 66 % à moins de 20 ans, à 58 % à 20-34 ans et à 56 % à 35-49 ans. Cette proportion ne varie pas de manière sensible selon le rang de naissance. Par contre, on constate des écarts selon le milieu et la région de résidence : ces proportions sont plus élevées en milieu rural (61 %) qu'en milieu urbain (42 %) et dans les régions de Kolda (77 %), Tambacounda (76 %) et Kaolack (64 %) que dans les autres. De même, on constate que le niveau d'instruction de la mère influence la fréquence du suivi postnatal puisque six mères sans instruction sur dix n'ont pas consulté après leur accouchement contre 48 % parmi celles qui ont un niveau primaire et 55 % parmi les plus instruites. Les résultats selon le niveau de bien être économique font apparaître un écart entre les ménages des deux quintiles les plus pauvres et les autres : parmi les deux plus pauvres, 20 à 26 % des femmes ont reçu un examen postnatal dans les deux jours consécutifs à leur accouchement et parmi les plus riches, ces proportions sont de plus de 40 %. Corrélativement, les femmes n'ayant reçu aucun examen postnatal sont relativement plus nombreuses dans les deux quintiles les plus pauvres puisque environ 60 à 70 % des femmes n'ont bénéficié d'aucun soin après leur accouchement.

Tableau 8.8 Soins postnatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui s'est déroulée en dehors d'un établissement sanitaire, en fonction du moment où les soins post-natals ont été effectués pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Temps écoulé avant le premier examen postnatal			NSP/ND	Aucune visite postnatale	Total	Effectif
	0-2 jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement				
Âge à la naissance							
<20	22,0	3,5	6,8	1,2	66,4	100,0	350
20-34	27,7	3,0	10,2	0,8	58,2	100,0	1 621
35-49	30,4	3,3	9,1	0,9	56,3	100,0	514
Rang de naissance							
1	29,3	3,3	6,6	2,0	58,8	100,0	290
2-3	27,4	3,3	9,3	0,8	59,2	100,0	788
4-5	26,4	3,0	9,6	0,7	60,3	100,0	576
6+	27,7	3,0	10,7	0,7	57,9	100,0	831
Milieu de résidence							
Urbain	45,1	3,3	6,6	3,4	41,7	100,0	308
Rural	25,0	3,1	10,0	0,5	61,4	100,0	2 178
Région							
Dakar	38,0	4,4	3,0	9,0	45,6	100,0	102
Diourbel	45,6	1,5	7,2	0,9	44,7	100,0	261
Fatick	40,9	2,9	12,1	1,1	43,0	100,0	189
Kaolack	21,3	4,6	10,0	0,3	63,9	100,0	464
Kolda	12,2	2,8	7,5	0,4	77,1	100,0	415
Louga	24,4	6,3	14,3	0,5	54,5	100,0	166
Matam	23,2	1,8	14,2	0,0	60,7	100,0	148
Saint-Louis	27,0	3,4	14,9	0,0	54,8	100,0	163
Tambacounda	14,4	0,8	8,3	0,8	75,7	100,0	312
Thiès	56,9	2,9	6,1	1,1	33,0	100,0	197
Ziguinchor	33,0	6,2	11,8	0,0	49,0	100,0	67
Niveau d'instruction							
Aucun	26,5	3,1	9,5	0,6	60,3	100,0	2 200
Primaire	37,8	2,1	8,7	3,2	48,2	100,0	257
Secondaire ou plus	9,6	17,3	17,9	0,0	55,2	100,0	29
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	19,7	3,0	7,6	0,5	69,3	100,0	1 035
Second	25,5	3,5	12,1	0,6	58,2	100,0	815
Moyen	41,4	2,3	11,3	0,5	44,5	100,0	424
Quatrième	46,9	3,6	5,0	2,6	41,9	100,0	142
Le plus riche	42,2	5,1	6,6	9,4	36,8	100,0	69
Ensemble	27,5	3,1	9,5	0,9	59,0	100,0	2 485

¹ Y compris les femmes ayant reçu les premiers soins postnatals après 41 jours.

8.1.4 Statut de la femme et santé reproductive

Le tableau 8.9 présente trois types d'indicateurs essentiels pour la santé de la mère et de l'enfant selon les indicateurs du statut de la femme. Les indicateurs de santé sont : le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins prénatals auprès d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage femme ; le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins postnatals au cours des deux jours consécutifs à l'accouchement ; et enfin le pourcentage de naissances qui ont eu lieu avec l'assistance de personnel de santé qualifié.

Tableau 8.9 Statut de la femme et santé reproductive					
Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu pour la naissance la plus récente, des soins prénatals et postnatals par un professionnel de la santé et pourcentages de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un professionnel de la santé, selon les indicateurs du statut de la femme, EDS-IV Sénégal 2005					
Indicateurs du statut de la femme	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par médecin/ infirmière/ sage femme	Pourcentage examiné au cours des 2 jours ayant suivi l'accouchement	Effectif des femmes	Pourcentage assisté à l'accouchement par un médecin/ infirmière/ sage femme	Effectif ¹
Nombre de décisions prises par la femme²					
0	86,0	72,3	1 683	50,7	2 441
1-2	87,3	72,8	3 795	49,3	5 916
3-4	90,6	80,0	898	60,8	1 365
5	87,5	77,6	551	60,0	808
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari					
0	87,3	78,2	303	63,8	448
1-2	87,6	70,9	2 207	49,0	3 413
3-4	87,3	75,2	4 417	52,7	6 668
Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme					
0	92,1	79,0	2 213	63,0	3 251
1-2	88,8	75,1	1 299	55,8	1 958
3-4	84,3	72,8	2 170	46,5	3 364
5	83,0	66,1	1 244	39,0	1 956
Ensemble	87,4	74,0	6 927	51,9	10 530
¹ Inclut les mères qui ont accouché dans une formation sanitaire					
² Soit par elle-même ou conjointement avec d'autres					

Les trois indicateurs du statut de la femme qui figurent au tableau 8.9 sont les suivants : le nombre de décisions prises par la femme, le nombre de raisons pour lesquelles une femme pense qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari et le nombre de raisons pour lesquelles une femme pense qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme. Les résultats ne mettent pas en évidence de variation significative des proportions selon les deux premiers indicateurs du statut de la femme. Par contre, les résultats selon le troisième indicateur font apparaître des variations significatives sur les taux de couverture en soins prénatals, postnatals et sur l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié. On constate en effet, que c'est quand les femmes pensent qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'un homme batte sa femme que les proportions de femmes qui ont bénéficié d'un suivi prénatal et postnatal et d'une assistance à l'accouchement sont les plus élevées (respectivement, 92 %, 79 % et 63 %). À l'opposé, quand les femmes ont déclaré que pour cinq raisons, un tel comportement était acceptable, la proportion de celles qui ont accouché avec l'assistance de personnel de santé n'est que de 39 %.

8.2 VACCINATION DES ENFANTS

Au cours de l'enquête, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, les informations pouvant permettre une évaluation de la couverture vaccinale du Programme Élargi de Vaccinations (PEV) au Sénégal. Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la

rougeole et trois doses de vaccin contre la poliomyélite et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche) en injection. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la poliomyélite (polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an. Des données ont également été collectées sur la fièvre jaune.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère, quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. Le tableau 8.10 et le graphique 8.4 présentent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint l'âge où ils devraient être complètement vaccinés.

Les résultats du tableau 8.10 montrent qu'un enfant de 12-23 mois sur deux (50 %) a été complètement vacciné d'après les informations tirées du carnet de vaccination et 9 % selon les déclarations de leurs mères. Toutes sources de renseignements confondus, six enfants de 12-23 mois sur dix (59 %) ont reçu tous les vaccins mais seulement environ un enfant sur deux (48 %) avait reçu tous les vaccins avant l'âge de 12 mois.

Tableau 8.10 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés, quelque soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, EDS-IV Sénégal 2005

Source d'information	BCG	DTCoq			Polio ¹			Rougeole	Fièvre jaune	Tous vaccins ²	Aucune vaccination	Effectif d'enfants vivants	
		1	2	3	0	1	2						3
Vacciné à un moment avant l'enquête													
Carte de vaccination	66,3	68,5	65,9	61,3	41,2	69,2	66,5	61,4	53,4	53,9	49,7	0,2	1 428
Déclaration de la mère	25,4	24,7	22,7	17,0	9,7	24,7	20,1	11,5	20,1	19,2	9,0	3,7	612
Les deux sources	91,7	93,2	88,6	78,3	50,9	93,9	86,6	72,9	73,5	73,1	58,7	3,8	2 040
Vacciné avant l'âge de 12 mois ³	90,8	92,5	86,4	74,1	50,5	93,1	84,2	68,9	61,2	61,6	48,2	4,6	2 040

¹ Polio 0 est administré à la naissance.

² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio (non compris polio 0)

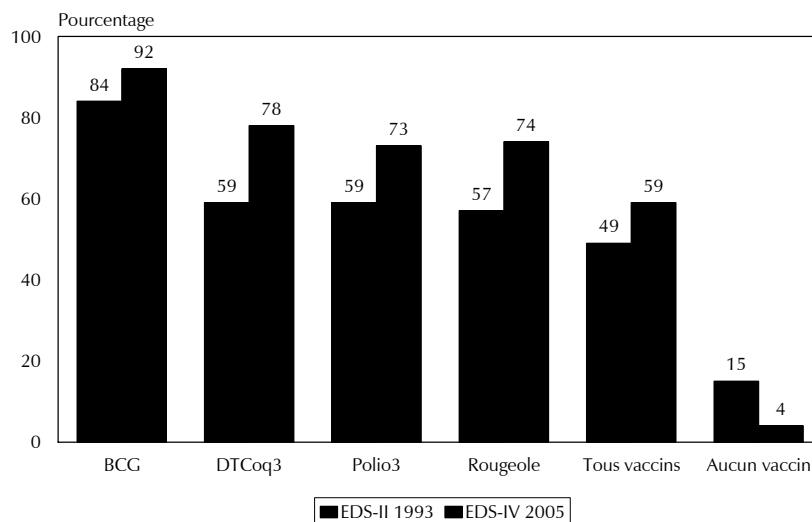
³ Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion d'enfants ayant reçu un vaccin durant leur première année, est la même que chez ceux ayant une carte de vaccination.

Environ, 66 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG d'après le carnet de vaccination et 25 % selon les déclarations de leurs mères. Au total donc, 92 % des enfants avaient reçu le BCG (donné en principe à la naissance) au moment de l'enquête et pratiquement tous (91 %) l'avaient reçu avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTCoq est également très importante (93 %), mais la couverture vaccinale diminue sensiblement avec le nombre de doses : de 89 % pour la deuxième dose, elle tombe à 78 % à la troisième dose. Le taux de déperdition¹ pour ce vaccin, assez faible entre les première et deuxième doses (5 %), augmente entre les deuxième et troisième doses (12 %) ; le taux de déperdition global entre les premières et troisièmes doses est de 16 %. Comme on pouvait le supposer, le taux de déperdition est plus élevé chez les enfants complètement vaccinés avant 12 mois (7 % entre le DTCoq 1 et le DTCoq 2 et 14 % entre le DTCoq 2 et le DTCoq 3) puisqu'ils ont encore des chances de recevoir les vaccins au-delà de cet âge.

¹ Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Le vaccin contre la poliomyélite étant administré en même temps que celui du DTCoq, on s'attend donc à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. La couverture vaccinale contre la poliomyélite est cependant légèrement plus faible (polio 0 : 51 %, polio 1 : 94 %, polio 2 : 87 % et polio 3 : 73 %) et connaît une déperdition plus importante entre les premières et troisièmes doses. La couverture contre la rougeole est la plus faible de toutes (74 % quel que soit l'âge et 61 % pour ceux vaccinés avant 12 mois).

Graphique 8.4 Vaccinations des enfants de 12-23 mois



On constate aussi que plus de sept enfants sur dix de 12-23 mois (73 %) ont été vaccinés contre la fièvre jaune et six enfants sur dix (62 %) ont reçu ce vaccin conformément au calendrier vaccinal, c'est-à-dire avant 12 mois.

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 48 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois, selon les deux sources d'information. Par contre, moins de 5 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

Le tableau 8.11 et le graphique 8.5 présentent la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne le sexe de l'enfant, on ne constate pratiquement aucun écart (58 % pour les enfants de sexe masculin contre 60 % pour ceux de sexe féminin). La couverture vaccinale est pratiquement identique parmi les enfants de rang un à cinq (59 et 61 %) et elle est plus faible (54 %) pour les rangs de naissance six et plus.

Tableau 8.11 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques

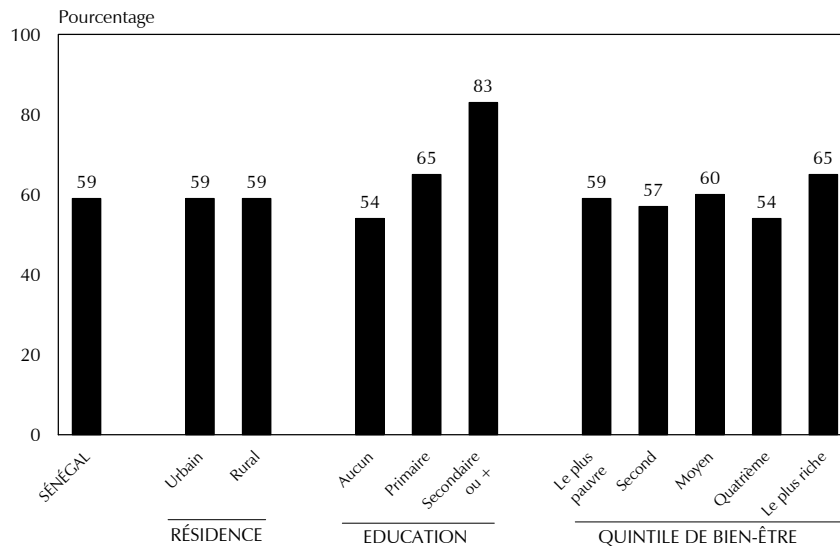
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Fièvre jaune	Tous vaccins ²	Aucune vaccination	Pourcentage avec carte de vaccination vue	Effectif d'enfants vivants
		1	2	3	0	1	2	3						
Sexe														
Masculin	92,6	92,9	88,3	77,8	49,4	93,6	85,7	72,5	73,2	72,7	58,1	3,5	69,7	1 072
Féminin	90,7	93,5	89,0	78,9	52,6	94,1	87,6	73,4	73,9	73,6	59,5	4,1	70,3	968
Rang de naissance														
1	92,5	95,6	91,7	80,8	57,9	95,5	87,9	72,4	78,3	77,5	59,7	2,0	70,5	470
2-3	91,5	93,2	88,9	78,7	49,6	92,5	86,7	73,8	75,0	75,1	61,0	4,5	72,6	667
4-5	92,1	93,1	88,2	80,0	49,5	94,8	87,3	76,4	69,3	67,1	58,9	3,4	69,4	440
6+	90,8	90,8	85,4	73,5	47,1	93,3	84,6	68,7	70,4	71,4	54,4	5,0	66,3	462
Milieu de résidence														
Urbain	92,0	94,8	90,2	79,6	60,6	94,9	87,1	73,0	77,4	75,0	58,8	2,4	68,8	779
Rural	91,5	92,2	87,6	77,5	44,9	93,2	86,3	72,9	71,1	71,9	58,7	4,7	70,7	1 261
Région														
Dakar	89,9	94,3	87,8	77,3	72,2	94,1	85,6	68,5	78,0	73,8	55,6	2,5	66,7	351
Diourbel	88,0	90,1	86,7	78,3	35,7	91,7	84,3	67,5	63,2	65,3	49,7	6,9	62,7	244
Fatick	92,2	92,6	89,5	79,1	59,9	94,4	87,7	73,2	75,3	75,6	62,2	3,6	75,6	117
Kaolack	91,4	94,5	87,4	76,7	59,2	96,0	87,0	74,5	69,1	72,4	56,2	2,7	74,3	264
Kolda	95,0	93,5	87,3	71,3	35,0	94,8	86,5	73,3	75,5	76,5	59,9	4,2	70,0	196
Louga	93,3	93,0	90,9	86,3	45,4	94,8	92,3	84,7	73,9	74,9	70,6	4,5	70,4	136
Matam	86,7	80,0	74,3	64,5	50,1	84,1	74,0	53,7	59,0	59,1	40,7	10,8	56,0	80
Saint-Louis	95,0	96,4	95,9	90,0	60,6	97,5	96,3	82,8	87,0	84,9	76,7	1,9	72,6	135
Tambacounda	89,5	85,7	81,7	67,3	21,0	87,9	79,6	66,6	64,5	62,3	54,7	9,5	62,2	137
Thiès	92,8	97,8	93,8	83,0	47,4	95,0	87,0	75,7	77,2	76,2	59,3	0,8	75,3	306
Ziguinchor	100,0	96,8	94,9	85,5	62,4	97,6	93,5	85,7	85,9	82,2	74,4	0,0	87,5	74
Niveau d'instruction														
Aucun	90,2	91,4	86,5	75,9	46,5	92,5	84,4	69,8	69,2	69,4	54,4	5,3	67,4	1 469
Primaire	94,6	97,1	92,1	80,9	57,7	97,4	90,9	78,3	81,2	81,9	65,4	0,1	76,8	426
Secondaire ou plus	97,7	100,0	99,3	95,1	75,5	97,8	96,3	88,2	94,8	84,6	82,9	0,0	75,8	146
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	92,2	91,8	84,8	72,4	41,8	93,2	83,8	70,5	71,0	71,1	58,9	5,0	71,0	434
Second	91,4	90,8	86,3	74,5	44,8	92,0	85,2	70,1	71,5	72,9	57,3	5,2	66,8	429
Moyen	90,5	92,4	88,8	81,6	50,3	93,4	86,2	74,4	71,2	70,3	59,5	4,4	70,8	445
Quatrième	91,1	94,5	91,9	80,1	54,8	96,4	89,9	73,5	74,8	73,6	54,4	1,7	69,5	410
Le plus riche	93,6	97,5	92,4	84,5	67,2	94,8	88,6	77,0	81,2	79,2	64,9	2,3	72,2	322
Ensemble	91,7	93,2	88,6	78,3	50,9	93,9	86,6	72,9	73,5	73,1	58,7	3,8	70,0	2 040

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

² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)

Graphique 8.5 Pourcentage d'enfants de 12 -23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques



EDS-IV 2005

Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins est identique en milieu urbain et en milieu rural (59 %). Par contre, les variations régionales sont très marquées. Deux régions sont particulièrement défavorisées : Matam (41 %) et Diourbel (50 %). À l'opposé, c'est dans les régions de Saint-Louis (77 %), Ziguinchor (74 %) et Louga (71 %) que l'on observe les proportions les plus élevées. Le niveau d'instruction des mères est assurément une variable discriminante pour la vaccination des enfants : la couverture vaccinale des enfants dont les mères ont reçu une instruction est bien meilleure (65 % pour le primaire et 83 % pour le secondaire ou plus) que celle des enfants dont les mères n'ont aucune instruction (54 %).

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ont été collectées pour les enfants de moins de cinq ans. Il a été ainsi possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. Au tableau 8.12 sont présentés les taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. On y trouve également les proportions d'enfants de chaque groupe d'âges pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice.

Pour l'ensemble des enfants de 12-59 mois, on constate que 88 % ont reçu le vaccin du BCG avant l'âge de 12 mois, 68 % la troisième dose de DTC0q et 61 % la troisième dose de polio. En outre, 60 % ont été vaccinés contre la rougeole et 59 % contre la fièvre jaune. Ce sont 42 % des enfants qui ont été vaccinés contre toutes les maladies du PEV avant l'âge de 12 mois. À l'opposé, 8 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Pour l'ensemble des enfants de 12-59 mois, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice dans 52 % des cas. La proportion d'enfants pour lesquels un carnet de vaccination a été montré diminue rapidement quand l'âge des enfants augmente : de 70 % pour les enfants âgés de 12-23 mois au moment de l'enquête, elle passe à 55 % pour ceux de 24-35 mois, puis tombe à 45 % à 36-47 mois et à 35 % à 48-59 mois.

Tableau 8.12 Vaccinations au cours de la première année

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans au moment de l'enquête ayant reçu certains vaccins déterminés avant l'âge de 12 mois, et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon l'âge actuel de l'enfant, EDS-IV Sénégal 2005

Âge actuel	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Fièvre jaune	Tous vaccins ²	Aucune vaccination	Pourcentage avec carte de vaccination vue	Effectif d'enfants vivants
		1	2	3	0	1	2	3						
12-23	90,8	92,5	86,4	74,1	50,5	93,1	84,2	68,9	61,2	61,6	48,2	4,6	70,0	2 040
24-35	88,1	88,0	82,6	70,2	46,0	88,9	79,2	62,7	63,9	62,3	45,0	7,1	54,5	1 863
36-47	86,0	84,5	77,3	63,3	41,7	85,9	76,4	57,0	55,6	54,2	37,3	9,9	45,3	1 826
48-59	83,2	80,7	72,9	57,9	36,9	81,3	69,8	49,9	51,7	47,2	31,4	14,0	35,3	1 663
Total	87,7	87,4	81,1	67,7	44,2	88,2	78,5	60,8	59,8	58,5	41,7	8,1	52,2	7 392

Note : L'information a été obtenue à partir du carnet de vaccination, ou s'il n'y a pas de carnet, elle provient de la déclaration de la mère. Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccins administrée durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

¹ Polio 0 est le vaccin le polio administré à la naissance.

² BCG, rougeole et les trois doses de DTCoq et de polio (le polio 0 exclus)

Par ailleurs, les taux de couverture vaccinale complète diminuent avec l'âge de l'enfant, passant de 48 % chez les enfants de 12-23 mois à 45 % chez ceux de 24-35 mois et à 31 % chez les enfants de 48-59 mois. Il se peut que ces variations proviennent, en partie, de problèmes de mémoire des enquêtées, celles-ci ne se souvenant plus très bien des vaccinations faites aux enfants les plus âgés. Cependant, ces tendances semblent traduire des progrès significatifs dans la couverture vaccinale des enfants au cours des dernières années.

8.3 MALADIES DES ENFANTS

8.3.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide, symptômes d'infections respiratoires aiguës (IRA). Par ailleurs, la fièvre peut être un symptôme important de nombreuses maladies. Au cours de l'EDS-IV, on a donc demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA et ayant eu de la fièvre, on a cherché à connaître le pourcentage de ceux qui avaient été menés en consultation et l'endroit où cette consultation avait eu lieu ainsi que les traitements éventuels qui avaient été donnés.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate que plus d'un enfant sur dix (13 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide (tableau 8.13). C'est chez les enfants de moins de 12 mois (18 à 19 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. On ne note qu'une légère différence entre les pourcentages de garçons et de filles ayant souffert de toux (respectivement, 14 % et 12 %). En outre, la prévalence des IRA a été plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 16 % et 11 %). Les différences interrégionales sont particulièrement importantes ; Dakar (21 %), Kaolack (17 %), Louga (16 %) et Matam (15 %) sont celles qui connaissent les plus fortes prévalences d'IRA. À l'inverse, c'est dans les régions de Kolda (4 %) et de Ziguinchor (6 %) que les proportions d'enfants ayant eu des IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête sont les plus faibles. Cette prévalence élevée de la fièvre en milieu urbain et dans la région de Dakar se retrouve parmi les ménages des quintiles les plus riches (17 % et 15 % contre 10 % dans le plus pauvre), ces derniers résidant plus fréquemment dans les zones urbaines dont Dakar.

Tableau 8.13 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre

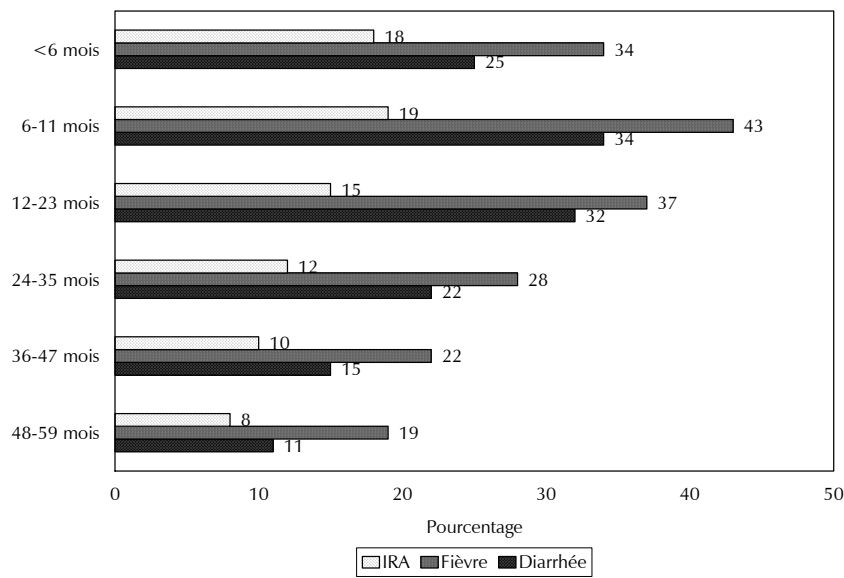
Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ; pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage de ceux ayant eu des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants avec les symptômes de l'IRA	Pourcentage d'enfants avec fièvre	Effectif d'enfants vivants	Pourcentage traités au centre de santé ou par agent de santé ¹	Effectif d'enfants qui ont eu des IRA ou de la fièvre
Âge des enfants en mois					
<6	18,2	33,8	1 296	47,4	524
6-11	19,0	43,0	1 022	45,6	481
12-23	14,7	37,2	2 040	39,9	854
24-35	12,3	28,3	1 863	39,8	597
36-47	9,9	22,4	1 826	34,9	486
48-59	8,3	19,1	1 663	34,6	362
Sexe					
Masculin	14,0	30,7	4 960	42,9	1,753
Féminin	12,3	28,8	4 749	38,0	1,551
Milieu de résidence					
Urbain	16,3	30,4	3 612	49,5	1,312
Rural	11,3	29,4	6 097	34,7	1,992
Région					
Dakar	21,0	34,7	1 791	50,6	748
Diourbel	9,2	23,2	1 151	32,3	316
Fatick	10,5	22,7	587	37,5	162
Kaolack	17,2	37,6	1 260	31,3	547
Kolda	3,6	26,5	851	43,9	230
Louga	15,9	28,6	654	34,0	203
Matam	15,1	30,4	416	37,9	139
Saint-Louis	14,4	35,2	626	42,6	232
Tambacounda	7,0	29,3	720	35,9	222
Thiès	12,2	26,3	1 323	43,1	421
Ziguinchor	5,8	23,1	329	54,5	83
Niveau d'instruction					
Aucun	11,7	29,8	6 911	35,4	2,301
Primaire	16,3	30,4	2 081	50,1	750
Secondaire ou plus	18,0	27,9	717	59,4	252
Mère fume					
Fume cigarettes/tabac	46,3	66,4	51	72,7	34
Ne fume pas cigarettes/tabac	13,0	29,6	9 640	40,2	3,267
Manquant	0,0	13,8	18	100,0	2
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	10,2	29,6	2 187	30,1	711
Second	11,3	31,2	2 111	33,7	724
Moyen	13,3	27,0	2 067	37,3	651
Quatrième	16,9	31,5	1 793	52,1	665
Le plus riche	15,4	29,8	1 551	53,2	553
Ensemble	13,2	29,8	9 709	40,6	3 304

¹ Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.
IRA = Infection Respiratoire Aigüe

En ce qui concerne la fièvre, les résultats montrent que 30 % des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La fréquence de la fièvre augmente, passant de 34 % chez les nourrissons de moins de six mois à 43 % chez ceux de 6-11 mois, âge à partir duquel la prévalence de la fièvre diminue régulièrement avec l'âge (graphique 8.6). La prévalence de la fièvre ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant (31 % chez les garçons et 29 % pour les filles) et le milieu de résidence (30 % en milieu urbain, contre 29 % en milieu rural). On peut distinguer deux groupes de régions : Dakar (35 %), Kaolack (38 %) et Saint-Louis (35 %) qui ont une prévalence de plus 35 % et les autres régions où les prévalences varient entre 23 % et 30 %. Enfin, on n'observe de tendances nettes dans la prévalence de la fièvre ni selon le niveau d'instruction de la mère, ni selon le niveau de bien-être économique.

Graphique 8.6 Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée selon l'âge



EDS-IV 2005

Le tableau 8.13 montre enfin, que parmi les enfants qui ont eu des symptômes d'infections respiratoires aiguës et/ou de la fièvre, 41 % seulement ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil. On relève que les mères sont relativement plus promptes à chercher un traitement pour les enfants de moins de 12 mois que pour les autres (46 à 47 % ont bénéficié d'un traitement) ; par contre cette vigilance s'estompe progressivement au fur et à mesure que l'enfant grandit : les pourcentages passent de 47 % à 6-11 mois, à 40 % à 12-23 mois et tombent à 35 % à 48-59 mois. Les enfants du milieu urbain, ceux résidant dans les régions de Dakar et Ziguinchor, ceux dont la mère est instruite et ceux vivant dans un ménage appartenant aux deux quintiles les plus riches ont plus fréquemment que les autres reçu des soins appropriés à leur état.

Traitement de la fièvre

La fièvre pouvant être un des principaux symptômes de nombreuses maladies, comme le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès infantiles en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

Le tableau 8.14 présente le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, par type de médicaments antipaludéens utilisés pour le traitement et selon le milieu de résidence. Il ressort de ce tableau que seulement 17 % des enfants ont été soignés à l'aide de la chloroquine/nivaquine et 1 % ont reçu du Fansidar. Le recours à la chloroquine est beaucoup plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (23 % contre 13 %). En outre, les résultats montrent que parmi les enfants qui ont eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, 29 % n'ont reçu aucun médicament antipaludéen ; ce phénomène est plus répandu dans les villes que dans les campagnes (37 % contre 24 %).

Tableau 8.14 Médicaments donnés pour traiter la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par résidence, selon le type de médicaments donnés, EDS-IV Sénégal 2005

Type de médicament	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Fansidar	1,6	0,4	0,9
Chloroquine/Nivaquine	22,5	13,3	16,8
Aucun antipaludéen	37,4	23,6	28,8
Ne sait pas/ND	5,6	5,2	5,3
Aucun remède	22,0	38,8	32,4
Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre	1 097	1 794	2 891

8.3.2 Prévalence de la diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. Pour lutter contre les effets de la déshydratation, l'OMS recommande la généralisation du Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDS-IV, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient le SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient eu recours au Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO).

De l'examen des données du tableau 8.15 et du graphique 8.7 il ressort qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (22 %) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement forte chez les jeunes enfants de 6-23 mois (32 à 34 %) (graphique 8.6). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent également aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

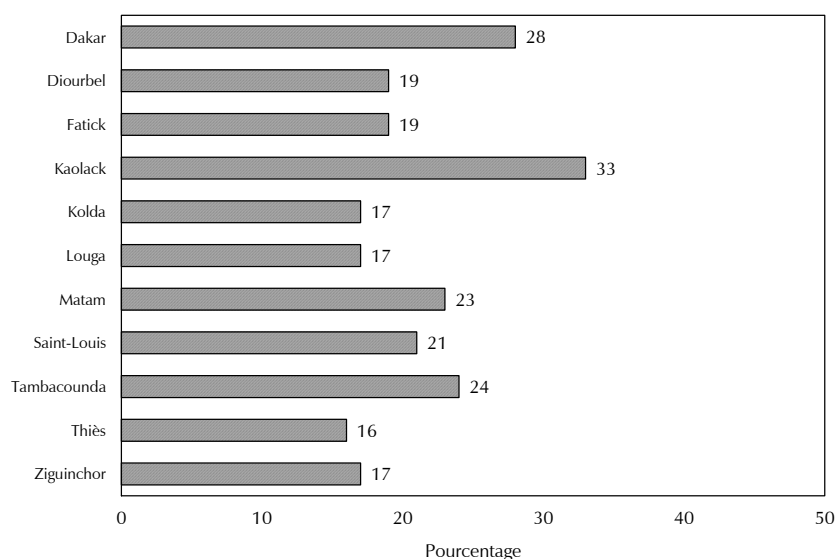
On constate des variations importantes selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats selon le sexe de l'enfant n'en font pas apparaître. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est très proche de celle des filles (24 % contre 21 %). De même, le milieu de résidence ne semble pas influencer la prévalence de la diarrhée, les proportions variant de 22 % en urbain et 21 % en rural. Par contre, les disparités inter régionales sont très importantes : aux deux extrêmes, on trouve les régions de Kolda, Louga, Thiès et Ziguinchor avec une prévalence d'environ 17 % et les régions de Dakar et de Kaolack avec des prévalences de respectivement 28 % et 33 % (graphique 8.7).

Tableau 8.15 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Diarrhée des deux semaines avant l'enquête	Effectif des enfants
Âge des enfants en mois		
<6	25,1	1 296
6-11	34,2	1 022
12-23	31,6	2 040
24-35	21,6	1 863
36-47	14,9	1 826
48-59	10,5	1 663
Sexe		
Masculin	24,0	4 960
Féminin	20,6	4 749
Milieu de résidence		
Urbain	22,2	3 612
Rural	22,4	6 097
Région		
Dakar	27,9	1 791
Diourbel	19,1	1 151
Fatick	18,6	587
Kaolack	33,2	1 260
Kolda	16,5	851
Louga	17,3	654
Matam	22,7	416
Saint-Louis	21,2	626
Tambacounda	23,6	720
Thiès	16,3	1 323
Ziguinchor	16,8	329
Niveau d'instruction de la mère		
Aucun	22,3	6 911
Primaire	23,8	2 081
Secondaire ou plus	18,3	717
Nécessaires disponibles pour se laver les mains dans le ménage		
Eau/robinet	22,0	6 439
Savon, cendre ou autres détergents		
Bassine	19,7	4 423
Tous les trois éléments		
Aucun	21,9	6 180
Tous les trois nécessaires à laver	19,3	3 422
None	22,7	2 224
Source d'eau potable		
Robinet	22,0	5 619
Puits protégé	23,8	767
Puits non protégé	22,2	3 001
Marigot	31,1	107
Autre/manquant	22,8	216
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	23,9	2 187
Second	23,2	2 111
Moyen	21,1	2 067
Quatrième	20,1	1 793
Le plus riche	23,2	1 551
Ensemble	22,3	9 709

Graphique 8.7 Prévalence de la diarrhée par région



EDS-IV 2005

En ce qui concerne le niveau d’instruction des femmes, on constate que les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont une prévalence de la diarrhée moins élevée que les autres (18 % contre 22 % chez ceux dont la mère n’a aucune instruction et 24 % chez ceux dont la mère a un niveau primaire). Par ailleurs, la disponibilité dans le ménage des produits nécessaires pour se laver les mains ou le type d’approvisionnement en eau potable ne semble pas affecter de manière sensible la prévalence de la diarrhée. On ne constate pas non plus d’écarts significativement importants de la prévalence en fonction de l’indice de bien-être du ménage.

Connaissance des sachets de SRO

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années ayant précédé l’enquête, 66 % ont déclaré connaître le Sel de Réhydratation par voie orale ou SRO (tableau 8.16), ce qui est élevé. Le niveau de connaissance des sachets de SRO est assez variable selon les caractéristiques sociodémographiques des mères. Il est relativement plus faible en milieu rural qu’en milieu urbain (64 % contre 69 %). C’est dans les régions de Ziguinchor (79 %), Louga (73 %), Kolda (73 %) et Thiès (71 %) que le niveau de connaissance est le plus élevé. Par ailleurs, les femmes instruites, quelque que soit le niveau, ont un meilleur niveau de connaissance que celles qui ne le sont pas : 73 % contre 62 % chez les femmes sans instruction. Selon l’indice de bien-être des ménages, on constate que la connaissance des SRO par les femmes passe de 60 % dans les ménages les plus pauvres à 72 % chez les plus riches.

Tableau 8.16 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Nombre des mères
Groupe d'âges		
15-19	41,4	541
20-24	56,4	1 495
25-29	65,6	1 671
30-34	73,5	1 434
35-49	73,9	1 787
Milieu de résidence		
Urbain	68,6	2 689
Rural	63,5	4 240
Région		
Dakar	66,8	1 365
Diourbel	61,0	812
Fatick	58,0	386
Kaolack	61,9	861
Kolda	72,9	640
Louga	72,7	453
Matam	57,6	286
Saint-Louis	65,3	446
Tambacounda	53,8	498
Thiès	70,5	937
Ziguinchor	79,3	246
Niveau d'instruction		
Aucun	62,3	4 859
Primaire	73,1	1 508
Secondaire ou plus	72,8	561
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	60,4	1 492
Second	60,8	1 476
Moyen	66,2	1 459
Quatrième	70,0	1 330
Le plus riche	71,9	1 171
Ensemble	65,5	6 928

SRO = Sels de Réhydratation Orale

Traitement de la diarrhée

Le tableau 8.17 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, seulement 20 % ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie. Les enfants de 12-23 mois ont été les plus nombreux à bénéficier de soins dans une formation sanitaire (25 %) ; ceux de moins de 6 mois ont été à l'inverse les moins nombreux (16 %). De même, les enfants urbains ont été plus fréquemment soignés que ceux du milieu rural (22 % contre 19 %). En fonction des régions, on constate que dans celles de Ziguinchor, Louga et Matam, environ 30 % des

enfants malades ont reçu des soins ; par contre, dans celles de Diourbel, Thiès et Kaolack les proportions ne dépassent pas 15 %. Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère font apparaître des écarts : en effet, la proportion d'enfants dont la mère n'a pas d'instruction et qui ont reçu des soins au cours de leur épisode diarrhéique est deux fois moins élevée que celle des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus (18 % contre 38 %).

Alors que 66 % des femmes qui ont eu une naissance dans les cinq ans ayant précédé l'enquête ont déclaré connaître le SRO, on constate que seulement 15 % des enfants qui ont souffert de diarrhée ont bénéficié de ce type de réhydratation ; dans seulement 14 % des cas, on a eu recours à la solution salée et sucrée préparée à la maison ; dans l'ensemble 27 % des enfants ayant souffert de diarrhée ont bénéficié d'une TRO (sachet de SRO, solution d'eau salée et sucrée ou les deux). Cependant près de quatre enfants sur dix (39 %) ont vu leur quantité de liquides augmenter. De façon globale, dans plus de la moitié des cas (53 %), les enfants malades ont été traités soit avec un SRO, ou une solution maison ou ils ont eu des quantités de liquides supplémentaires. En dehors de la TRO, pour plusieurs enfants ayant eu un épisode de diarrhée au cours des deux dernières semaines, les parents ont eu recours à d'autres remèdes. Parmi ceux-ci, les gélules ou sirops (25 %) et des remèdes divers administrés à domicile (23 %) ont été les plus utilisés. Les perfusions et injections ont été très rarement utilisées (moins de 1 %). Enfin, malgré les risques que peuvent entraîner les maladies diarrhéiques, il faut noter qu'un nombre élevé d'enfants n'ont bénéficié d'aucun traitement lors de leur maladie (28 %).

Les différences socioéconomiques dans la prise en charge de la diarrhée sont quelques fois importantes. Les enfants du milieu urbain sont plus nombreux à avoir été conduits dans une formation sanitaire et à avoir bénéficié d'une TRO. Cependant, le pourcentage d'enfants ayant été soignés à l'aide de SRO ou d'une solution maison ou ayant reçu plus de liquides qu'à l'accoutumée est à peine différent dans les villes et dans les campagnes (respectivement, 54 et 52 %). Le recours aux gélules et aux sirops a été plus fréquent dans les zones urbaines (29 % contre 22 % en zone rurale).

Des comportements assez différenciés sont observés d'une région administrative à une autre. Les régions de Ziguinchor (32 %), Louga et Matam (29 % dans les deux cas) sont celles où les enfants sont le plus fréquemment conduits dans une structure de santé ; à l'inverse, c'est dans les régions de Diourbel (11 %), Thiès (13 %) et Kaolack (15 %) que cette proportion est la plus faible. La TRO a été plus fréquemment utilisée dans les régions de Ziguinchor (41 %), Dakar (36 %) et Matam (34 %). Notons enfin, qu'à l'exception des régions de Diourbel (9 %), Saint-Louis (9 %), Tambacounda (9 %), Thiès (10 %) et Fatick (11 %), l'utilisation de l'eau sucrée et salée (solution maison) dépasse 15 %.

L'examen des résultats selon le niveau d'instruction montre que des écarts importants ne sont observés que pour la conduite de l'enfant malade dans une formation sanitaire et le recours aux gélules ou sirops. Les écarts entre les femmes instruites et les non instruites sont faibles en ce qui concerne l'utilisation de l'eau sucrée et salée, de la TRO de façon générale, et de l'augmentation de l'apport en liquides divers. Enfin, les catégories les plus aisées (4^{ème} et 5^{ème} quintiles) sont relativement plus nombreuses à conduire leurs enfants dans une formation sanitaire ou à recourir au SRO. Par contre, il est important de noter que l'augmentation en apport en liquides (TRO comprise) et le recours aux gélules ou aux sirops ne varient pratiquement pas avec le niveau de bien-être.

Tableau 8.17 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage conduits à un centre de santé ¹	Thérapie de réhydratation orale (TRO)					Autres traitements					Aucun traitement	Effectif des enfants
		Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Augmentation de l'apport en liquides	SRO, solution maison, ou augmentation des liquides	Gélules ou sirop	Injection	Perfusion	Remède maison/ autre	ND		
Âge des enfants en mois													
<6	16,2	10,7	9,3	17,5	17,4	29,2	19,0	0,2	0,3	10,4	0,0	51,6	325
6-11	18,9	14,0	10,1	23,9	34,3	47,6	22,3	0,2	1,1	20,2	0,4	32,1	350
12-23	25,2	18,6	15,3	30,4	46,4	58,4	27,3	0,5	0,4	25,7	0,0	21,2	645
24-35	18,4	13,8	17,1	28,5	47,5	62,2	28,7	0,5	0,8	23,5	0,6	22,0	402
36-47	17,0	13,9	16,4	28,8	40,4	57,6	21,4	0,8	0,1	26,0	0,0	24,0	272
48-59	20,9	15,7	13,3	28,1	39,0	53,4	25,7	0,6	1,2	30,1	0,0	21,0	175
Sexe													
Masculin	20,3	15,7	13,8	27,3	42,3	55,5	23,8	0,3	0,7	23,7	0,1	26,1	1 191
Féminin	20,1	14,1	13,8	25,8	34,9	48,8	25,7	0,7	0,5	21,1	0,3	30,3	977
Milieu de résidence													
Urbain	22,3	19,5	16,8	33,3	38,0	54,0	28,6	0,3	0,5	18,2	0,2	29,9	801
Rural	18,9	12,3	12,1	22,8	39,5	51,6	22,3	0,5	0,7	25,1	0,2	26,9	1 367
Région													
Dakar	24,1	21,2	18,9	36,4	36,4	56,1	31,0	0,5	0,0	17,8	0,0	27,6	500
Diourbel	10,5	9,7	8,8	17,9	40,4	50,5	19,8	0,2	1,8	24,6	0,0	29,3	219
Fatick	16,9	17,8	10,5	26,7	42,4	57,3	16,8	0,7	1,6	22,2	0,0	23,1	109
Kaolack	14,8	12,3	14,8	24,0	48,3	60,7	25,9	0,8	0,2	27,7	0,5	21,7	418
Kolda	24,4	10,2	15,3	24,1	39,9	51,5	24,4	0,0	0,0	25,0	0,0	26,2	140
Louga	29,3	13,7	14,6	27,9	34,9	43,2	25,9	0,0	0,0	20,6	0,0	32,0	113
Matam	28,9	22,2	15,0	34,2	33,8	55,0	20,9	0,5	0,0	17,4	0,0	28,9	94
Saint-Louis	23,4	13,0	8,7	21,0	34,6	41,9	21,2	0,0	1,2	17,7	0,0	37,4	133
Tambacounda	24,7	10,0	9,0	18,5	33,0	43,6	26,9	0,3	0,5	21,9	0,0	25,9	170
Thiès	13,3	13,9	10,0	22,1	32,2	41,6	18,8	0,5	2,0	23,7	0,7	39,5	216
Ziguinchor	31,7	21,0	23,0	41,3	47,5	67,4	20,8	1,0	0,0	33,7	0,0	17,0	55
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	17,7	12,6	12,9	24,0	37,9	50,8	21,9	0,6	0,6	23,2	0,1	29,2	1 543
Primaire	23,2	19,9	16,5	33,2	40,9	56,9	29,4	0,0	0,8	23,0	0,3	24,4	495
Secondaire ou plus	38,0	23,9	14,9	33,3	43,3	55,6	39,5	0,0	0,0	13,1	0,9	27,3	131
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	18,2	10,8	11,6	21,1	40,1	50,9	24,0	0,6	0,4	25,2	0,2	24,1	524
Second	17,1	10,5	13,9	22,2	39,1	50,6	22,5	0,7	0,5	27,4	0,0	28,5	489
Moyen	17,7	13,9	12,3	25,3	38,8	51,0	21,5	0,2	1,2	20,6	0,0	31,6	436
Quatrième	27,2	19,9	23,6	39,6	37,1	59,1	20,8	0,1	0,0	20,4	0,3	28,4	360
Le plus riche	23,2	23,5	9,3	29,6	39,0	52,3	36,1	0,6	1,0	16,5	0,4	28,2	360
Ensemble	20,2	15,0	13,8	26,7	38,9	52,5	24,6	0,5	0,6	22,5	0,2	28,0	2 168

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO), les Solutions Maison Recommandées (SMR) ou l'augmentation de la quantité de liquides.

¹ Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

Alimentation pendant la diarrhée

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Au tableau 8.18, on constate que 39 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude, 43 % en ont reçu la même quantité et, en revanche, 14 % en ont reçu moins ou beaucoup moins. En ce qui concerne la nourriture, on relève que dans seulement 5 % des cas, les rations alimentaires ont été augmentées, dans près de la moitié des cas (49 %), elles n'ont pas changé et pour 27 % des enfants, elles ont été un peu diminuées. Signalons par ailleurs que dans 7 % des cas, l'alimentation a été très réduite, et même arrêtée dans près de 4 % des cas. Ces résultats montrent donc que la majorité des femmes ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques.

8.3.3 Produits nettoyants pour se laver les mains

Au cours de l'enquête, on a demandé où les membres du ménage se lavaient habituellement les mains et on a observé si certains produits nécessaires pour se laver les mains étaient disponibles à l'endroit indiqué. Selon les résultats présentés au tableau 8.19, 67 % des ménages disposent d'un accès à l'eau de robinet, près d'un ménage sur deux (49 %) disposent de produits nettoyants (savon, cendres ou tout autre produit similaire) et dans 59 % des cas, le ménage dispose d'une cuvette ou d'une bassine pour se laver les mains. Plus d'un ménage sur trois (35 %) disposent du nécessaire de nettoyage ; par contre, dans 23 % des cas, on n'a constaté dans le ménage la présence d'aucun de ces trois éléments nécessaires au lavage correct des mains.

Ces pourcentages varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Il apparaît que c'est dans les villes que les conditions d'hygiène pour les mains sont les meilleures : 76 % des ménages y disposent de l'eau/robinet contre 59 % en rural. Deux régions semblent particulièrement défavorisées sur ce plan : il s'agit de Kolda et Ziguinchor. La présence de produits nettoyants a été plus fréquemment constatée dans les régions de Dakar (62 % des ménages), Diourbel (60 %), Louga (57 %), Thiès (56 %) et Saint-Louis (56 %). Ces résultats sont cependant à mettre en relation avec l'épidémie de choléra qui prévalait à l'époque au Sénégal, les zones Centre Est, Sud, Sud-Est étant les moins affectées. Cette coïncidence avec l'épidémie de choléra peut expliquer aussi pourquoi on a observé de fortes proportions de ménages ruraux qui observaient certaines règles d'hygiène. Enfin, les ménages disposant d'eau à la maison sont aussi ceux qui ont les niveaux de bien-être les plus élevés et ce sont eux également qui se caractérisent par les meilleures conditions d'hygiène pour le lavage des mains.

Tableau 8.18 Alimentation pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon les quantités de liquides et d'aliments données comparées aux rations habituelles, EDS-IV Sénégal 2005

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquide donnée	
Comme d'habitude	42,6
Plus que d'habitude	38,9
Un peu moins	9,7
Beaucoup moins	4,0
Rien	3,9
NSP/ND	0,9
Total	100,0
Quantité de nourriture donnée	
Comme d'habitude	48,8
Plus que d'habitude	5,2
Un peu moins	26,6
Beaucoup moins	6,8
Rien	3,5
Ne mange pas encore	8,8
NSP/ND	0,3
Total	100,0
Effectif d'enfants	2 168

Tableau 8.19 Ménages disposant du nécessaire pour se laver les mains

Pourcentage de ménages qui possèdent le nécessaire pour se laver les mains dans le logement/cour/jardin, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Eau/ robinet	Savon, cendre, autre détergent	Bassine	Tous les trois nécessaires pour se laver les mains	Aucun nécessaire pour se laver les mains	Effectif des ménages
Milieu de résidence						
Urbain	76,1	62,7	56,0	41,9	16,8	3 590
Rural	59,3	35,4	61,7	28,4	28,2	3 822
Région						
Dakar	77,2	62,2	47,8	36,9	16,4	2 111
Diourbel	76,9	60,2	72,2	54,2	19,4	727
Fatick	76,6	37,5	71,0	33,6	14,5	427
Kaolack	61,9	31,2	61,7	25,0	27,1	750
Kolda	29,1	23,8	59,5	8,6	34,1	560
Louga	67,7	57,3	62,7	49,3	27,9	411
Matam	59,4	35,3	41,1	25,6	33,3	239
Saint-Louis	71,9	55,8	51,0	41,1	25,8	480
Tambacounda	59,0	29,8	78,0	20,2	15,5	417
Thiès	76,2	56,4	67,5	46,8	20,7	963
Ziguinchor	33,1	22,2	49,3	13,3	46,7	327
Source d'eau potable						
Robinet	77,4	59,0	57,2	42,9	18,3	4 742
Puits protégé	53,1	38,0	65,7	29,2	26,2	469
Puits non protégé	46,7	25,2	60,8	16,0	32,2	1 936
Marigot	64,6	35,4	58,3	29,8	29,2	72
Autre/manquant	66,1	60,0	67,2	46,6	22,5	193
Temps pour se rendre à la source d'eau						
A la maison	76,5	62,1	56,3	43,3	17,8	3 811
<2 minutes	19,3	0,0	12,2	0,0	80,7	8
2 à 5 minutes	73,4	37,2	72,5	28,6	14,3	122
5 à 9 minutes	64,6	44,4	64,3	32,8	22,6	592
10+ minutes	55,8	32,4	61,0	24,8	29,2	2 850
Manquant	65,9	31,2	47,0	20,1	31,0	29
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	51,7	21,9	60,6	16,2	31,4	1 260
Second	55,9	32,3	62,5	23,7	27,9	1 444
Moyen	65,9	47,6	62,7	38,7	24,6	1 559
Quatrième	74,9	60,5	54,7	43,3	19,3	1 656
Le plus riche	85,1	75,1	55,0	48,5	11,8	1 494
Ensemble	67,4	48,7	59,0	34,9	22,6	7 412

Le tableau 8.20 présente la répartition des mères d'enfants les plus jeunes âgés de moins de cinq ans en fonction des moyens d'évacuation des selles des enfants par caractéristiques sociodémographiques. Tout d'abord, on constate que dans 41 % des cas, les mères ont déclaré qu'elles jetaient les excréments dans les toilettes ou les latrines. Cette proportion est plus élevée en urbain qu'en rural (53 % contre 34 %), parmi les femmes instruites que parmi celles sans instruction (50 % contre 38 %) ; de même, les résultats montrent que c'est dans les ménages du quintile le plus pauvre qui disposent le moins fréquemment de toilettes/latrines que cette proportion est la plus faible (20 % contre plus de 50 % dans les ménages des deux quintiles les plus riches). En outre, dans 15 % des cas, les mères ont déclaré que pour se débarrasser des selles des enfants, elles les lavaient à l'eau. Les résultats du tableau montrent enfin que 18 % des mères ont déclaré utiliser des couches lavables.

Tableau 8.20 Évacuation des selles des enfants

Répartition des mères dont le plus jeune enfant de moins de cinq ans vit avec elle en fonction d'évacuation des selles selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Selles des jeunes enfants débarrassées :			Selles des jeunes enfants non débarrassées :				Utilisation des couches:				Effectif des mères	
	Enfant utilise toujours toilettes/latrines	Jette dans les toilettes/latrines	Enterre dans la cour	Jette dans la cour	Jette en dehors de la cour	Lave avec l'eau pour s'en débarrasser	Non jeté	Utilisation des couches:					
								Jetables	Lavables	Autre	Manquant		
Milieu de résidence													
Urbain	9,2	52,9	0,1	1,6	1,2	13,1	0,0	2,0	18,6	0,3	0,9	100,0	2 507
Rural	2,9	33,9	0,4	15,3	12,5	15,8	0,0	0,3	18,1	0,2	0,5	100,0	4 012
Région													
Dakar	13,9	51,6	0,0	1,3	0,0	9,8	0,0	3,3	17,9	0,7	1,5	100,0	1 252
Diourbel	3,9	35,7	0,3	11,1	6,4	20,6	0,0	0,5	21,4	0,0	0,1	100,0	765
Fatick	1,2	16,1	0,4	22,8	13,6	23,0	0,0	0,2	22,5	0,0	0,1	100,0	373
Kaolack	1,6	34,0	0,2	13,3	14,0	14,0	0,1	0,3	21,1	0,3	1,1	100,0	805
Kolda	7,2	41,2	0,0	19,0	9,8	5,1	0,0	0,2	16,6	0,7	0,2	100,0	595
Louga	0,8	45,5	0,7	8,5	11,1	14,7	0,0	0,0	18,3	0,2	0,3	100,0	435
Matam	3,9	41,1	1,8	9,6	10,6	14,7	0,0	0,3	17,2	0,0	0,9	100,0	277
Saint-Louis	1,3	50,8	0,7	4,7	5,2	20,9	0,2	0,1	15,9	0,0	0,2	100,0	427
Tambacounda	2,3	39,4	0,3	18,0	15,0	10,7	0,0	0,7	13,1	0,0	0,4	100,0	473
Thiès	4,3	39,6	0,0	6,0	8,7	21,2	0,0	0,7	19,4	0,0	0,0	100,0	898
Ziguinchor	7,0	53,6	0,7	11,6	5,9	9,0	0,0	0,3	10,3	0,0	1,6	100,0	220
Niveau d'instruction													
Aucun	4,5	37,6	0,3	12,7	10,4	15,2	0,0	0,4	18,1	0,2	0,4	100,0	4 577
Primaire	7,1	49,8	0,2	4,1	3,5	13,4	0,0	1,5	18,8	0,2	1,5	100,0	1 424
Secondaire ou plus	8,0	49,9	0,4	2,3	1,4	14,7	0,0	3,9	18,9	0,6	0,0	100,0	518
Genre de toilettes													
Pas de toilettes	0,7	7,7	0,7	27,8	25,8	17,9	0,1	0,1	18,5	0,4	0,3	100,0	1 541
Fosse latrine	5,9	52,7	0,3	8,6	5,3	10,7	0,0	0,3	15,5	0,2	0,6	100,0	2 146
Latrine améliorée	8,7	49,1	0,3	4,3	1,7	14,3	0,0	1,0	20,2	0,0	0,4	100,0	681
Toilette à chasse	7,1	51,2	0,0	0,5	0,4	16,6	0,0	2,3	20,6	0,3	1,0	100,0	2 113
Autre	0,0	63,8	0,0	5,7	6,5	15,5	0,0	0,0	8,5	0,0	0,0	100,0	7
Manquant	4,1	49,4	3,9	3,8	0,0	27,8	0,0	0,0	11,0	0,0	0,0	100,0	31
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	1,5	19,9	0,5	26,1	20,4	11,9	0,0	0,1	18,9	0,1	0,7	100,0	1 418
Second	3,2	36,0	0,5	13,9	12,4	16,1	0,1	0,2	16,8	0,4	0,3	100,0	1 397
Moyen	4,8	48,4	0,4	5,6	4,8	17,4	0,0	0,2	17,8	0,1	0,4	100,0	1 368
Quatrième	9,8	52,4	0,1	0,9	0,3	15,6	0,0	2,2	17,9	0,2	0,8	100,0	1 248
Le plus riche	8,7	53,7	0,0	0,2	0,1	12,6	0,1	2,5	20,6	0,6	1,0	100,0	1 088
Ensemble	5,4	41,2	0,3	10,0	8,2	14,8	0,0	0,9	18,3	0,2	0,6	100,0	6 519

8.4 PROBLÈMES PERÇUS POUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE LA FEMME

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires pour parvenir à changer favorablement la situation sanitaire dans le pays. Ainsi, au cours de l'enquête, on a cherché à connaître les types de problèmes auxquels ont été confrontées les femmes lorsqu'elles ont eu besoin de soins de santé.

Les résultats présentés au tableau 8.21 montrent que le premier problème qui a été cité comme un obstacle aux soins de santé des femmes est le manque d'argent (53 %). L'importance de ce problème augmente sensiblement avec l'âge et la parité. De plus, les femmes en union (56 %) ou en rupture d'union (62 %) ont déclaré plus fréquemment que les célibataires (45 %) avoir été confrontées à ce problème. Cette contrainte concerne également davantage les femmes du milieu rural (61 %) que celles du milieu urbain (45 %). De même, les femmes sans instruction (60 %) ont été plus souvent confrontées à ce problème que celles de niveau primaire (49 %) et de niveau secondaire ou plus (33 %). Les femmes des régions de Kolda (74 %), de Tambacounda (63 %), de Matam et Louga (62 % chacune) ont été proportionnellement les plus nombreuses à mentionner le manque d'argent comme obstacle à leur accès aux soins de santé. À l'inverse, dans les régions de Thiès et de Dakar, ces proportions sont plus faibles (respectivement, 43 % et 48 %).

Le manque d'argent n'est pas cependant le seul obstacle que les femmes ont eu à franchir pour accéder aux services de santé. Plus d'un tiers d'entre elles (36 %) ont mentionné la distance à parcourir pour atteindre le service de santé et une proportion égale (35 %) a cité des difficultés à obtenir un moyen de transport pour s'y rendre. Ces deux obstacles sont beaucoup plus fréquents en milieu rural et dans les régions de Kolda et de Tambacounda. Par ailleurs, les catégories les plus pauvres ont plus de difficultés à accéder aux services de santé en cas de maladie. Enfin, notons que la connaissance de l'endroit où on peut obtenir des soins et la permission d'aller consulter ne pose pas de problèmes aux femmes puisque seulement respectivement, 10 % et 7 % ont cité ces difficultés. Toutefois, globalement, 72 % des femmes ont mentionné, au moins, un obstacle spécifique pour accéder à des soins de santé.

Tableau 8.21 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir des problèmes pour accéder aux soins de santé quand elles sont malades par type de problème, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Problèmes liés à l'accès aux soins							N'importe lequel des problèmes spécifiés	Effectif des femmes
	Savoir où aller pour le traitement	Avoir la permission d'aller à un traitement	Avoir de l'argent pour le traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir aller seule	Soucis de ne pas avoir une femme pour fournir les services		
Âge									
15-19	12,3	11,2	50,5	36,1	33,6	31,5	29,5	74,1	3 556
20-29	9,2	6,2	48,9	34,7	34,0	18,3	20,9	68,7	5 223
30-39	9,9	4,6	55,2	36,3	36,7	13,3	17,2	71,0	3 566
40-49	10,9	4,3	65,3	39,2	39,2	12,6	14,8	76,5	2 258
Nombre d'enfants vivants									
0	11,0	8,9	45,5	31,4	30,1	27,2	26,7	68,9	5 376
1-2	8,6	5,8	51,9	35,4	34,5	15,7	18,8	68,8	3 711
3-4	9,6	5,2	57,0	38,9	38,3	15,0	17,6	73,1	2 613
5+	12,4	5,0	66,4	43,6	43,5	13,8	17,1	79,6	2 902
État matrimonial									
Célibataire	10,9	9,5	44,6	28,0	26,5	28,2	27,2	68,2	3 941
En union	10,3	5,8	56,2	40,0	39,3	16,3	19,2	73,1	9 866
Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)	9,2	4,7	61,6	28,6	30,4	14,5	15,8	73,6	795
Milieu de résidence									
Urbain	7,9	6,6	45,4	21,7	21,6	16,4	19,0	64,1	7 117
Rural	12,7	6,8	60,9	49,9	48,5	22,3	23,3	79,1	7 485
Région									
Dakar	11,3	10,0	47,9	23,8	24,7	18,8	21,3	69,1	3 866
Diourbel	9,8	4,1	49,6	32,2	29,2	19,1	29,4	70,9	1 548
Fatick	13,5	7,4	51,7	39,0	38,2	19,5	31,3	72,5	708
Kaolack	15,9	7,7	51,0	38,3	36,8	20,4	27,9	71,0	1 642
Kolda	11,0	11,6	73,8	63,6	61,3	30,3	18,9	85,6	1 047
Louga	3,3	2,3	61,6	50,7	50,2	14,3	12,8	77,0	915
Matam	8,9	5,3	62,4	48,9	49,7	14,3	14,8	78,2	543
Saint-Louis	3,6	1,4	59,9	30,1	32,1	8,2	8,6	69,4	947
Tambacounda	15,4	9,4	63,4	57,4	56,8	31,6	17,0	79,7	851
Thiès	9,7	2,4	43,2	27,8	25,2	16,9	22,7	63,2	1 974
Ziguinchor	4,3	6,4	58,9	42,1	40,1	23,5	12,2	76,3	562
Niveau d'instruction									
Aucun	12,5	7,3	60,3	43,4	42,9	20,6	22,6	77,4	8 699
Primaire	7,9	6,1	49,3	27,4	27,0	17,2	20,3	67,4	3 677
Secondaire ou plus	6,4	5,6	32,6	22,2	19,7	18,3	16,9	57,1	2 226
Emploi									
Sans emploi	9,4	7,3	50,2	34,1	33,3	19,2	22,0	70,2	7 983
Travail payé	9,8	5,1	54,9	31,9	31,8	16,8	19,2	71,3	5 192
Travail non payé	18,0	8,9	65,0	63,2	59,8	30,2	23,6	82,6	1 417
Manquant	23,3	0,0	61,4	58,5	58,5	0,0	34,0	61,4	11
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	17,8	9,8	71,3	67,6	64,9	29,3	26,0	87,9	2 433
Second	13,2	7,5	69,0	51,9	51,8	22,3	24,1	84,0	2 565
Moyen	8,1	4,5	56,9	33,4	32,8	16,4	18,5	73,8	2 839
Quatrième	8,3	6,8	47,4	23,3	23,1	18,1	20,4	67,4	3 154
Le plus riche	7,2	5,7	32,5	17,2	16,6	14,2	18,7	54,4	3 610
Ensemble	10,4	6,7	53,3	36,2	35,4	19,4	21,2	71,8	14 602

Mohamed Ayad et Salif Ndiaye

Le paludisme reste un problème de santé publique majeur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 40 % de la population mondiale, habitant essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, est exposée au paludisme. Cette maladie parasitaire tue chaque année 1,5 à 2,7 millions de personnes à travers le monde, dont un million d'enfants de moins de 5 ans. Environ neuf cas sur dix concernent l'Afrique subsaharienne.

Au Sénégal, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme représente 35 % des motifs de consultation, et demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Par exemple, les femmes enceintes courent quatre fois plus de risque de souffrir des complications du paludisme que les femmes non enceintes.

En plus des pertes en vies humaines, le paludisme affecte l'économie en réduisant le PNB et entrave la scolarité des enfants et le développement social. Il est ainsi considéré comme une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté.

Trois parasites sont responsables du paludisme chez l'homme : le *Plasmodium malariae*, le *Plasmodium ovale* et le *Plasmodium falciparum* ; ce dernier est l'espèce la plus courante et elle est responsable d'atteintes graves et parfois mortelles.

Compte tenu de l'ampleur de l'endémie, les Chefs d'Etat et de gouvernement lors du 33ème sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare, ont manifesté leur volonté de combattre avec beaucoup de détermination cette maladie. Le 24 avril 2000, ils ont ratifié la Déclaration du plan d'action d'Abuja (Nigeria) sur le Projet Faire Reculer le paludisme (*Roll Back Malaria*) en Afrique et se sont engagés à prendre des mesures appropriées et durables pour le renforcement des systèmes de santé afin qu'en 2005 :

- au moins 60 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, bénéficient de la combinaison la plus appropriée de mesures de prévention personnelles et collectives, telles que les moustiquaires imprégnées et autres interventions qui sont accessibles et abordables, pour prévenir l'infection et la souffrance ;
- au moins 60% de toutes les femmes enceintes à risque de paludisme, particulièrement les primigestes, aient accès à la chimioprophylaxie ou au traitement préventif intermittent ;
- au moins 60% des paludéens aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes.

Au Sénégal, le profil épidémiologique se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière et une létalité importante dans les formations sanitaires et dans les ménages. Face à cette situation, un plan stratégique national de lutte contre le paludisme a été élaboré et mis en œuvre depuis 2001 à tous les niveaux avec l'appui technique et financier des partenaires. Ce plan vise à améliorer les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en matière de suivi et évaluation et de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Le PNLP s'est fixé les objectifs suivants :

a. *Objectifs Généraux*

Réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans l'ensemble du pays.

b. *Objectifs Spécifiques*

1. Renforcer la capacité pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte antipaludique à tous les niveaux ;
2. Améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme comprenant la prise en charge communautaire utilisant le médicament disponible le plus efficace ;
3. Renforcer les mesures de prévention du paludisme, par :
 - la promotion de l'utilisation de mesures de protection personnelle parmi la population à risque (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) ; et,
 - l'utilisation des mesures de lutte antivectorielle accessibles et variables plus particulièrement l'aspersion intra domiciliaire d'insecticides (CAID) ;
4. Renforcer la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte par la prise en charge effective des cas, la prévention par le traitement préventif intermittent ;
5. Renforcer la lutte contre les épidémies de paludisme par la détection précoce et la réponse à temps aux épidémies ;
6. Promouvoir et mettre en œuvre des stratégies d'Information-Education-Communication (IEC) ;
7. Renforcer le système de monitoring et d'évaluation incluant la recherche opérationnelle ;
8. Développer et renforcer la coordination nationale et le partenariat.

Au Sénégal, les engagements pris dans la Déclaration du plan d'action d'Abuja (Nigeria) se traduisent dans l'atteinte des principaux résultats suivants :

- au moins 60 % pour 2005 et 80 % en 2009 des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée des mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et le souffrance ;
- au moins 60 % pour 2005 et 80 % en 2009 des femmes enceintes ont accès au traitement préventif intermittent, conformément aux recommandations du PNL¹ ;

¹ Selon les Directives Nationales, toute femme qui vient en consultation prénatale, doit bénéficier de 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse.

- au moins 60 % pour 2005 et 80 % en 2009 des cas probables ou confirmés de paludisme ont accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes conformément aux recommandations du PNLP².

La quatrième Enquête Démographique et de Santé a été donc une occasion pour collecter des données concernant l'utilisation des moyens de prévention contre cette maladie. Les résultats présentés dans ce chapitre portent sur l'accès des ménages aux moustiquaires, l'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, le traitement préventif intermittent du paludisme par les femmes enceintes, l'utilisation de la SP (sulfadoxine pyriméthimine ou Fansidar) pour le traitement préventif intermittent du paludisme, et la prévalence et le traitement de la fièvre ou des convulsions chez les enfants de moins de cinq ans.

9.1 ACCÈS AUX MOUSTIQUAIRES

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a défini les normes et standards des moustiquaires et des insecticides. La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides s'effectue par le biais de campagnes périodiques pour susciter la demande, avec l'aide de plusieurs partenaires.

9.1.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

Une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme est la protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Au cours de l'enquête, on a donc demandé à chaque ménage s'il possédait des moustiquaires utilisées pour dormir, le nombre de moustiquaires disponibles et depuis combien de temps il possédait ces moustiquaires. En outre, il a été aux ménages si les moustiquaires avaient été imprégnées d'insecticide et, si oui, combien de temps s'était écoulé depuis la dernière imprégnation.

Les résultats présentés au tableau 9.1 et au graphique 9.1, montrent qu'au Sénégal, près de quatre ménages sur dix (38 %) possède au moins une moustiquaire.³ La proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire est plus élevée en milieu rural (44 %) qu'en milieu urbain (32 %). Les variations inter régionales sont également fortes : les proportions les plus faibles sont observées à Dakar (23 %), Diourbel (24 %) et Thiès (28 %) et les plus fortes à Matam (72 %), Ziguinchor (68 %), Saint-Louis et Kolda (67 % chacune). Enfin la possession d'une moustiquaire est plus fréquente dans les ménages pauvres (40 à 45 % dans les trois premiers quintiles) que dans les ménages riches (30 à 32 % dans les deux derniers quintiles). On note cependant que beaucoup de ménages ne possèdent qu'une moustiquaire puisque seulement 24 % des ménages disposent de deux moustiquaires ou plus et, en moyenne, un ménage dispose de moins d'une moustiquaire (0,9). Dans seulement trois régions, à savoir Ziguinchor et Matam et Kolda, le nombre moyen de moustiquaires par ménage dépasse 2.

² Les ACT sont les nouveaux médicaments contre le paludisme qu'on va bientôt mettre en place dans les formations sanitaires et qui vont se substituer progressivement au SP-Amodiaquine.

³ La faible possession d'une moustiquaire pourrait être influencée par l'utilisation d'autres méthodes de prévention telles que l'insecticide, les grilles, les fumigènes, etc.

Tableau 9.1 Possession de moustiquaires

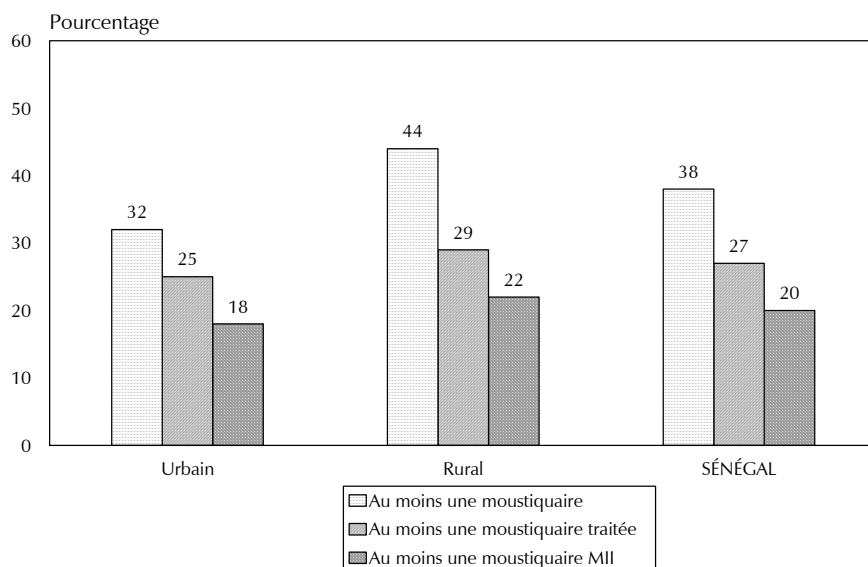
Pourcentage de ménages possédant au moins une et plus d'une moustiquaire (traitée ou non), au moins une et plus d'une moustiquaire qui a été imprégnée et au moins une et plus d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII), et nombre moyen de moustiquaires par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique démographique	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire qui a été imprégnée ¹	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire qui a été imprégnée ¹	Nombre moyen de moustiquaires imprégnées par ménage ¹	Pourcentage de ménages ayant au moins une MII ²	Pourcentage de ménages ayant plus d'une MII ²	Nombre moyen de MII par ménage ²	Effectif de ménages
Milieu de résidence										
Urbain	31,7	17,6	0,7	24,6	13,1	0,5	18,0	9,5	0,4	3 590
Rural	43,9	29,2	1,1	29,3	17,8	0,7	22,2	12,9	0,5	3 822
Région										
Dakar	23,2	9,9	0,4	17,7	7,8	0,3	13,1	6,3	0,2	2 111
Diourbel	23,6	10,6	0,4	17,7	7,7	0,3	14,2	5,4	0,2	727
Fatick	33,8	20,5	0,8	26,9	15,5	0,5	19,7	9,4	0,4	427
Kaolack	33,7	16,4	0,7	26,2	13,1	0,5	19,9	8,9	0,4	750
Kolda	66,7	51,1	2,0	46,5	33,2	1,3	35,5	23,6	0,9	560
Louga	35,8	22,1	0,8	28,8	17,6	0,6	18,9	10,6	0,4	411
Matam	72,2	58,6	2,3	43,6	36,1	1,4	39,0	31,8	1,2	239
Saint-Louis	66,9	54,1	1,9	39,5	28,3	1,0	31,0	21,6	0,8	480
Tambacounda	58,9	39,9	1,6	39,0	23,3	0,9	27,3	17,5	0,7	417
Thiès	28,2	14,3	0,6	25,6	12,8	0,5	18,1	8,6	0,3	963
Ziguinchor	67,9	52,8	2,0	33,4	20,5	0,8	23,0	13,6	0,5	327
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	40,0	27,7	1,1	26,5	16,7	0,6	20,5	12,6	0,5	1 260
Second	43,8	28,9	1,1	26,9	16,0	0,6	20,2	11,3	0,4	1 444
Moyen	45,2	30,3	1,1	31,0	19,5	0,7	23,0	13,9	0,5	1 559
Quatrième	31,9	15,8	0,7	25,8	11,8	0,5	18,7	8,5	0,4	1 656
Le plus riche	29,6	16,8	0,6	24,9	14,2	0,5	18,4	10,4	0,4	1 494
Ensemble	38,0	23,6	0,9	27,1	15,5	0,6	20,2	11,3	0,4	7 412

¹ Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite.

² Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est (1) une moustiquaire industrielle imprégnée à vie ou (2) une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois ou (3) une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois.

Graphique 9.1 Possession de moustiquaires par les ménages



Le tableau 9.1 présente également la proportion de ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire imprégnée, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide à un moment quelconque, et la proportion de ceux qui possèdent une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)⁴, c'est-à-dire soit une moustiquaire imprégnée à vie, soit une moustiquaire imprégnée obtenue il y a moins de 12 mois ou enfin une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois. Pour les moustiquaires imprégnées à un moment quelconque, les résultats indiquent que seulement 27 % des ménages ont déclaré en posséder au moins une et seulement 16 % en ont deux plus. Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire est légèrement plus élevée dans les campagnes (29 %) que dans les villes (25 %) et est peu variable selon le niveau de bien-être économique. Ici, les régions de Kolda (47%) et Matam (44 %) ont relativement plus d'accès aux moustiquaires imprégnées. En moyenne, un ménage dispose de 0,6 moustiquaire imprégnée.

La possession d'une MII par les ménages est relativement rare (20 %). C'est surtout dans les régions de Matam (39 %) et de Kolda (36 %) qu'on rencontre de telles moustiquaires qui finalement ne sont disponibles qu'en nombre très limité (dans l'ensemble, 0,4 par ménage en moyenne). Toutefois, à Matam, la région ayant eu le plus accès à ce type de moustiquaire, un ménage en dispose en moyenne de 1,2.

9.1.2 Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables

Aux ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, ainsi que pour deux groupes de population particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (tableaux 9.2 et 9.3).

Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de cinq ans

Le tableau 9.2 et le graphique 9.2 présentent la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, en fonction de la catégorie de moustiquaire et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate d'une manière générale, qu'un enfant de moins de cinq ans sur sept (14 %) a dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. La fréquence d'utilisation de la moustiquaire diminue légèrement au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente : de 16 % à moins de 12 mois, la proportion passe à 12 % à 48-59 mois. On ne relève aucune différence ni selon le sexe de l'enfant, ni selon le milieu de résidence. Par contre, les différences entre les régions sont importantes : Matam (42 %), Saint-Louis (39 %) et Ziguinchor (37 %) viennent en tête tandis que dans cinq régions (Diourbel, Dakar, Kaolack, Louga et Thiès), moins de 10 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Selon le niveau de vie du ménage, pour des raisons différentes, les proportions d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire les plus faibles sont observées dans les groupes les plus pauvres (8 %) et les plus riches (10 %). Dans la classe moyenne (22 % dans le quintile moyen), les enfants sont plus nombreux à bénéficier de cette commodité. Les pourcentages sont plus faibles quand il s'agit de moustiquaires traitées (dans l'ensemble, 10 % des enfants). La proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire MII est encore plus faible (7 %) ; ce type de moustiquaire concerne essentiellement les régions de Matam (25 % des enfants) et de Saint-Louis (19 %).

⁴ Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est soit une moustiquaire imprégnée à vie, soit une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois.

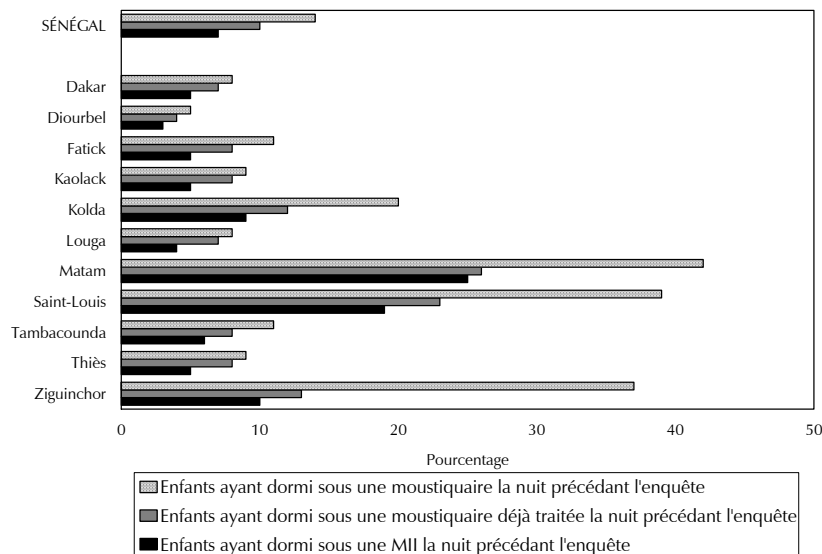
Tableau 9.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages qui ont dormi sous une moustiquaire (traitee ou non), sous une moustiquaire qui a été imprégnée, et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique démographique	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire déjà imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectif d'enfants de moins de 5 ans
Âge en mois				
< 12	16,2	11,3	8,8	2 388
12-23	13,9	9,6	6,8	2 121
24-35	13,6	9,9	7,0	1 999
36-47	13,1	9,0	6,4	2 041
48-59	12,0	8,3	6,1	1 903
Sexe				
Masculin	14,0	10,0	7,4	5 335
Féminin	13,8	9,3	6,8	5 117
Milieu de résidence				
Urbain	13,7	10,4	7,3	3 783
Rural	14,0	9,2	7,0	6 669
Région				
Dakar	8,2	7,4	4,9	1 811
Diourbel	4,6	3,7	2,9	1 251
Fatick	10,9	8,4	5,0	648
Kaolack	8,8	7,6	5,4	1 380
Kolda	20,2	12,4	8,7	940
Louga	7,6	6,9	4,1	701
Matam	41,5	27,9	24,8	452
Saint-Louis	39,1	23,3	18,6	698
Tambacounda	11,2	7,8	6,3	740
Thiès	8,6	7,6	5,1	1 455
Ziguinchor	37,2	13,1	9,7	376
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	7,6	5,2	3,7	2 422
Second	15,9	9,1	7,1	2 325
Moyen	21,7	14,2	11,0	2 176
Quatrième	13,7	11,6	8,3	1 906
Le plus riche	10,0	8,7	5,5	1 625
Ensemble ¹	13,9	9,7	7,1	10 453

¹ L'ensemble inclut un cas dont le sexe est non-déterminé.

Graphique 9.2 Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans



EDS-IV 2005

Utilisation de moustiquaires par les femmes enceintes

Le tableau 9.3 présente les mêmes résultats pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et pour les femmes enceintes pour chaque type de moustiquaire utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Globalement, 13 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Cette proportion est plus faible en milieu urbain (11 %) qu'en milieu rural (14 %) et elle est pratiquement invariable selon le niveau d'instruction. Par contre, comme pour les enfants, elle est la plus élevée dans les régions de Matam (41 %), Saint-Louis (36 %) et Ziguinchor (32 %) et la plus basse dans celles de Diourbel, Dakar, Kaolack, Louga et Thiès (moins de 10 % des femmes). Les différentiels selon le niveau de bien-être économique sont similaires ceux observés pour les enfants. Concernant la proportion de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée, elle est de 9 %, contre 7 % pour celles qui dormi sous une moustiquaire de type MII.

Les résultats concernant les femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire quel que soit le type (14 %), une moustiquaire traitée (10 %) et sous une moustiquaire de type MII (9 %) sont à peine différents de ceux de l'ensemble des femmes. Cependant, contrairement à l'ensemble des femmes, on remarque chez les femmes enceintes, l'utilisation des moustiquaires est légèrement moins fréquente en milieu rural (qu'en milieu urbain), chez les femmes non instruites et dans les ménages les plus pauvres. Ce résultat laisse supposer qu'au Sénégal, il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour amener les femmes enceintes, plus vulnérables à l'infection, à utiliser plus fréquemment des moustiquaires pour se protéger contre le paludisme.

Tableau 9.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes

Pourcentage de toutes les femmes et des femmes enceintes, (dans les ménages), âgées de 15-49 ans, qui ont dormi sous une moustiquaire, (traitée ou non), sous une moustiquaire qui a été imprégnée, et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Ensemble des femmes				Femmes enceintes			
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectif	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire traitée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectif
Milieu de résidence								
Urbain	11,1	8,2	6,2	7 447	14,8	11,4	9,9	423
Rural	14,2	9,3	7,2	7 825	14,1	9,8	7,8	792
Région								
Dakar	6,4	5,3	4,0	4 050	4,1	4,1	3,8	166
Diourbel	3,9	3,1	2,5	1 620	5,1	2,3	2,0	159
Fatick	11,0	8,5	5,5	740	15,6	10,4	6,2	58
Kaolack	9,2	8,0	6,0	1 720	12,5	11,3	9,1	175
Kolda	23,3	14,3	10,1	1 094	19,1	12,2	9,5	124
Louga	6,7	5,9	3,7	954	6,1	6,1	3,7	88
Matam	40,5	25,2	22,2	569	44,8	32,5	28,6	53
Saint-Louis	36,0	22,1	17,9	993	44,4	28,4	24,1	87
Tambacounda	14,1	9,7	8,4	889	5,2	4,5	4,1	105
Thiès	7,8	6,7	5,1	2 058	11,1	11,1	9,7	157
Ziguinchor	31,8	12,4	8,6	585	33,1	11,1	8,2	42
Niveau d'instruction								
Aucun	12,3	8,3	6,6	9 160	13,4	9,2	7,6	832
Primaire	13,5	9,8	7,3	4 041	17,0	12,9	10,5	275
Secondaire+	12,8	8,5	6,1	2 070	14,8	12,4	10,3	107
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	8,5	5,3	4,0	2 549	6,3	3,8	3,0	302
Second	15,8	8,9	7,1	2 679	15,4	9,9	7,7	283
Moyen	20,9	13,8	10,9	2 946	23,8	15,6	13,6	258
Quatrième	11,5	9,0	6,9	3 300	16,3	14,4	12,1	198
Le plus riche	7,9	6,8	4,8	3 798	10,4	10,1	7,9	174
Ensemble	12,7	8,8	6,7	15 272	14,4	10,4	8,5	1 215

9.2 TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Lors de l'EDS-IV, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années plusieurs questions pour savoir si elles avaient pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse et quel type d'antipaludéens elles avaient pris.

Au tableau 9.4 et au graphique 9.3, on relève que 83 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. On note des écarts importants selon le lieu de résidence : plus de neuf femmes urbaines sur dix (91 %) et pres huit rurales sur dix (79 %) ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de ce service dépasse 90 % dans les régions de Thiès (94 %) et de Dakar (91 %). Les régions les moins couvertes sont Matam (69 %) et

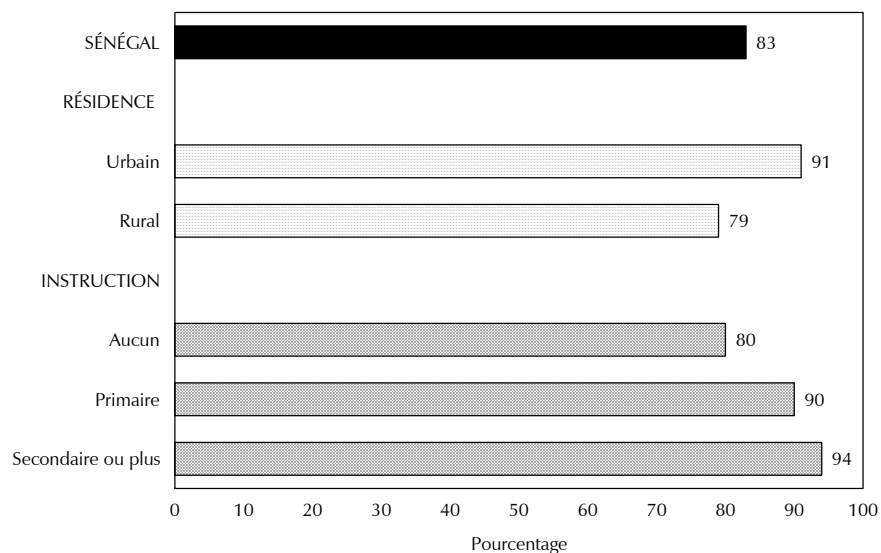
Tambacounda (70 %). Le pourcentage de femmes ayant pris des médicaments antipaludéens à titre préventif augmente des non instruites (80 %) à celles qui ont fréquenté l'école (90 % chez celles de niveau primaire et 94 % chez celles de niveau secondaire ou plus). Il croît aussi avec le niveau de bien-être économique : 72 % dans les ménages les plus pauvres, 86 % dans la catégorie moyenne et 94 % dans le groupe le riche. On note enfin, une légère tendance à la baisse selon le rang de naissance : 84 % pour les enfants de rangs 2 et 3 (issus généralement de femmes jeunes) et 80 % chez ceux de rangs 7 ou plus.

Tableau 9.4 Utilisation de traitement préventif par les femmes enceintes

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles qui ont pris des antipaludéens pour prévenir le paludisme au cours de la dernière grossesse, et pourcentage de celles ayant reçu un traitement intermittent lors des visites prénatales, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes enceintes ayant pris des antipaludéens préventifs	Pourcentage ayant reçu un traitement intermittent (Fansidar) au cours des visites prénatales	Effectif de naissances
Rang de naissance			
2-3	84,0	10,2	2 276
4-6	82,5	9,1	2 039
7+	80,1	7,2	1 204
Durée depuis la naissance			
< 1 année	81,3	16,9	2 364
1 année	84,3	6,0	2 026
2 années	84,1	4,8	1 279
3 années	86,4	4,8	747
4 années	82,6	3,0	510
Milieu de résidence			
Urbain	90,6	11,1	2 689
Rural	78,8	8,0	4 238
Région			
Dakar	90,8	8,2	1365
Diourbel	84,5	13,6	812
Fatick	83,3	11,7	386
Kaolack	79,4	7,9	861
Kolda	76,4	3,3	638
Louga	80,4	12,5	453
Matam	69,0	5,2	286
Saint-Louis	81,0	12,3	446
Tambacounda	69,5	3,9	498
Thiès	94,3	12,7	937
Ziguinchor	82,1	5,4	246
Niveau d'instruction			
Aucun	80,0	8,7	4 858
Primaire	90,3	9,5	1 508
Secondaire ou plus	93,7	12,0	561
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	71,5	6,3	1 490
Second	78,3	6,8	1 476
Moyen	86,0	10,2	1 459
Quatrième	90,1	11,0	1 330
Le plus riche	93,8	12,4	1 171
Ensemble	83,3	9,2	6 927

Graphique 9.3 Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse



EDS-IV 2005

Les questions concernant le type d'antipaludéens que les femmes avaient pris au cours de la dernière grossesse, ont permis d'identifier celles qui ont été soumises à un traitement préventif intermittent (TPI) au Fansidar. Les pourcentages de femmes ayant bénéficié d'un tel traitement au cours des visites prénatales sont également présentés dans le tableau 9.4. Dans l'ensemble, seulement 9 % des femmes concernées sont dans ce cas. Les femmes urbaines, de niveau d'instruction secondaire ou plus, les mères d'enfants de rangs 2 ou 3, ainsi celles des ménages au-dessus de la moyenne de niveau de bien-être ont été les plus concernées par ce type de traitement. Par ailleurs, les femmes des régions de Diourbel (14 %), Thiès (13 %), Louga (13 %), Saint-Louis (12 %) et Fatick (12 %) ont été relativement mieux couvertes. Les résultats selon le temps écoulé depuis la naissance de l'enfant montrent une augmentation de la proportion de femmes ayant bénéficié du TPI : 17 % pour les 12 derniers mois avant l'enquête, 6 % pour les 12 à 23 derniers mois et 3 % dans les 48 à 59 derniers mois. Ceci semble traduire les progrès réalisés dans le recours au TPI au cours des cinq dernières années.

Le tableau 9.5 présente, parmi les femmes ayant pris un traitement antipaludéen durant la grossesse de la dernière naissance vivante des cinq dernières années, la proportion d'entre elles qui ont pris le Fansidar, et parmi celles qui ont pris le Fansidar le pourcentage ayant ce médicament une fois, deux fois ou trois fois plus. Seulement une femme sur cinq (21 %) ayant pris des antipaludéens a déclaré avoir pris le Fansidar. La proportion de femmes se trouvant dans ce cas varie à peine selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. Par contre, on note une sensible diminution de la proportion avec le rang de naissance et une variation inter régionale similaire aux résultats précédents. Parmi les femmes qui ont pris le Fansidar, 40 % l'a fait une seule fois, 39 % l'ont pris deux fois et 19 % (soit près de une sur cinq), trois fois plus. On retrouve les plus fortes proportions de femmes ayant pris le Fansidar trois fois ou plus parmi les urbaines (25 % contre 14 % des rurales), à Dakar (38 %) et Kaolack (26 %), chez les femmes de niveau secondaire ou plus (23 %) et dans les ménages riches (plus de 23 %).

Tableau 9.5 Utilisation de Fansidar pour le traitement intermittent

Parmi les mères qui ont pris un médicament antipaludéen pour la prévention durant la dernière grossesse se terminant par une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête, pourcentage ayant pris le sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar), le nombre de fois qu'elles en ont pris, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris du Fansidar	Effectif de mères ayant pris un médicament antipaludéen	Parmi celles qui ont pris du Fansidar, pourcentage qui en ont pris			Effectif de mères ayant pris du Fansidar
			Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	
Rang de naissance						
2-3	23,1	1 911	38,2	41,9	17,3	442
4-6	21,3	1 682	43,1	35,8	18,8	359
7+	17,7	965	41,2	34,1	23,0	171
Milieu de résidence						
Urbain	20,7	2 435	33,5	38,1	24,7	505
Rural	22,0	3 338	45,1	38,9	14,2	733
Région						
Dakar	14,0	1 239	25,3	30,1	38,1	174
Diourbel	31,4	686	39,6	42,0	16,2	215
Fatick	27,4	322	40,6	39,5	17,4	88
Kaolack	19,9	684	38,4	32,6	26,2	136
Kolda	8,9	487	(45,3)	(27,6)	(23,5)	43
Louga	33,8	364	50,5	44,1	4,9	123
Matam	13,0	197	(42,3)	(36,3)	(21,5)	26
Saint-Louis	29,1	361	43,4	42,5	11,2	105
Tambacounda	12,9	346	(45,0)	(38,5)	(10,7)	45
Thiès	28,9	883	43,6	43,8	12,0	256
Ziguinchor	13,7	202	(47,6)	(24,5)	(27,9)	28
Niveau d'instruction						
Aucun	21,7	3 886	41,7	38,9	17,5	843
Primaire	20,8	1 361	39,8	37,0	19,5	283
Secondaire+	21,4	526	32,0	40,3	23,0	113
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	18,5	1 065	46,2	39,0	13,3	197
Second	18,7	1 157	43,1	40,9	14,8	217
Moyen	25,5	1 255	45,0	36,7	16,5	321
Quatrième	21,5	1 198	35,6	36,5	23,7	258
Le plus riche	22,4	1 099	32,4	40,9	23,1	246
Ensemble	21,4	5 772	40,4	38,6	18,5	1 238

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

9.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Au cours de l'EDS-IV, en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludéen chez les femmes enceintes, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans l'affirmative, une série de questions sur le traitement de la fièvre ont été posées : ces questions portaient sur le recours à des médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement a été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés aux tableaux 9.6 et 9.7.

Tableau 9.6 Prévalence et traitement précoce de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé, l'enquête, et parmi ces enfants, pourcentage de ceux qui ont pris des antipaludéens et types de médicaments antipaludéens pris, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre/ convulsions	Effectif d'enfants	Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		
			Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen le même jour/jour suivant	Effectif d'enfants avec fièvre
Âge en mois					
< 6	33,8	1 296	24,8	12,8	438
6-11	43,0	1 022	27,4	10,4	439
12-23	37,2	2 040	27,6	12,3	760
24-35	28,3	1 863	29,2	13,5	527
36-47	22,4	1 826	25,9	11,9	409
48-59	19,1	1 663	24,0	12,0	317
Milieu de résidence					
Urbain	30,4	3 612	34,1	16,2	1 097
Rural	29,4	6 097	22,3	9,8	1 794
Région					
Dakar	34,7	1 791	37,6	19,1	622
Diourbel	23,2	1 151	18,0	9,0	267
Fatick	22,7	587	22,1	6,6	133
Kaolack	37,6	1 260	17,3	9,4	474
Kolda	26,5	851	32,8	13,9	225
Louga	28,6	654	26,4	4,5	187
Matam	30,4	416	38,6	18,5	127
Saint-Louis	35,2	626	25,1	9,7	220
Tambacounda	29,3	720	29,5	13,3	211
Thiès	26,3	1 323	16,3	7,2	348
Ziguinchor	23,1	329	45,4	25,4	76
Niveau d'instruction					
Aucun	29,8	6 911	23,5	10,5	2 058
Primaire	30,4	2 081	35,5	16,9	632
Secondaire+	27,9	717	32,8	15,2	200
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	29,6	2 187	19,8	7,1	647
Second	31,2	2 111	22,1	9,9	659
Moyen	27,0	2 067	25,9	13,2	558
Quatrième	31,5	1 793	33,3	16,7	564
Le plus riche	29,8	1 551	36,4	16,0	462
Ensemble	29,8	9 709	26,8	12,2	2 891

Le tableau 9.6 montre que parmi les enfants de moins de cinq ans, trois sur dix ont eu de la fièvre et/ou des convulsions au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête. Les seules variables différentielles discriminantes sont l'âge de l'enfant et la région de résidence. Selon l'âge, la prévalence de la fièvre les plus élevées sont observées chez les enfants de 6-23 mois (43 % à 6-11 mois et 37 % à 12-23 mois). La prévalence de la fièvre a été également plus forte à Kaolack (38 %) et Dakar (35 %).

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, plus de un sur quatre (27 %) a été traité avec des antipaludéens et seulement 12 % ont pris des antipaludéens de manière précoce, c'est-à-dire soit le jour même où la fièvre est apparue, soit le jour suivant. Le traitement par des antipaludéens ne présente pas d'écarts importants selon l'âge de l'enfant. Par contre, les enfants nés de mères urbaines ou instruites ont largement été mieux pris en charge. De même, à Ziguinchor, Dakar et Matam, la prise en charge de la fièvre chez les enfants avec des antipaludéens a été plus fréquente et plus précoce. Enfin, les pourcentages d'enfants traités aux antipaludéens et d'enfants ayant reçu ce traitement dans les deux premiers d'épisode augmentent régulièrement avec le niveau de bien-être économique. Par exemple, le pourcentage d'enfants ayant reçu des antipaludéens le jour même où la fièvre est apparue ou le jour suivant passe de 7 % dans les ménages les plus pauvres à 10 % dans le second quintile et 16 à 17 % dans les deux derniers quintiles.

Le tableau 9.7 présente, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre, les proportions de ceux qui ont pris différents types d'antipaludéens et les proportions de ceux qui les ont pris rapidement après l'apparition de la fièvre.

Le médicament auquel il a été fait le plus fréquemment recours est la chloroquine : 17 % l'ont reçu et la moitié d'entre eux rapidement après l'apparition de la fièvre. Les enfants du milieu urbain, ceux de Matam, Dakar et Ziguinchor, ceux de mères instruites ou appartenant à des ménages riches ont été relativement plus fréquemment traités à la chloroquine. Le deuxième antipaludéen qui a été le plus utilisé est l'amodiaquine : 8 % et 3 % ont reçu ce médicament respectivement à un moment quelconque et précocement. La quinine a concerné moins de 3 % des enfants et 2 % d'entre eux à qui il a été administré dans les deux premiers jours de l'épisode. Enfin, le recours au Fansidar chez les enfants de moins de cinq ans pour traiter la fièvre a été marginal (moins de 1 %). On n'observe un recours significatif à ce médicament que dans la région de Ziguinchor (5 %) et chez les mères de niveau d'instruction secondaire ou plus (4 %).

Tableau 9.7 Traitement standard de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris certains antipaludéens le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui ont pris de la SP Fansidar	Pourcentage qui ont pris de la SP Fansidar le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de la chloroquine	Pourcentage qui ont pris de la chloroquine le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de l'Amodiaquine	Pourcentage qui ont pris de l'Amodiaquine le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de la quinine	Pourcentage qui ont pris de la quinine le même jour/jour suivant	Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre
Âge en mois									
< 6	0,1	0,1	14,5	8,0	8,7	4,4	1,6	0,2	438
6-11	0,0	0,0	17,9	6,9	7,8	2,6	2,0	0,9	439
12-23	2,1	1,0	17,0	8,3	6,2	2,2	2,8	0,8	760
24-35	0,7	0,4	21,1	10,8	6,9	1,7	1,7	0,6	527
36-47	0,5	0,5	13,5	7,8	10,1	3,3	2,0	0,5	409
48-59	0,9	0,9	15,0	8,2	7,7	2,9	1,1	0,6	317
Milieu de résidence									
Urbain	1,6	0,9	22,5	11,4	8,0	3,3	2,7	1,0	1 097
Rural	0,4	0,3	13,3	6,6	7,4	2,4	1,5	0,4	1 794
Région									
Dakar	2,2	1,1	26,4	14,4	6,5	3,0	3,4	1,0	622
Diourbel	0,5	0,5	11,4	5,3	5,7	3,0	0,6	0,2	267
Fatick	0,5	0,0	11,9	4,9	8,8	1,7	1,9	0,0	133
Kaolack	0,1	0,1	9,2	6,4	6,5	2,2	2,0	0,6	474
Kolda	1,4	1,4	18,0	7,2	12,6	4,6	1,5	0,7	225
Louga	0,4	0,0	15,1	2,5	6,6	0,7	4,2	1,2	187
Matam	0,0	0,0	31,2	17,3	7,0	1,1	0,5	0,0	127
Saint-Louis	0,3	0,0	16,2	7,2	6,7	2,2	2,2	0,5	220
Tambacounda	0,0	0,0	17,0	10,5	12,8	2,4	0,8	0,8	211
Thiès	0,0	0,0	9,7	3,6	6,1	3,2	0,5	0,4	348
Ziguinchor	5,2	5,2	23,9	12,1	14,6	7,5	3,1	1,3	76
Niveau d'instruction									
Aucun	0,8	0,7	14,5	7,1	6,6	2,2	2,2	0,7	2 058
Primaire	0,4	0,3	24,0	12,2	10,5	4,0	1,4	0,6	632
Secondaire+	3,6	0,0	17,9	10,0	9,9	5,0	1,8	0,2	200
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,8	0,6	11,0	3,9	7,0	2,1	1,7	0,4	647
Second	0,3	0,3	13,9	7,2	6,6	2,1	1,5	0,4	659
Moyen	0,3	0,3	16,5	9,6	7,8	2,5	1,7	0,9	558
Quatrième	2,6	1,4	20,6	12,3	8,3	2,7	3,0	0,8	564
Le plus riche	0,2	0,1	24,8	10,2	9,0	5,0	2,3	0,8	462
Total	0,9	0,5	16,8	8,4	7,7	2,8	2,0	0,6	2 891

Babou Diaham et Biram Ndiaye

La malnutrition est l'un des principaux problèmes de santé et bien-être qui affectent les enfants dans les pays en développement en général et au Sénégal en particulier. Selon la définition de l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (OMS, 1982). Elle résulte aussi bien d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction.

Ce chapitre porte sur les résultats concernant l'alimentation des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément constituent la première partie du chapitre. La deuxième partie est consacrée aux carences en micronutriments : elle porte en particulier sur la prévalence de l'anémie dans la population des enfants et des femmes et sur la consommation de Vitamine A, de sel iodé et de complément en fer. Enfin, la dernière partie est consacrée aux résultats portant sur les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants et des femmes, à partir desquelles a été évalué leur état nutritionnel.

10.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite l'apparition de la diarrhée et d'autres maladies. D'autre part, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des enfants et des mères.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait, et enfin à quelle fréquence les différents types d'aliments étaient donnés à l'enfant. On a, également, demandé aux mères si elles avaient utilisé le biberon.

10.1.1 Début de l'allaitement

Le tableau 10.1 présente, d'une part, les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq dernières années qui ont été allaités et, d'autre part, parmi ces enfants allaités, les pourcentages de ceux qui ont été allaités dans l'heure ou le jour qui a suivi la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance, et pourcentage de ceux ayant reçu le colostrum, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant été allaité	Effectif d'enfants	Pourcentage mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	Pourcentage mis au sein dans les 24 heures qui ont suivi la naissance ¹	Pourcentage alimenté avant le début de l'allaitement ²	Effectif d'enfants allaités
Sexe						
Masculin	96,1	5 421	22,4	79,8	48,5	5 207
Féminin	96,8	5 109	23,1	79,6	47,7	4 947
Milieu de résidence						
Urbain	95,2	3 842	22,9	82,1	39,6	3 656
Rural	97,2	6 688	22,6	78,4	52,9	6 498
Région						
Dakar	92,8	1 903	19,3	78,7	40,7	1 766
Diourbel	98,2	1 272	9,8	72,0	64,3	1 248
Fatick	96,8	639	22,5	78,1	55,3	619
Kaolack	95,2	1 395	16,0	78,7	55,1	1 329
Kolda	96,6	968	29,1	83,8	33,5	934
Louga	98,5	692	41,9	88,8	46,7	682
Matam	97,4	440	49,7	78,5	60,6	429
Saint-Louis	97,0	663	39,4	85,6	42,5	643
Tambacounda	98,2	794	14,2	67,6	64,6	779
Thiès	98,2	1 404	20,4	87,1	37,6	1 379
Ziguinchor	96,3	360	22,3	79,1	29,4	346
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	96,7	7 577	22,5	79,1	51,2	7 330
Primaire	96,3	2 194	22,6	81,3	41,0	2 112
Secondaire ou plus	93,9	759	25,0	81,1	37,4	713
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de la santé ³	95,5	5 469	23,7	81,8	42,4	5 222
Accoucheuse traditionnelle	96,0	790	25,0	78,2	53,8	758
Autre	97,7	3 762	21,1	79,1	54,7	3 677
Personne	97,9	441	22,5	69,4	54,6	432
NSP/ND	97,6	67	13,5	35,8	24,0	65
Lieu d'accouchement						
Centre de santé	95,9	6 505	23,0	82,7	43,1	6 238
A domicile	97,2	3 916	22,7	75,9	56,7	3 808
Autre	97,9	45	11,3	70,0	43,9	44
NSP/ND	100,0	64	4,6	22,9	28,5	64
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	97,0	2 425	22,4	78,1	54,1	2 351
Second	97,1	2 332	21,9	77,0	53,9	2 264
Moyen	97,5	2 238	25,9	82,3	46,1	2 183
Quatrième	95,0	1 908	24,3	82,7	45,2	1 813
Le plus riche	94,8	1 627	18,1	79,1	36,7	1 542
Ensemble	96,4	10 530	22,7	79,7	48,1	10 154

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants vivants ou décédés au moment de l'enquête.
¹ Y compris les enfants qui ont été allaités dans l'heure suivant la naissance.
² Les enfants ayant reçu quelque chose autre que le lait maternel durant les premiers trois jours avant que la mère ne commence l'allaitement d'une manière régulière.
³ Médecin, infirmière/sage-femme, aide soignante

La quasi-totalité des enfants (96 %) ont été allaités et cette pratique est très courante quelles que soient les caractéristiques de la mère. Cependant, elle est un peu moins fréquente si la mère vit dans un milieu favorisé (milieu urbain, femmes instruites, niveau de bien-être élevé, accouchement dans un centre de santé ou avec l'assistance de professionnel de santé). De plus, on constate que la proportion d'enfants ayant été allaités a légèrement baissé depuis l'EDS-II (98 %). Parmi les enfants allaités, la proportion de ceux qui ont été allaités dans l'heure qui a suivi immédiatement la naissance est de 23 % ; en ce qui concerne la proportion de ceux qui ont été allaités le jour qui a suivi leur naissance, elle est de 80 %. Bien que ces proportions soient en nette augmentation par rapport à celles enregistrées au cours de l'EDS-II de 1992 (respectivement, 12 % et 46 %), il n'en demeure pas moins que plus de trois enfants sur quatre (77 %) ne sont pas allaités dans l'heure qui suit leur naissance et qu'un enfant sur cinq (20 %) ne reçoit pas le lait maternel dans le premier jour qui suit sa naissance. En outre, près d'un enfant sur deux (48 %) est alimenté avant le début de l'allaitement. Ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant et mettre ainsi en danger sa survie. En effet, c'est au cours des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour résister à de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, c'est qu'il reçoit, à la place du lait maternel, d'autres liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes. Par conséquent, ces résultats montrent qu'il reste des efforts importants à déployer pour convaincre les mères de l'importance et des bienfaits de l'allaitement dès les premières heures de la vie de l'enfant.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment où cet allaitement commence varie quelque peu selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. C'est surtout en fonction de la région que les pourcentages d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance varient de manière sensible : en effet, dans les régions de Diourbel (10 %), Tambacounda (14 %) et de Kaolack (16 %), moins d'un enfant sur cinq a bénéficié du lait maternel dans l'heure qui a suivi sa naissance ; à l'opposé, dans celles de Matam et de Louga, ces proportions sont respectivement de 50 % et 42 %. En ce qui concerne la répartition d'enfants allaités dans les vingt-quatre heures après leur naissance, on ne constate pas d'écarts importants ; la proportion la plus faible concerne les enfants dont la mère n'a été assistée par personne au cours de son accouchement (69 %), et c'est dans la région de Louga que l'on constate la proportion la plus élevée (89 %).

Le niveau d'instruction de la mère ne semble pas avoir d'influence significative sur la pratique de l'allaitement dans les premières heures qui suivent la naissance. On remarque néanmoins que les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été un peu plus fréquemment allaités dans l'heure qui a suivi la naissance que ceux dont la mère a le niveau primaire ou moins (25 % contre 23 %).

L'assistance à l'accouchement et, par conséquent, le lieu où celui-ci s'est déroulé influencent à peine le début de l'allaitement ; en effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé ou d'accoucheuse traditionnelle, un enfant sur quatre (24 à 25 %) a été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance contre 21 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une autre personne. De même, 23 % des femmes ayant accouché dans un établissement sanitaire ont allaité l'enfant dans l'heure qui a suivi la naissance ; quand la mère a accouché à la maison, cette proportion est identique (23 %). Le personnel de santé impliqué dans l'assistance à l'accouchement, ne semble donc pas jouer son rôle de promoteur de l'allaitement, surtout en ce qui concerne la promotion de l'allaitement dans les premières heures qui suivent la naissance.

Le niveau de bien-être de la mère influe négativement sur la fréquence de l'allaitement précoce. Ainsi lorsque la mère vit dans un ménage du quintile le plus riche, 18 % seulement des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance contre 22 % pour ceux dont la mère vit dans un ménage des deux quintiles les plus pauvres.

10.1.2 Allaitement maternel exclusif et introduction des aliments de complément

Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, tous les enfants devraient être exclusivement nourris au sein de la naissance jusqu'à l'âge de six mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel. Par contre, à partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui permettre la meilleure croissance possible.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24 heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'à propos des enfants derniers-nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans dans la mesure où pratiquement aucun enfant n'est plus allaité au-delà de cet âge.

Les résultats du tableau 10.2 montrent que dès la naissance, presque tous les enfants sont allaités (99,8 %) et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 16-19 mois, trois enfants sur quatre (75 %) sont encore allaités. On constate qu'au Sénégal, l'allaitement exclusif n'est pas une pratique courante (graphique 10.1). En effet, à moins de 2 mois, seulement 56 % des enfants ne reçoivent que le lait maternel et à 4-5 mois cette proportion n'est que de 15 %. Dans l'ensemble, la proportion d'enfants âgés de moins de six mois sous allaitement maternel exclusif s'élève à 34 %, tandis que les deux tiers des enfants reçoivent d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel. Par contre, entre 6 et 7 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement un enfant sur deux est nourri de cette façon (50 %) ; à 8-9 mois, cette proportion concerne pratiquement les trois-quarts des enfants (73 %).

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Le tableau 10.2 montre que l'utilisation du biberon chez les enfants sénégalais est plutôt rare puisque seulement 4 % de ceux de moins de 2 mois et 8 % de l'ensemble de ceux de moins de 6 mois avaient été nourris au biberon au cours des dernières 24 heures. Cependant, ce niveau reflète une augmentation par rapport à l'EDS-II de 1992, où le pourcentage d'enfants de 4-5 mois ayant pris des aliments au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête n'était que de 4 %.

Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

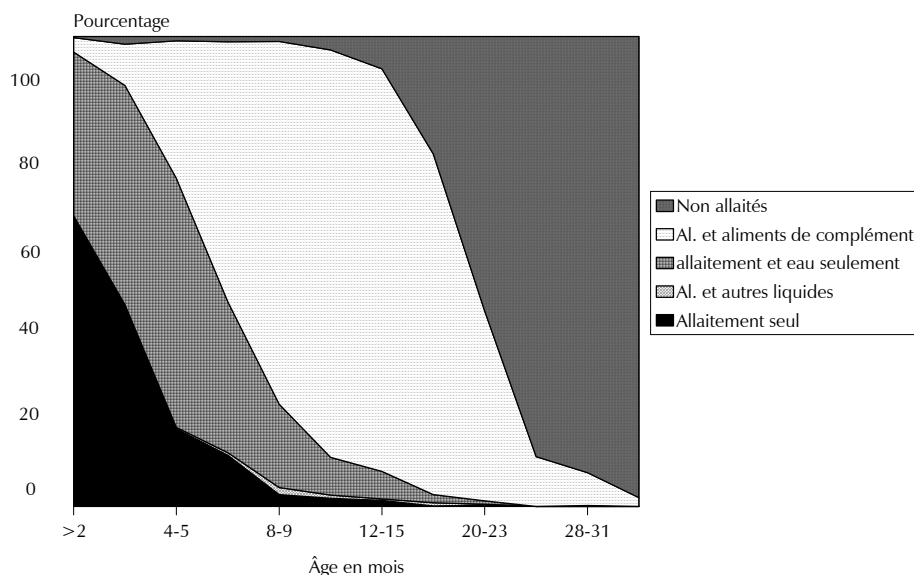
Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de 3 ans qui vivent avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage des enfants de moins de 3 ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDS-IV Sénégal 2005

Âge en mois	Allaitement au sein et alimentation :						Total	Effectif d'enfants derniers nés	Pourcentage utilisant le biberon ¹	Effectif des enfants
	Non allaité	Allaité seulement	Eau seulement	Liquides à base d'eau, jus	Autre lait	Aliments de complément				
<2	0,2	56,0	31,6	0,2	9,1	2,8	100,0	317	3,7	323
2-3	1,5	39,5	43,0	0,1	7,8	8,1	100,0	468	11,0	473
4-5	0,8	14,8	47,5	0,3	10,4	26,2	100,0	494	7,3	500
6-7	1,0	9,9	29,2	0,5	9,0	50,3	100,0	417	7,1	426
8-9	1,0	2,4	16,8	1,4	5,3	73,1	100,0	358	4,6	372
10-11	2,8	1,7	7,9	0,7	1,7	85,2	100,0	219	8,1	224
12-15	6,8	1,3	5,8	0,3	0,9	84,8	100,0	660	3,7	680
16-19	24,7	0,1	1,7	0,7	1,2	71,7	100,0	750	1,8	793
20-23	58,2	0,3	0,7	0,2	0,2	40,3	100,0	504	2,1	567
24-27	89,4	0,0	0,0	0,0	0,0	10,6	100,0	498	1,8	699
28-31	92,8	0,0	0,2	0,0	0,0	7,0	100,0	409	1,9	685
32-35	98,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	100,0	249	1,4	479
Moins de 6 mois	0,9	34,1	41,9	0,2	9,1	13,8	100,0	1 279	7,7	1 296
6-9 mois	1,0	6,4	23,5	1,0	7,3	60,8	100,0	775	5,9	798
Ensemble	30,3	9,4	14,8	0,4	3,6	41,6	100,0	5 344	4,0	6 221

Note : La situation face à l'allaitement fait référence aux dernières « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « allaitement et eau seulement » ne reçoivent pas d'autres compléments. Les catégories « non allaité », « allaité seulement », « eau seulement », « liquides à base d'eau, jus », « autre lait », et « aliments de complément » (solides et semi-solides) sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages fait 100 %. Ainsi les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « liquides à base d'eau » 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.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



EDS-IV 2005

10.1.3 Durée et fréquence de l'allaitement

La durée médiane de l'allaitement est calculée pour les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans. Le tableau 10.3 indique qu'au Sénégal, la moitié des enfants sont allaités pendant une période de moins de deux ans (20,1 mois). On ne constate pas de disparités dans la durée d'allaitement selon les caractéristiques sociodémographiques. Cependant, du point de vue régional, la durée médiane de l'allaitement varie d'un minimum de 18,2 mois à Diourbel à un maximum de 22,1 mois à Kolda. Selon le quintile de bien-être du ménage, on constate une tendance à la baisse des durées d'allaitement avec l'augmentation du niveau de bien-être du ménage dans lequel vit la mère, passant de 21,4 mois dans les ménages les plus pauvres à 18,4 mois dans les plus riches. Par rapport à 1992 (EDS-II), la durée médiane de l'allaitement est restée au même niveau, soit 20,1 mois.

Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (graphique 10.2), on constate que la durée moyenne d'allaitement au Sénégal ne diffère pas particulièrement des durées observées dans ces pays.

Toujours au tableau 10.3, on constate que 97 % des enfants de moins de 6 mois ont été allaités six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête et que le nombre de tétées est plus élevé pendant le jour que la nuit (en moyenne, 6,7 fois contre 4,0 fois). On constate une variation significative de la fréquence de l'allaitement selon les différentes caractéristiques de la mère. La proportion d'enfants qui ont été allaités 6 fois ou plus au cours des dernières 24 heures est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (98 % contre 95 %). Elle est très élevée dans les régions de Saint-Louis, Diourbel, Louga et Thiès et plus faible dans celles de Ziguinchor et de Dakar ; on constate aussi qu'elle est plus élevée lorsque la femme n'a reçu aucune instruction que lorsqu'elle a un niveau secondaire ou plus (98 % contre 90 %) ; enfin, c'est quand la mère vit dans un ménage du quintile le plus riche que cette proportion est la plus faible (95 % contre un maximum de 98 % dans le quintile le plus pauvre).

Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement ou avec de l'eau) des enfants derniers-nés au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de six mois, vivant avec leur mère, qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitement de jour ou de nuit, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de six mois allaités au sein ²								
	Durée médiane d'allaitement au sein (en mois) ¹				Effectif des enfants	Pourcentage allaité 6+ fois dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitements le jour	Nombre moyen d'allaitements la nuit	Effectif d'enfants
	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant ³						
Sexe									
Masculin	19,5	1,2	5,1	3 448	97,4	6,8	4,1	587	
Féminin	20,6	0,9	5,8	3 192	96,0	6,6	4,0	663	
Milieu de résidence									
Urbain	19,2	1,8	5,1	2 469	94,8	6,8	4,5	444	
Rural	20,6	0,8	5,8	4 171	97,7	6,6	3,8	806	
Région									
Dakar	18,4	2,1	5,0	1 222	93,9	6,9	5,0	241	
Diourbel	18,2	0,5	4,8	811	99,3	6,7	3,2	139	
Fatick	21,5	1,1	6,0	407	97,1	6,8	3,9	89	
Kaolack	20,6	0,9	6,5	853	94,8	6,6	3,7	179	
Kolda	22,1	1,2	5,4	601	97,8	5,4	4,3	119	
Louga	19,6	1,7	6,2	442	99,3	7,8	3,8	67	
Matam	18,7	0,5	6,5	268	94,7	6,8	4,4	50	
Saint-Louis	20,1	0,9	5,6	427	100,0	6,8	3,8	81	
Tambacounda	21,3	0,5	4,6	489	94,8	6,4	4,1	82	
Thiès	20,2	2,3	5,9	895	99,2	7,1	3,7	161	
Ziguinchor	20,2	3,0	4,4	226	93,2	6,2	3,9	41	
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	20,3	0,9	5,6	4 706	97,9	6,8	3,9	879	
Primaire	18,9	1,5	5,8	1 448	95,2	6,3	4,2	275	
Secondaire ou plus	20,7	1,9	3,6	487	90,3	6,8	5,0	97	
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	21,4	0,7	5,5	1 491	98,4	6,5	3,9	296	
Second	20,3	0,8	6,1	1 473	96,7	6,7	4,0	291	
Moyen	20,0	1,4	5,8	1 423	96,7	6,7	3,7	277	
Quatrième	19,3	1,9	5,5	1 227	95,8	7,1	4,3	226	
Le plus riche	18,4	1,1	3,6	1 027	94,8	6,7	4,7	160	
Ensemble	20,1	1,1	5,5	6 640	96,7	6,7	4,0	1 250	
Moyenne	19,8	3,0	6,6	na	na	na	na	na	

Note : Les moyennes et médianes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête et sont calculées sur tous les enfants derniers nés (actuellement vivants ou non) au cours des 3 années ayant précédé l'enquête.

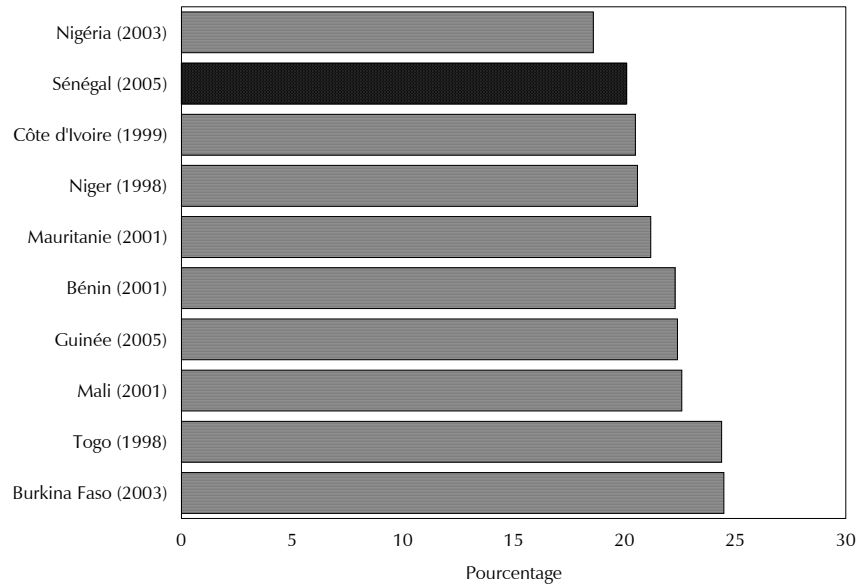
na = Non applicable

¹ On suppose que les enfants derniers-nés et les naissances précédentes qui ne vivent pas actuellement avec leur mère ne sont pas allaités actuellement.

² Sont exclus les enfants dont la réponse sur le nombre d'allaitement n'est pas valable.

³ Soit exclusivement allaité ou reçoit le lait maternel et de l'eau, des liquides à base d'eau, et/ou des jus seulement (les autres types de lait sont exclus).

Graphique 10.2 Durée médiane de l'allaitement dans certains pays d'Afrique de l'Ouest



10.1.4 Types d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments donnés aux enfants de moins de trois ans sont présentées au tableau 10.4 selon que l'enfant est allaité ou non. Le tableau indique que l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides a lieu très tôt (avant 6 mois). Ainsi, chez les enfants de moins de 2 mois, 6 % avaient reçu de la nourriture solide ou semi-solide et, à 4-5 mois, 23 % avaient reçu des aliments solides à base de céréales. Les poissons, volailles, viandes ou oeufs sont également introduits assez tôt (15 % ou plus à partir de 6-7 mois). À 6-7 mois, 21 % des enfants reçoivent des aliments riches en vitamine A et à 12-15 mois un enfant sur deux (50 %) a reçu ce type d'aliment.

L'OMS recommande l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation des enfants à l'âge de 6 mois, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Sénégal, une proportion non négligeable d'enfants (12 %) consomme de la nourriture à base de céréales ou de tubercules avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, une proportion assez importante d'enfants consomme, en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi-solides suffisamment variés et riches en protéines et en minéraux : 19 % consomment des aliments pour bébé, 41 % des céréales, 24 % des fruits et/ou légumes, 14 % des tubercules ou racines, mais 15 % seulement de la viande, de la volaille, du poisson et/ou des oeufs. Pour les autres groupes, comme on pouvait s'y attendre, au même âge, la proportion d'enfants non allaités qui consomment les différents types d'aliment est légèrement plus élevée que pour les enfants allaités.

Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants de jour ou de nuit

Pourcentage des enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu des aliments particuliers le jour ou la nuit qui ont précédé l'enquête, selon la situation face à l'allaitement et selon l'âge en mois, EDS-IV Sénégal 2005

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides ¹	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes	Nourriture à base de racines, de tubercules	Nourriture à base de légumes ²	Viande/ volaille/ poisson/ coquillage/ oeufs	Nourriture à base d'huile, graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en vitamine A ³	Nourriture solide ou semi solide quelconque	Effectif des enfants
ENFANTS ALLAITÉS												
<2	6,1	4,3	0,2	2,6	0,4	0,0	0,4	0,4	0,7	0,0	6,4	316
2-3	4,1	8,0	1,3	7,8	1,1	0,8	0,0	1,0	1,8	0,9	12,5	461
4-5	14,8	18,7	6,7	22,5	4,8	4,4	1,6	4,1	6,4	3,7	34,7	490
6-7	18,8	24,0	12,2	41,3	24,1	14,3	6,1	15,4	19,5	21,4	58,3	413
8-9	20,7	32,8	22,5	59,6	40,2	20,3	10,4	31,3	36,2	37,5	80,3	355
10-11	21,5	38,3	35,2	77,8	54,5	23,0	19,8	47,8	50,1	47,3	91,6	213
12-15	16,3	44,4	39,1	81,9	56,0	26,0	21,5	57,4	58,0	49,7	93,6	615
16-19	16,1	45,8	37,1	86,6	59,0	25,0	21,8	62,9	62,7	52,7	97,3	565
20-23	14,1	41,4	35,5	90,2	61,4	23,7	25,6	64,8	56,6	55,1	97,5	211
24-27	18,1	40,8	37,2	94,5	62,5	21,1	24,8	71,7	52,7	61,0	100,0	53
28-31	13,4	(36,7)	(45,8)	(96,9)	(49,0)	(22,9)	(30,2)	(42,8)	(41,5)	(47,5)	(100,0)	29
32-35	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
<6 mois	8,7	11,2	3,1	12,2	2,3	2,0	0,7	2,1	3,3	1,8	19,6	1 267
6-9 mois	19,7	28,1	16,9	49,7	31,5	17,1	8,1	22,8	27,2	28,8	68,5	767
Ensemble	14,5	29,3	21,6	52,8	33,4	15,4	12,0	32,2	33,0	29,9	64,1	3 726
ENFANTS NON ALLAITÉS												
<2	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
2-3	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
4-5	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
6-7	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
8-9	44,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
10-11	33,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
12-15	19,9	60,1	44,6	92,4	57,8	36,6	40,4	70,0	55,2	49,7	98,5	45
16-19	23,4	62,2	60,5	86,7	60,0	30,4	24,8	69,8	78,5	56,0	98,8	185
20-23	21,5	58,8	52,1	90,4	63,3	33,2	27,8	77,1	72,1	58,5	99,1	293
24-27	16,0	59,3	49,6	91,1	65,2	30,1	29,7	78,0	71,0	56,9	99,3	446
28-31	8,2	56,6	48,4	88,0	65,6	28,7	29,9	75,3	70,7	57,6	98,8	380
32-35	11,7	56,3	53,4	87,7	63,5	28,0	26,0	74,6	70,5	58,9	97,5	244
<6 mois	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
6-9 mois	75,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Ensemble	15,7	58,4	50,9	88,1	63,4	30,0	28,4	74,8	70,8	57,0	98,4	1 618

Note : Le statut d'allaitement et la nourriture consommée font référence à la période de "24 dernières heures" (hier et la nuit dernière).
¹ N'inclut pas l'eau plate
² Inclut les fruits et les légumes riches en vitamine A
³ Y compris les courges, les carottes, les patates rouges sucrées, les mangues, les papayes, et autres fruits locaux et feuilles qui sont riches en vitamine A
* Basé sur trop de cas non pondérés
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 10.5 présente la fréquence de consommation de certains aliments par les enfants au cours des 24 heures ayant précédé l'heure l'enquête. Quel que soit le type d'aliment et quel que soit l'âge, la fréquence moyenne de consommation de certains aliments par les enfants est extrêmement faible ; en effet, ce nombre varie entre 0 et 0,2 fois pour les enfants de moins de 6 mois et entre 0 et 0,9 fois pour les enfants de 6-9 mois. Les enfants qui ne sont pas allaités semblent recevoir un peu plus d'aliment de complément que ceux qui sont toujours allaités.

Tableau 10.5 Fréquence des aliments reçus par l'enfant durant le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Nombre moyen de fois que les enfants derniers-nés, âgés de moins de trois ans, qui vivent leur mère, ont reçu certains aliments particuliers au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, selon la situation face à l'allaitement et selon l'âge en mois, EDS-IV Sénégal 2005

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides ¹	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes	Nourriture à base de racines, de tubercules	Nourriture à base de légumes ²	Viande/ volaille/ poisson/ coquillage/ oeufs	Nourriture à base d'huile, de graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en vitamine A ³	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS											
<2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	316
2-3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	461
4-5	0,3	0,4	0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	490
6-7	0,3	0,4	0,2	0,7	0,4	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	413
8-9	0,3	0,6	0,3	1,1	0,8	0,3	0,1	0,4	0,5	0,6	355
10-11	0,4	0,8	0,5	1,4	1,0	0,3	0,2	0,6	0,7	0,7	213
12-15	0,3	0,7	0,6	1,6	1,1	0,3	0,3	0,9	0,9	0,8	615
16-19	0,3	0,8	0,5	1,7	1,3	0,3	0,3	1,0	1,0	1,0	565
20-23	0,3	0,7	0,5	1,8	1,3	0,3	0,4	1,1	1,0	1,0	211
24-27	0,2	0,5	0,6	2,0	1,5	0,2	0,4	1,1	0,7	1,4	53
28-31	0,2	(0,6)	(0,7)	(2,0)	(1,4)	(0,2)	(0,4)	(1,0)	(0,8)	(1,1)	29
32-35	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
<6 mois	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1 267
6-9 mois	0,3	0,5	0,2	0,9	0,6	0,2	0,1	0,3	0,4	0,4	767
Ensemble	0,3	0,5	0,3	1,0	0,7	0,2	0,1	0,5	0,5	0,5	3 726
ENFANTS NON ALLAITÉS											
<2	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
2-3	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
4-5	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
6-7	3,4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
8-9	0,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
10-11	0,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
12-15	0,5	1,3	0,6	2,2	1,3	0,4	0,5	1,2	0,8	0,9	45
16-19	0,4	1,4	0,9	1,7	1,2	0,4	0,3	1,1	1,4	0,9	185
20-23	0,4	1,1	0,8	2,1	1,5	0,4	0,4	1,2	1,2	1,1	293
24-27	0,3	1,0	0,7	2,0	1,5	0,3	0,4	1,4	1,2	1,1	446
28-31	0,1	1,0	0,7	1,9	1,4	0,3	0,4	1,3	1,3	1,0	380
32-35	0,2	1,2	0,9	2,0	1,5	0,4	0,3	1,4	1,4	1,2	244
<6 mois	0,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
6-9 mois	2,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Ensemble	0,3	1,1	0,8	2,0	1,4	0,4	0,4	1,3	1,3	1,0	1 618

Note : Le statut d'allaitement et la nourriture consommée fait référence à la période de "24 dernières heures" (hier et la nuit dernière).

¹ N'inclut pas l'eau plate

² Inclut les fruits et les légumes riches en vitamine A

³ Y compris les courges, les carottes, les patates rouges sucrées, les mangues, les papayes, et autres fruits locaux et feuilles qui sont riches en vitamine A

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 10.6 présente le nombre moyen de fois que les enfants derniers-nés de moins de trois ans ont reçu des aliments particuliers dans les sept jours ayant précédé l'enquête. Les résultats font apparaître la même tendance que celle observée dans le tableau précédent ; la seule différence étant, comme on pouvait s'y attendre, que le nombre moyen est plus élevé pour les 7 derniers jours que pour les 24 dernières heures. Ainsi, en une semaine pour les enfants allaités, mis à part l'eau dont la fréquence est de 4,5 fois pour les enfants de moins de 6 mois et de 6,6 fois pour ceux de 6-9 mois, le nombre moyen de fois que l'enfant a reçu certains aliments se situe entre 0 et 0,6 pour les enfants de moins de 6 mois et varie entre 0,1 et 1,8 fois pour ceux de 6-9 mois.

Tableau 10.6 Fréquence des aliments reçus par l'enfant dans les sept derniers jours

Nombre moyen de fois que les plus jeunes enfants derniers-nés, âgés de moins de trois ans vivant avec leurs mères, ont reçu certains aliments particuliers au cours des sept jours précédant l'enquête, selon la situation face à l'allaitement et l'âge en mois, EDS-IV Sénégal 2005

Âge en mois	Eau	Aliments pour bébé	Autre lait	Jus de fruit	Autres liquides ¹	Nourriture à base de céréales	Nourriture à base de racines ou de tubercules	Fruits et légumes pauvres en vitamine A	Nourriture à base de légumes ²	Fromage ou yaourt	Viandes/volailler/coquillage/oeuf	Nourriture à base d'huile, graisse ou beurre	Potiron, igname, carotte, patate rouge, sucrée	Légumes à feuilles vertes	Mangue, papaye, autres fruits riches en vitamine A ³	Effectif des enfants
ENFANTS ALLAITÉS																
<2	2,9	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	316
2-3	4,2	0,3	0,5	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	461
4-5	5,8	0,9	1,0	0,0	0,3	1,5	0,3	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,3	0,1	0,0	490
6-7	6,3	1,2	1,3	0,1	0,6	2,7	0,8	0,6	0,3	0,3	1,0	1,2	1,1	0,0	0,1	413
8-9	6,8	1,5	2,1	0,4	1,0	4,3	1,2	0,8	0,5	0,4	2,2	2,4	2,2	0,2	0,4	355
10-11	6,9	1,6	2,8	0,9	1,8	5,2	1,4	1,5	1,2	0,8	3,4	3,3	2,5	0,8	0,7	213
12-15	6,8	1,1	2,6	0,5	2,1	5,8	1,6	1,4	1,3	0,6	3,6	3,8	2,3	0,6	1,1	615
16-19	6,9	1,0	2,6	0,4	2,1	6,0	1,3	1,4	1,3	0,6	4,2	4,1	2,3	0,6	1,2	565
20-23	6,9	0,9	2,5	0,5	2,1	6,3	1,5	1,3	1,6	0,7	4,2	3,5	2,1	0,5	1,7	211
24-27	7,0	1,0	1,9	0,4	2,4	6,5	1,0	1,3	2,2	0,3	4,8	3,4	1,5	1,3	1,9	53
28-31	(7,0)	(0,6)	(1,9)	(0,8)	(2,7)	(6,3)	(1,0)	(1,2)	(2,1)	(0,4)	(3,7)	(3,0)	(2,2)	(0,8)	(1,4)	29
32-35	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
<6	4,5	0,5	0,6	0,0	0,2	0,8	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	1 267
6-9	6,6	1,3	1,7	0,2	0,8	3,4	1,0	0,7	0,4	0,3	1,6	1,8	1,6	0,1	0,2	767
Ensemble	6,0	1,0	1,7	0,3	1,2	3,7	0,9	0,8	0,7	0,4	2,1	2,1	1,4	0,3	0,6	3 726
ENFANTS NON ALLAITÉS																
<2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
2-3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
4-5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
6-7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
8-9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
10-11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
12-15	(6,6)	(1,5)	(3,7)	(0,8)	(2,9)	(6,5)	(1,7)	(1,7)	(2,5)	(1,3)	(4,7)	(3,3)	(2,4)	(0,7)	(1,2)	45
16-19	6,6	1,3	4,0	0,6	3,7	5,8	1,9	1,8	1,6	1,2	4,9	5,3	3,0	0,7	1,1	185
20-23	7,0	1,5	4,1	0,7	3,3	6,5	1,9	1,8	1,6	0,7	5,0	4,9	2,9	0,8	1,4	293
24-27	6,9	1,1	3,7	0,8	2,9	6,3	1,9	1,7	1,7	0,7	5,2	4,8	2,7	0,8	1,4	446
28-31	6,8	0,7	3,8	0,8	3,0	6,2	1,7	2,0	1,9	0,7	5,1	4,8	2,9	0,8	1,4	380
32-35	6,7	0,8	3,5	0,8	3,4	5,9	1,8	1,7	1,4	0,7	5,1	4,9	2,5	1,0	1,7	244
<6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
6-9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Ensemble	6,8	1,1	3,8	0,8	3,1	6,1	1,8	1,8	1,7	0,8	5,1	4,8	2,8	0,8	1,4	1 618

Note : Le statut d'allaitement fait référence à la période de "24 dernières heures" (hier et la nuit dernière).

¹ N'inclut pas l'eau plate

² Inclut les fruits et les légumes riches en vitamine A

³ Y compris les courges, les carottes, les patates rouges sucrées, les mangues, les papayes, et autres fruits locaux et feuilles qui sont riches en vitamine A

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS

Les carences en vitamines et en minéraux peuvent être à l'origine de certaines maladies. Par exemple, la carence en vitamine A peut entraîner la cécité crépusculaire, celle de l'iode entraîne le goitre et le crétinisme, et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, telles que l'affaiblissement du système immunitaire.

10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation d'iode peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant (crétinisme) et favoriser l'apparition du goitre chez les adultes. Elle peut également accroître les risques d'avortement spontané, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité infantile. Jusqu'à une date récente, le sel produit localement n'était pas iodé et la consommation de sel iodé n'était donc pas généralisée.

Lors de l'EDS-IV, les enquêteurs ont demandé, dans chaque ménage, un peu de sel utilisé pour la cuisine. Ce sel a été testé au moyen d'un « kit » fourni par l'UNICEF pour déterminer sa teneur en iode. Ce test permet de savoir si le sel n'est pas du tout iodé ou s'il est iodé à plus ou moins de 15 parties par million (ppm). Le sel qui contient au moins 15 ppm d'iode est considéré comme suffisamment iodé. Il faut noter que le sel a été testé dans 96 % des ménages, et que seulement 4 % des ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête.

Il ressort du tableau 10.7 que dans l'ensemble, 64 % des ménages disposaient de sel iodé dont 41 % de sel adéquatement iodé et 23 % de sel avec une faible teneur en iode (moins de 15 ppm). À l'opposé, 36 % des ménages ne disposaient que de sel non iodé. Le pourcentage de ménages disposant de sel adéquatement iodé est plus élevé en milieu urbain (58 %) qu'en milieu rural (26 %). Par région, on constate que la proportion de ménages disposant de sel adéquatement iodé présente de grandes variations, passant d'un minimum de 19 % dans les régions de Fatick et de Ziguinchor à un maximum de 71 % dans la région de Dakar. La disponibilité du sel adéquatement iodé dans les ménages augmente avec leur niveau de bien-être économique ; dans les ménages du quintile le plus riche, 60 % disposaient de sel iodé approprié ; par contre dans ceux du quintile le plus pauvre, cette proportion n'est que de 22 %.

Tableau 10.7 Sel iodée dans le ménage

Répartition (en %) des ménages ayant du sel testé pour la présence d'iode selon la teneur en iode dans le sel (partie par million), pourcentage de ménages dont le sel a été testé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Teneur en iode du sel parmi les ménages testés :			Total	Effectif de ménages dont le sel a été testé	Pourcentage de ménages testés	Effectif de ménages
	Sel non iodé (0 ppm)	Contenu en iode inadéquat (<15 ppm)	Contenu en iode adéquat (15+ ppm)				
Milieu de résidence							
Urbain	21,4	21,1	57,5	100,0	3 427	95,4	3 590
Rural	49,5	24,2	26,3	100,0	3 686	96,5	3 822
Région							
Dakar	11,4	18,1	70,5	100,0	2 008	95,1	2 111
Diourbel	33,9	34,8	31,3	100,0	669	91,9	727
Fatick	64,2	17,3	18,6	100,0	414	96,8	427
Kaolack	53,4	17,8	28,8	100,0	715	95,4	750
Kolda	48,0	27,9	24,1	100,0	553	98,6	560
Louga	39,6	25,6	34,8	100,0	400	97,5	411
Matam	38,9	25,5	35,7	100,0	228	95,4	239
Saint-Louis	40,4	20,7	39,0	100,0	466	97,1	480
Tambacounda	27,4	33,2	39,4	100,0	412	99,0	417
Thiès	44,1	26,3	29,6	100,0	930	96,7	963
Ziguinchor	72,4	8,8	18,8	100,0	318	97,2	327
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	51,5	26,4	22,1	100,0	1 223	97,1	1 260
Second	52,6	22,0	25,3	100,0	1 404	97,2	1 444
Moyen	43,8	19,9	36,3	100,0	1 475	94,6	1 559
Quatrième	19,2	22,2	58,7	100,0	1 579	95,4	1 656
Le plus riche	16,6	23,8	59,6	100,0	1 432	95,9	1 494
Ensemble	35,9	22,7	41,3	100,0	7 113	96,0	7 412

10.2.2 Consommation de vitamine A chez les enfants

La vitamine A est nécessaire au développement et à la conservation du tissu épithélial, de l'appareil digestif et respiratoire, entre autres, et elle est essentielle au bon fonctionnement de la rétine. La vitamine A permet également de maintenir les défenses immunitaires de l'organisme. Elle est stockée par le foie, mais lorsque les quantités sont trop faibles ou épuisées, les conséquences de la carence deviennent manifestes. La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies infectieuses. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants ; elle peut affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays qui ont une mortalité infanto-juvénile supérieure à 70 pour mille, et dans lesquels la carence en vitamine est un problème de santé publique, un programme de contrôle de la vitamine A soit mis en place.

Le tableau 10.8 présente le pourcentage d'enfants derniers-nés qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept derniers jours et le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu, au moins, en supplément, une dose de vitamine A au cours des six derniers mois.

Tableau 10.8 Consommation de micronutriments

Pourcentage des enfants derniers-nés âgés de moins de 3 ans et vivant avec leur mère, et dont les mères ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête ; pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans des ménages ayant du sel adéquatement iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A ¹	Effectif de derniers-nés ²	Consommé des suppléments de vitamine A	Effectif d'enfants ³	Pourcentage vivant dans les ménages utilisant du sel adéquatement iodés ⁴	Effectif d'enfants ⁵
Âge de l'enfant en mois						
<6	1,9	1 279	na	0	36,1	1 257
6-9	29,0	775	75,1	798	35,1	773
10-11	47,3	219	76,3	224	36,2	216
12-23	53,1	1 914	77,5	2 040	34,9	1 967
24-35	57,5	1 157	75,0	1 863	37,8	1 803
36-47	na	na	75,1	1 826	34,6	1 759
48-59	na	na	73,4	1 663	33,4	1 607
Sexe						
Masculin	39,8	2 779	74,7	4 350	36,5	4 804
Féminin	36,2	2 565	76,0	4 064	34,1	4 578
Rang de naissance						
2-3	39,8	1 084	73,4	1 813	38,3	1 989
4-5	38,6	1 813	75,4	2 814	36,6	3 177
6+	37,9	1 163	75,8	1 816	34,9	2 013
Statut d'allaitement au sein						
Allaité au sein	29,9	3 726	76,7	2 571	34,2	3 731
Non allaité au sein	57,0	1 599	75,0	5 754	36,1	5 569
Manquant	56,9	19	58,1	89	36,0	83
Milieu de résidence						
Urbain	45,9	2 002	77,5	3 131	49,7	3 521
Rural	33,4	3 342	74,0	5 282	26,7	5 862
Région						
Dakar	44,4	977	76,8	1 513	66,2	1 756
Diourbel	39,6	635	77,7	1 008	29,2	1 070
Fatick	26,5	326	82,1	497	13,0	565
Kaolack	24,5	671	72,8	1 079	29,4	1 199
Kolda	39,7	485	83,8	731	20,9	838
Louga	38,6	360	71,3	587	34,6	631
Matam	39,7	215	59,7	365	36,4	396
Saint-Louis	43,6	357	66,0	545	35,3	604
Tambacounda	35,2	399	68,6	638	39,5	713
Thiès	46,2	736	78,1	1 163	26,2	1 296
Ziguinchor	24,8	183	85,1	288	13,3	314
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	35,7	3 764	74,3	6 012	31,3	6 671
Primaire	41,0	1 173	76,9	1 789	42,4	2 020
Secondaire ou plus	51,3	408	81,1	612	53,1	692
Âge de la mère à la naissance						
<20	37,4	771	72,0	1 304	36,2	1 426
20-24	37,8	1 357	74,4	2 177	34,8	2 424
25-29	38,0	1 311	76,7	2 066	34,2	2 305
30-34	38,9	1 032	76,9	1 582	37,2	1 781
35-49	38,1	873	76,2	1 285	34,8	1 446
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	24,0	1 198	74,0	1 890	22,4	2 113
Second	33,6	1 185	71,6	1 814	26,7	2 051
Moyen	42,0	1 140	74,4	1 788	30,2	1 987
Quatrième	46,6	999	79,3	1 548	50,7	1 712
Le plus riche	49,1	822	79,0	1 373	54,4	1 519
Ensemble	38,1	5 344	75,3	8 413	35,3	9 383

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.

na = Non applicable

¹ Y compris les courges, les carottes, les patates rouges sucrées, les feuilles vertes les mangues, les papayes, et autres fruits locaux et feuilles qui sont riches en vitamine A

² Enfants derniers-nés de moins de 3 ans

³ Enfants de moins de 5 des femmes enquêtées

⁴ Le sel contient 15 ppm d'iode ou plus. Sont exclus les enfants qui vivent dans des ménages dont le sel n'a pas été testé.

⁵ Enfants de moins de 5 ans vivants dans les ménages

Dans l'ensemble, trois enfants de moins de cinq ans sur quatre (75 %) ont reçu des compléments de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, on ne constate pas de différence significative ; cependant, on note que c'est à 12-23 mois que les enfants en ont reçu le plus fréquemment (78 %) et à 48-59 mois qu'ils en ont reçu le moins fréquemment (73 %).

Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel ils vivent.

Les enfants du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux à en avoir reçu (78 %) que ceux du milieu rural (74 %). En fonction des régions, les résultats montrent que c'est dans les régions de Ziguinchor (85 %), de Kolda (84 %) et de Fatick (82 %) que les proportions d'enfants ayant bénéficié de ce complément nutritionnel sont les plus élevées. À l'opposé, dans la région de Matam, seulement 60 % en ont reçu. Selon le niveau d'instruction, les enfants des mères les plus instruites ont le plus fréquemment bénéficié de cet apport nutritionnel (81 %, contre environ les trois quarts parmi les autres enfants). Selon l'indice de bien-être, on note que les enfants des ménages les plus riches et ceux du quatrième quintile ont un peu plus souvent reçu ces suppléments (79 %) que ceux des autres ménages (73 %). En outre, on observe que les enfants dont l'âge de la mère à la naissance était inférieur à 20 ans ont moins fréquemment reçu de la vitamine A que les autres enfants (72 %). Cette proportion est un peu plus élevée quand la mère avait au moins 25-29 ans à la naissance de l'enfant (au moins 76 %).

En ce qui concerne les autres caractéristiques (sexe, rang de naissance et statut de l'allaitement), les différences constatées ne sont pas significatives.

Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A. Environ deux enfants derniers-nés de moins de trois ans sur cinq ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête (38 %).

La consommation d'aliments riches en vitamine A augmente avec l'âge et ce sont ceux de 24-35 mois qui en ont consommé le plus fréquemment (58 %). Cependant, il faut souligner que les enfants allaités sont deux fois moins nombreux à consommer ces aliments que ceux qui ne le sont pas (30 % contre 57 %). Il est très probable que ces aliments fassent partie des aliments de substitution à l'allaitement lors du sevrage.

Par rapport au milieu de résidence et à la région, les variations des proportions d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A sont relativement importantes. La proportion d'enfants qui ont reçu ce type d'aliments passe, par exemple, d'un minimum de 25 % dans la région de Kaolack à un maximum de 46 % dans celle de Thiès. La consommation d'aliments riches en vitamine A est plus élevée en milieu urbain (46 %) qu'en milieu rural (33 %). Selon le niveau d'instruction, lorsque la mère n'est pas instruite, cette proportion n'est que de 36 %, alors qu'elle atteint 51 % chez les enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire. Enfin, la proportion d'enfants ayant reçu des aliments riches en vitamine A est de seulement 24 % dans les ménages les plus pauvres contre 49 % dans les ménages les plus riches.

10.2.3 Consommation de vitamine A et de fer chez les femmes

Lors de l'enquête, on a également demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. À cette question, 27 % des mères ont répondu qu'elles avaient effectivement reçu de la vitamine A après l'accouchement (tableau 10.9). Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que 37 % des femmes ont reçu ces compléments en milieu urbain contre seulement 21 % en milieu rural. Au

niveau régional, c'est dans la région de Matam (14 %) que cette proportion est la plus faible, suivie de celles de Kolda et de Saint-Louis (respectivement 19 % et 21 %). À l'opposé, la région de Dakar (40 %) se caractérise par la proportion la plus élevée de femmes qui ont reçu ces suppléments de vitamine A. On note également que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu ce type de supplément (38 % contre 36 % chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 23 % chez celles n'ayant aucune instruction).

Tableau 10.9 Consommation de micronutriments pour les mères

Parmi les ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles qui ont reçu une dose de vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris un supplément de fer, sous forme de comprimés ou de sirop durant un nombre déterminé de jours, et pourcentage de celles qui vivent dans des ménages utilisant du sel suffisamment iodé selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	A reçu vitamine A post-partum ¹	Cécité crépusculaire déclarée	Cécité crépusculaire ajustée ²	Prise de fer pendant la grossesse (en nombre de jours)				Effectif de femmes	Vivant dans un ménage disposant de sel adéquat-ment iodé ³	Effectif de femmes	
				Aucun jour	<60	60-89	90+				Ne sait pas/ manquant
Âge de la mère à la naissance											
<20	25,6	10,8	1,7	9,3	24,8	12,3	38,8	14,8	980	37,1	941
20-24	26,5	9,3	2,1	8,2	23,1	12,5	41,6	14,6	1670	35,0	1612
25-29	28,3	12,0	2,1	8,7	24,0	13,4	40,9	12,9	1 638	34,6	1 584
30-34	28,3	14,6	1,9	8,6	24,3	13,7	40,6	12,8	1 357	37,8	1 310
35-49	27,0	17,6	2,1	11,6	25,0	14,1	35,4	13,9	1 282	35,4	1 259
Effectif d'enfants nés vivants											
1	28,6	8,3	1,0	6,0	22,8	12,5	44,5	14,2	1 409	38,5	1 353
2-3	28,7	10,4	2,2	7,7	22,8	13,1	41,7	14,8	2 276	37,4	2 201
4-5	27,0	14,2	2,8	10,6	23,9	13,7	38,9	13,0	1 455	35,9	1 407
6+	24,5	17,9	2,0	12,5	27,2	13,7	34,0	12,7	1 788	31,6	1 744
Milieu de résidence											
Urbain	36,8	10,8	1,3	4,3	22,6	11,9	44,9	16,3	2 689	49,9	2 626
Rural	21,2	13,9	2,5	12,3	25,1	14,1	36,4	12,1	4 238	26,8	4 079
Région											
Dakar	40,2	11,3	1,2	4,6	24,2	10,8	44,6	15,8	1 365	66,3	1 338
Diourbel	23,6	18,2	2,6	8,6	30,1	13,6	31,7	16,0	812	30,1	757
Fatick	31,6	11,1	1,4	10,9	28,3	12,8	36,2	11,8	386	14,0	371
Kaolack	23,2	12,4	3,1	13,8	32,1	12,8	33,7	7,5	861	29,4	822
Kolda	19,3	17,0	1,4	11,9	14,6	11,9	51,7	9,9	638	20,0	628
Louga	25,4	10,5	3,7	10,8	18,0	15,9	36,6	18,7	453	35,0	437
Matam	13,9	13,0	4,7	15,6	23,7	17,9	27,5	15,3	286	37,7	274
Saint-Louis	21,2	9,8	2,3	5,6	20,8	18,6	34,3	20,6	446	34,7	432
Tambacounda	22,0	10,9	1,6	24,1	16,8	12,9	37,4	8,7	498	39,8	492
Thiès	28,7	11,8	1,3	2,1	27,9	13,3	40,8	15,9	937	25,2	919
Ziguinchor	31,0	10,6	0,5	3,5	12,8	10,9	64,0	8,7	246	14,6	235
Niveau d'instruction											
Aucune	23,4	13,6	2,2	11,3	24,7	13,5	37,1	13,4	4 858	31,5	4 696
Primaire	35,6	10,9	1,4	4,9	23,9	13,1	43,8	14,3	1 508	42,7	1 472
Secondaire ou plus	38,0	9,8	2,5	2,2	20,4	11,2	51,4	14,8	561	55,1	538
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	17,6	16,0	3,2	17,7	25,1	14,3	33,2	9,6	1 490	22,4	1 446
Second	21,9	13,3	2,2	12,9	25,3	12,6	38,2	11,1	1 476	27,0	1 433
Moyen	24,4	10,8	1,7	6,1	25,2	15,8	37,2	15,6	1 459	29,9	1 404
Quatrième	36,0	13,8	1,8	4,6	23,3	11,2	44,5	16,4	1 330	50,2	1 275
Le plus riche	40,1	9,0	0,9	2,7	21,1	11,7	47,6	17,0	1 171	54,8	1 147
Ensemble	27,3	12,7	2,0	9,2	24,1	13,2	39,7	13,7	6 927	35,8	6 705

Note : Pour les femmes ayant eu plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.

¹ Dans les premiers mois après l'accouchement

² Les femmes ayant déclaré une incapacité de voir la nuit mais n'ont pas déclaré une difficulté de voir le jour

³ Sont exclues les femmes qui vivent dans des ménages dont le sel n'a pas été testé.

Pour lutter contre la cécité crépusculaire, il faut d'abord lutter contre la carence en vitamine A. En effet, la cécité crépusculaire a souvent pour cause une carence en vitamine A (ou avitaminose A), résultant d'une alimentation peu variée et d'une consommation insuffisante d'aliments contenant cette vitamine ; cette affection a un effet néfaste sur la santé des femmes.

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes, si pendant leur grossesse elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au cours de la nuit. Le tableau 10.9 indique qu'une femme sur huit (13 %) ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années a déclaré que pendant sa grossesse, elle avait eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit. Cependant, une proportion importante de femmes ont déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, probablement, des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. C'est pourquoi une prévalence "ajustée" de la cécité crépusculaire a été calculée en éliminant de la cécité crépusculaire "déclarée" les femmes ayant également déclaré avoir des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi "ajustée" passe à 2 %. Les proportions de femmes considérées comme étant atteintes de cécité crépusculaire varient peu selon l'âge de la femme (1,7 % à 2,1 %) et le nombre d'enfants nés vivants (1 % à 2,5 %). On note cependant que cette forme de cécité est beaucoup plus fréquente en milieu rural (2,5 %) qu'en milieu urbain (1,3 %). Au niveau régional, Matam détient la proportion la plus élevée de femmes ayant souffert de cécité crépusculaire (5 % contre moins d'un pour cent pour la région de Ziguinchor). Les résultats selon le niveau de bien-être économique montrent que la proportion de femmes atteintes de cécité crépusculaire est trois fois plus élevée dans les ménages les plus pauvres que dans les plus riches (respectivement 3,2 % et 0,9 %). Les résultats ne montrent pas de différence significative selon le niveau d'instruction ou l'âge de la mère à la naissance.

Le tableau 10.9 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer durant la grossesse. Dans l'ensemble, seulement 9 % des femmes ont déclaré n'avoir pas pris de supplément de fer pendant leur grossesse ; à l'opposé, 24 % en ont pris pendant moins de 60 jours, 13 % entre 60 et 89 jours et 40 % pendant au moins trois mois. C'est parmi les femmes de la région de Ziguinchor (64 %) et parmi les plus instruites (51 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de celles qui en ont pris pendant au moins 90 jours. Dans la région de Diourbel, cette proportion n'atteint pas le tiers (32 %) ; de même, parmi les femmes du milieu rural et celles sans instruction, ces proportions sont relativement faibles (respectivement 36 % et 37 %).

10.3 ANÉMIE PAR CARENCE EN FER

Le manque de fer est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde et elle affecte plus de 3,5 milliards d'individus dans les pays en développement (ACC/SCN, 2000). L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B12 ou en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire, dont à la base, un manque de fer (DeMaeyer, 1989 ; Yip, 1994).

Au cours de l'EDS-IV, en plus de la mesure de la taille et du poids des femmes et des enfants, on a également procédé à un prélèvement de sang. Précisons que ce test n'a eu lieu que dans un tiers des ménages de l'échantillon. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : (a) du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lance rétractable (Tenderlette) ; (b) on laissait alors tomber une ou deux gouttes de sang sur une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, pouvait donner une

mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang ; et (c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée en trois niveaux selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang ; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer, 1989). Ainsi, l'anémie est considérée comme sévère si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si la mesure se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl. Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, l'anémie sera considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang ; on assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1998). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. Au Sénégal, la majorité de la population vivant dans des régions de faibles altitudes, il ne s'est pas avéré nécessaire d'ajuster les valeurs de la concentration d'hémoglobine dans le sang.

10.3.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 10.10 indique qu'au Sénégal plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (83 %) sont atteints d'anémie : 20 % sous une forme légère, 55 % sous une forme modérée et 7 % sont atteints d'anémie sévère. On ne constate pas d'écart significatif de prévalence entre les enfants vivant avec leurs mères et ceux dont la mère n'est pas dans le ménage.

Du point de vue de l'âge, c'est entre 12 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (92 %). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. Les résultats font apparaître des différences significatives entre les sexes (85 % chez les garçons et 80 % chez les filles), entre les milieux de résidence (77 % en milieu urbain et 86 % en milieu rural) et selon les régions (65 % à Ziguinchor, 69 % à Dakar et plus de 80 % dans les autres régions). Selon le niveau d'instruction, la proportion d'enfants anémiés est de 85 % quand la mère n'a aucune instruction contre 80 % quand elle a un niveau primaire et 68 % quand elle a au moins un niveau secondaire. Enfin, les résultats selon le quintile de bien-être montrent que la prévalence de l'anémie des enfants diminue des ménages les plus pauvres aux plus riches (87 % contre 77 %).

La majorité des enfants anémiés le sont modérément, et ils présentent pratiquement les mêmes caractéristiques que l'ensemble des enfants anémiés ; cependant, les écarts selon le sexe de l'enfant et l'âge de la mère à la naissance sont moins importants. Les enfants souffrant d'anémie sévère présentent un profil sociodémographique différent de celui des enfants présentant la forme légère. On observe ainsi que la prévalence de l'anémie sévère dans les régions les plus touchées (Kaolack, Tambacounda et Fatick) est deux à trois fois plus élevée que dans les régions les moins touchées (Ziguinchor, Thiès, Dakar et Diourbel). Les enfants de mère sans instruction souffrent, également, plus de quatre fois plus d'anémie sévère que ceux des mères de niveau secondaire ou plus (9 % contre 2 %). La proportion d'enfants sévèrement anémiés dont la mère a 15-19 ans est plus de trois fois plus élevée que celle des enfants dont la mère a 35-49 ans (16 % contre 6 %). Enfin, la prévalence de l'anémie sévère des enfants des ménages les plus pauvres est six fois plus élevée que celle des enfants des ménages les plus riches (12 % contre 2 %).

Tableau 10.10. Prévalence de l'anémie chez les enfants

Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois considérés comme étant anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants anémiés ¹				Effectif d'enfants
	Anémié	Légère (10.0-10.9 g/dl)	Modérée (7.0-9.9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7.0 g/dl)	
Âge de l'enfant en mois					
6-9	80,9	22,8	53,6	4,5	214
10-11	88,4	17,3	66,3	4,8	61
12-23	92,4	13,5	68,6	10,3	582
24-35	85,4	20,2	56,7	8,5	547
36-47	80,7	23,7	49,1	7,9	597
48-59	70,7	22,8	43,9	4,0	516
Sexe					
Masculin	85,0	20,3	56,0	8,7	1 293
Féminin	80,0	20,0	53,9	6,1	1 224
Rang de naissance					
2-3	82,0	21,2	53,4	7,4	435
4-5	83,0	18,7	55,5	8,8	754
6+	83,5	20,1	56,1	7,3	494
Intervalle de naissance en mois					
Première naissance ²	81,9	21,2	53,4	7,3	438
<24	84,6	22,7	54,5	7,3	323
24-47	83,6	19,3	56,4	7,8	1 069
48+	81,1	19,6	53,4	8,1	368
Milieu de résidence					
Urbain	76,8	20,1	51,7	5,1	889
Rural	85,7	20,2	56,8	8,7	1 628
Région					
Dakar	68,8	14,6	48,7	5,5	387
Diourbel	92,4	25,9	61,0	5,5	291
Fatick	88,7	18,4	60,3	10,0	162
Kaolack	87,6	15,8	58,8	13,0	348
Kolda	80,0	22,0	51,2	6,9	254
Louga	87,3	20,2	58,5	8,7	159
Matam	84,6	20,2	55,2	9,1	90
Saint-Louis	83,2	27,0	50,5	5,7	169
Tambacounda	88,4	19,3	58,3	10,9	148
Thiès	83,8	22,3	56,8	4,6	394
Ziguinchor	64,5	19,5	41,3	3,7	114
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	84,8	19,2	56,9	8,8	1 650
Primaire	80,4	22,0	52,7	5,7	472
Secondaire ou plus	68,2	23,9	42,3	1,9	184
NSP/ND	*	*	*	*	1
Âge de la mère à la naissance					
15-19	90,0	19,6	54,9	15,6	99
20-24	86,5	20,0	57,5	9,1	457
25-29	81,7	16,1	58,0	7,6	625
30-34	81,8	24,6	50,4	6,8	490
35-49	80,0	20,8	53,3	5,9	636
Relation avec la mère					
Enfants des mères enquêtées	83,0	20,2	55,0	7,7	2 198
Enfants de mères non enquêtées ³					
Mère vivant dans le ménage	74,8	17,9	51,3	5,6	110
Mère ne vivant pas dans le ménage ⁴	82,2	20,5	56,4	5,4	209
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	86,8	16,2	59,1	11,5	629
Second	85,3	20,2	57,3	7,8	534
Moyen	82,0	21,0	54,6	6,5	493
Quatrième	79,1	22,7	48,9	7,6	410
Le plus riche	77,1	22,5	52,6	2,0	450
Ensemble	82,6	20,2	55,0	7,4	2 517

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. La prévalence est ajustée pour l'altitude en utilisant la formule dans CDC (1998).

g/dl = grammes par décilitre

¹ Sont exclus les enfants dont la mère n'a pas été interviewée

² Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets,...) sont considérées comme première naissance car elles n'ont pas d'intervalle intergénérisique précédent.

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations sont tirées du questionnaire ménage. Sont exclus les enfants dont les mères ne sont pas listées dans le ménage.

⁴ Y compris les enfants dont les mères sont décédées

* Basé sur trop de cas non pondérés

10.3.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 10.11 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus d'une femme sur deux est anémiée (59 %) : 37 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 19 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. La prévalence de l'anémie varie en fonction des différentes variables sociodémographiques. En effet, elle est plus élevée chez les femmes de 15-24 ans (en moyenne, 61 %) que chez les femmes plus âgées. Les femmes enceintes qui sont plus vulnérables sont plus fréquemment anémiées (71 %) que celles qui allaitent (60 %) ou celles qui ne sont ni enceintes et ni allaitantes (58 %). L'allaitement ne semble donc pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative. On constate également des écarts de prévalence entre les milieux de résidence et entre les régions. Les femmes du milieu urbain sont moins fréquemment anémiées que celles du milieu rural (54 % contre 64 %). Au niveau régional, on distingue trois groupes de régions : celles où la prévalence de l'anémie est très élevée (68 % en moyenne) qui comprend essentiellement le bassin arachidier (régions de Diourbel, Fatick, Louga, Kaolack et Tambacounda), la zone où la prévalence est la plus faible (49 % en moyenne) qui comprend la région naturelle de Casamance (régions de Ziguinchor et Kolda) et la région de Dakar ; enfin la zone intermédiaire (prévalence de 60 %) qui comprend la région de Thiès et l'ancienne région du Fleuve (Saint-Louis et Matam). La prévalence de l'anémie diminue significativement avec le niveau d'instruction (63 % pour les femmes non instruites contre 51 % pour celles ayant atteint le niveau secondaire) et avec le niveau de bien-être (66 % pour les femmes des ménages les plus pauvres contre 52 % pour celles des ménages les plus riches).

La majorité des femmes anémiées le sont de façon légère ou modérée. La forme sévère concerne 3 % des femmes anémiées. Il faut noter que c'est parmi les femmes enceintes (5 %) et parmi les femmes de la région de Fatick (5 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

Tableau 10.11 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Anémiées	Niveau d'anémie			Effectif de femmes
		Anémie légère (10,0 - 10,9 g/dl)	Anémie modérée (7,0- 9,9 g/dl)	Anémie sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	
Groupe d'âges¹					
15-19	60,5	41,5	15,9	3,1	1 102
20-24	62,5	38,0	22,0	2,6	836
25-29	59,3	34,9	21,7	2,7	753
30-34	57,0	37,8	16,3	2,8	586
35-39	53,7	31,1	20,5	2,1	461
40-44	59,4	38,8	16,9	3,7	389
45-49	56,7	34,3	18,5	3,9	313
Enfants nés vivants²					
Aucun enfant	59,9	37,6	18,8	3,6	1 631
1	59,0	39,1	18,5	1,4	531
2-3	54,7	35,1	17,1	2,5	863
4-5	60,2	38,0	19,2	3,0	613
6+	61,6	37,9	20,8	2,9	803
État de la femme enceinte/ allaite²					
Enceinte	70,6	25,7	39,8	5,1	352
Allaite au sein	59,8	42,4	16,0	1,4	1 086
Aucun des deux	57,5	37,0	17,4	3,2	3 001
Utilise le DIU²					
Oui	*	*	*	*	15
Non	59,3	37,5	18,9	2,9	4 425
Milieu de résidence					
Urbain	54,4	34,1	17,3	2,9	2 217
Rural	63,9	40,7	20,4	2,9	2 223
Région					
Dakar	51,6	30,1	18,2	3,3	1 217
Diourbel	72,8	49,0	20,8	3,0	428
Fatick	66,8	44,3	17,9	4,6	213
Kaolack	65,8	38,7	24,5	2,6	490
Kolda	52,4	35,4	15,4	1,5	325
Louga	66,4	40,6	22,2	3,6	252
Matam	57,9	33,7	19,7	4,4	149
Saint-Louis	60,8	38,5	19,7	2,6	264
Tambacounda	65,2	38,7	23,0	3,5	250
Thiès	59,4	40,8	16,2	2,4	649
Ziguinchor	43,6	34,1	8,7	0,9	203
Niveau d'instruction¹					
Aucun	62,8	38,9	20,8	3,2	2 555
Primaire	56,4	36,1	17,7	2,6	1 116
Secondaire ou plus	50,9	34,4	14,1	2,4	769
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	66,4	37,9	25,2	3,3	752
Second	63,5	38,7	20,8	4,0	722
Moyen	60,6	42,0	16,3	2,3	815
Quatrième	57,7	37,4	18,5	1,9	909
Le plus riche	52,3	33,4	15,8	3,1	1 241
Ensemble	59,1	37,4	18,8	2,9	4 439

Note: Les femmes avec un taux d'hémoglobine <7,0 g/dl ont une anémie sévère, les femmes avec un taux entre 7,0 et 9,9 ont une anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0 et 10,9 g/dl et les femmes non enceintes qui ont un taux entre 10,0 et 11,9 g/dl ont une anémie bénigne.

¹ Pour les femmes qui ne sont pas interviewées, l'information est tirée du questionnaire ménage.

² Non compris les femmes qui n'ont pas été enquêtées

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Le tableau 10.12 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la gravité de l'anémie chez leur mère. Dans 2 125 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leurs mères. Globalement, les résultats ne font pas apparaître un écart très important entre les enfants dont la mère est anémiée et l'ensemble des enfants (87 % contre 83 %). Quelle que soit la gravité de l'anémie de la mère, c'est toujours sous la forme modérée que l'on constate les proportions les plus élevées d'enfants anémiés. Cependant quand la mère est anémiée sous la forme sévère, 17 % des enfants le sont aussi.

Tableau 10.12 Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère					
Répartition (en %) des enfants de 6-59 mois par niveau d'anémie selon la sévérité de l'anémie de la mère, EDS-IV Sénégal 2005					
Anémie de la mère	Anémiés	Pourcentage d'enfants anémiés			Effectif d'enfants
		Légère (10.0-10.9 g/dl)	Modérée (7.0-9.9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7.0 g/dl)	
Anémiée	87,1	19,1	59,1	9,0	1 250
Niveau d'anémie					
Anémie légère (10,0-10,9 g/dl)	86,2	19,9	58,6	7,6	818
Anémie modérée (7,0-9,9 g/dl)	89,3	18,5	60,0	10,8	387
Anémie sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	86,1	9,9	58,9	17,3	45
Total	83,1	20,5	55,1	7,5	2 125

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. La prévalence est ajustée pour l'altitude (et en fonction du fait que la mère fume) en utilisant la formule du CDC (1998). Le tableau concerne seulement les enfants et les mères dont les taux d'hémoglobine sont disponibles.

10.4 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

L'un des objectifs de l'enquête est d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans et de celui des mères.

10.4.1 État nutritionnel des enfants

Méthodologie

La malnutrition protéino-énergétique chez les enfants désigne un ensemble de désordres caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance. Elle résulte à la fois des apports alimentaires inadéquats et de la morbidité. La malnutrition peut être évaluée par des critères cliniques, des analyses biochimiques ou des mesures anthropométriques. Cependant, pour des raisons pratiques, la plupart des enquêtes nutritionnelles utilisent des indicateurs anthropométriques. Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, les indicateurs les plus utilisés sont le poids en fonction de l'âge (poids-pour-âge), la taille en fonction de l'âge (taille-pour-âge) et le poids en fonction de la taille (poids-pour-taille). Ces indices doivent être exprimés en écart-type (Z-score) par rapport à la médiane de la population de référence internationale NCHS/CDC/OMS¹. La définition conventionnelle de la malnutrition chez les enfants, proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé est le poids-pour-âge, la taille-pour-âge ou le poids-

¹ NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National des Statistiques Sanitaires, des États-Unis) ; CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres de contrôle et prévention des maladies, des États-Unis) ; OM : Organisation Mondiale de la Santé.

pour-taille inférieurs à moins 2 écarts-type ; lorsque le niveau atteint moins 3 écarts-type la malnutrition est considérée comme sévère.

- La taille-pour-âge est une mesure spécifique du retard de croissance.
- Le poids-pour-taille est une mesure spécifique de la maigreur ou émaciation.
- Le poids-pour-âge constitue un bon reflet de l'état nutritionnel global de l'enfant et peut être utilisé pour suivre le gain pondéral d'un enfant. Cependant, on sait qu'il ne permet pas de distinguer l'émaciation du retard de croissance.

Échelle pour l'interprétation des valeurs de prévalence de la malnutrition (-2 Z-score) dans une population :

Indicateurs	Situation de malnutrition			
	Satisfaisante	Précaire	Élevée	Très élevée
Taille-pour-âge	< 20 %	≥ 20 % et < 30 %	≥ 30 % et < 40 %	≥ 40 %
Poids-pour-taille	< 5 %	≥ 5 % et < 10 %	≥ 10 % et < 15 %	≥ 15 %
Poids-pour-âge	< 10 %	≥ 10 % et < 20 %	≥ 20 % et < 30 %	≥ 30 %

Retard de croissance

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-type de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant de retard de croissance, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-type sont considérés comme souffrant de la forme sévère. Selon les résultats du tableau 10.13 concernant l'indice taille-pour-âge, 16 % des enfants au Sénégal souffrent de retard de croissance et plus d'un enfant sur vingt cinq (5 %) souffre de retard de croissance sévère. Dans l'ensemble la situation nutritionnelle selon l'indice taille-pour-âge peut être caractérisée de satisfaisante, mais cette situation masque des disparités importantes en fonction des variables sociodémographiques. Tout d'abord, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance est près de deux fois plus élevée chez ceux dont la mère ne vit pas dans le ménage et que chez ceux dont la mère vit dans le ménage (23 % contre 16 %).

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence du retard de croissance, qu'elle soit modérée ou sévère (tableau 10.13 et graphique 10.3). La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente très régulièrement et très rapidement avec l'âge : de 5 % à moins de 6 mois, la prévalence du retard de croissance augmente pour atteindre plus de 21 % à 12-23 mois avant de retomber entre 18 % et 19 % entre 24-59 mois.

Le retard de croissance touche de façon similaire les garçons et les filles (17 % contre 16 %). Du point de vue du rang de naissance, une légère tendance à l'augmentation du retard de croissance avec le rang de l'enfant est observée : de 14 % pour les enfants de rang 2 à 3, elle passe à 15 % parmi ceux de rang 4-5 et à 16 % pour les rangs 6 ou plus. Par ailleurs, les enfants nés quatre années après l'enfant précédent sont beaucoup moins touchés par le retard de croissance que les autres (12 % contre 18 % quand l'intervalle est de 24-47 mois et 19 % quand il est inférieur à 24 mois). De même, la prévalence du retard de croissance est beaucoup plus élevée parmi les enfants très petits à la naissance (23 %) que parmi ceux qui étaient petits (18 %) ou bien qui étaient moyens ou grands (14 %).

Tableau 10.13 État nutritionnel des enfants

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

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	
Âge de l'enfant en mois							
<6	1,6	5,3	0,7	5,2	1,2	3,0	350
6-9	0,7	7,2	0,2	7,6	2,8	12,9	229
10-11	1,0	9,0	0,0	9,9	1,0	12,2	63
12-23	4,7	20,6	2,1	14,0	5,0	22,6	603
24-35	7,2	17,6	0,5	6,9	3,7	20,9	562
36-47	7,3	20,3	0,3	5,4	2,9	19,2	631
48-59	7,3	21,1	0,6	5,9	1,9	21,3	522
Sexe							
Masculin	5,3	16,5	1,2	8,4	3,0	16,3	1 474
Féminin	5,3	16,1	0,3	6,8	2,9	18,3	1 409
Rang de naissance²							
2-3	3,6	13,5	1,1	6,7	2,4	14,1	529
4-5	5,4	14,8	0,3	7,3	2,5	16,7	904
6+	3,5	16,2	1,3	8,8	2,6	17,1	577
Intervalle de naissance en mois²							
Première naissance ³	3,6	13,5	1,1	6,7	2,4	14,1	531
<24	6,8	19,2	0,4	8,0	2,8	19,0	360
24-47	6,4	17,5	0,9	8,4	3,6	19,1	1 277
48+	2,6	11,5	0,4	7,3	1,8	12,6	440
Taille à la naissance²							
Très petit	6,6	22,9	1,3	8,6	3,9	26,9	272
Petit	5,6	18,3	0,6	12,7	4,2	24,1	489
Moyen ou très gros	4,9	14,1	0,8	6,4	2,4	13,4	1 802
Manquant	12,2	24,7	0,0	8,8	6,7	32,9	26
Milieu de résidence							
Urbain	3,0	8,5	0,4	5,7	1,6	9,7	1 015
Rural	6,5	20,6	0,9	8,7	3,7	21,5	1 868
Région							
Dakar	3,0	6,8	0,0	5,3	1,5	6,0	451
Diourbel	5,4	16,4	1,6	9,0	2,4	19,9	351
Fatick	2,7	12,8	0,0	7,1	0,4	15,8	170
Kaolack	3,4	13,9	0,4	5,8	1,7	11,2	365
Kolda	11,7	35,8	0,9	8,4	7,3	32,2	286
Louga	6,0	18,0	3,1	12,2	5,8	20,6	177
Matam	7,3	22,5	1,2	10,9	5,8	28,4	109
Saint-Louis	6,8	22,9	1,0	11,9	3,1	27,3	183
Tambacounda	11,0	25,5	1,3	9,2	5,7	24,5	204
Thiès	2,6	8,5	0,2	6,2	1,3	13,3	463
Ziguinchor	3,2	14,3	0,0	3,9	1,5	10,5	126
Niveau d'instruction de la mère⁴							
Aucun	6,3	18,8	0,9	8,8	3,6	20,6	1 910
Primaire	2,9	10,6	0,4	5,7	1,7	9,5	567
Secondaire ou plus	1,8	5,4	0,3	3,8	0,3	6,0	229
Âge de la mère⁴							
15-19	5,6	18,9	1,0	8,1	7,4	18,1	135
20-24	3,9	13,9	0,7	6,8	2,2	15,8	566
25-29	5,1	15,0	1,1	9,4	2,8	17,8	751
30-34	6,0	17,9	0,3	7,1	2,6	16,6	570
35-49	5,8	16,2	0,8	6,9	3,1	17,4	685
Relation avec la mère							
Enfants des mères enquêtées	5,2	15,9	0,8	7,8	2,9	17,0	2 608
Enfants de mère non enquêtée							
Mère vivant dans le ménage	5,1	15,5	0,8	5,2	3,5	18,7	99
Mère ne vivant pas dans le ménage ⁵	5,8	22,9	0,4	6,8	3,2	21,7	176
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	10,3	26,3	1,2	8,8	5,3	25,5	719
Second	5,4	19,1	0,7	8,8	4,0	21,8	617
Moyen	3,7	16,3	0,9	8,2	1,8	19,6	563
Quatrième	2,4	8,6	0,2	4,9	0,7	8,2	473
Le plus riche	2,4	6,1	0,7	6,5	1,7	6,3	512
Ensemble	5,3	16,3	0,8	7,6	3,0	17,3	2 883

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.

¹ Y compris les enfants qui se situent à moins de -3 ET de la médiane de la population de référence.

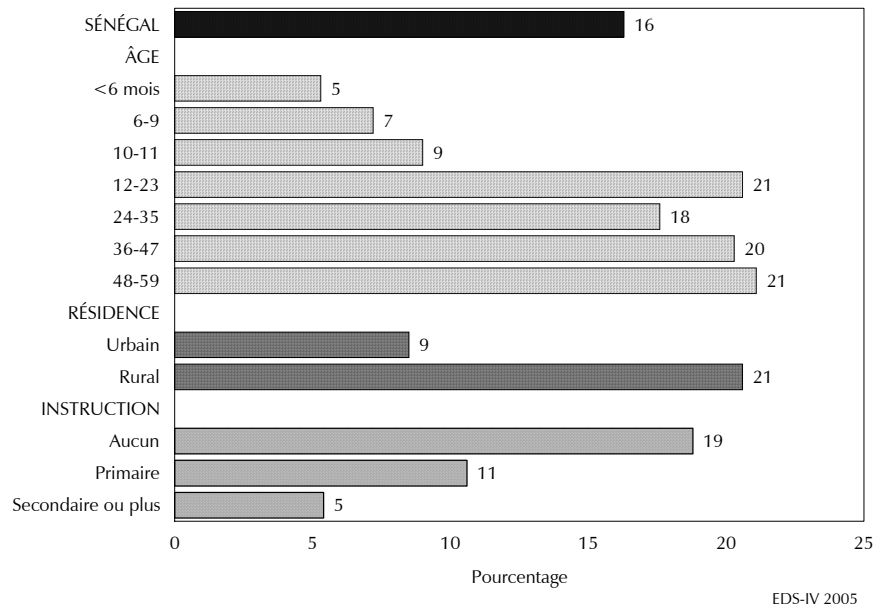
² Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée

³ Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets) sont considérées comme des premières naissances car elles n'ont pas d'intervalle intergénéral précédent

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations sont tirées du questionnaire ménage. Sont exclus les enfants dont les mères ne sont pas listées dans le ménage.

⁵ Y compris les enfants dont les mères sont décédées

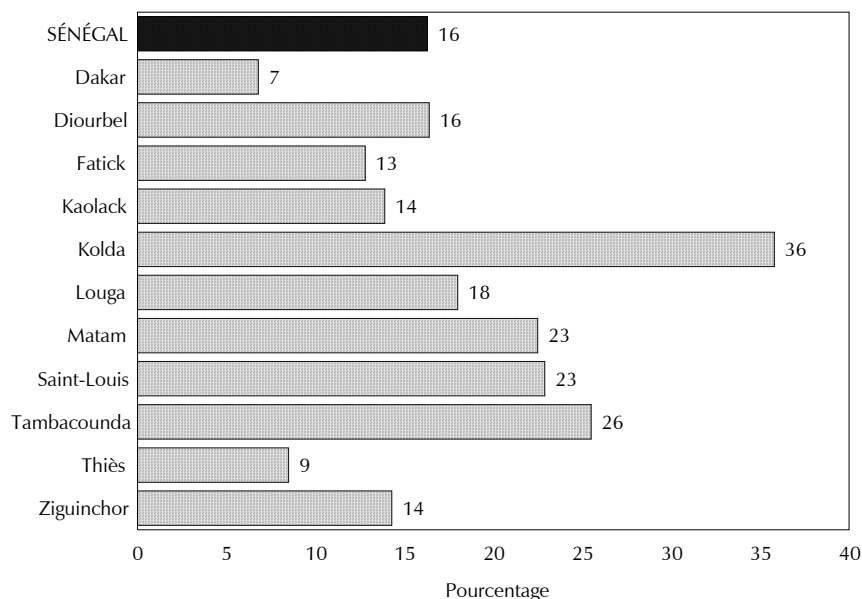
Graphique 10.3 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance



Le niveau d'instruction de la mère est la variable en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente les variations les plus fortes : les enfants dont la mère n'a aucune instruction sont près de deux fois (19 %) plus affectés par le retard de croissance que ceux dont la mère a le niveau primaire (11 %) et quatre fois plus que ceux de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus (5 %). Il en est de même pour le retard de croissance sévère qui est de 6 % pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction contre 2 % pour les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes ont sans doute une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène. Les femmes non instruites, quant à elles, sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et de faible qualité. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence du retard de croissance parmi les enfants de mères sans instruction.

Selon le milieu de résidence, les niveaux de retard de croissance présentent de fortes variations. Plus d'un enfant sur cinq du milieu rural (21 %) est affecté par le retard de croissance contre 9 % en milieu urbain. Dans les régions, on observe que la prévalence du retard de croissance est « élevée » dans la région de Kolda (36 %), tandis que la situation peut être caractérisée de « précaire » dans les régions de Tambacounda (26 %), Saint-Louis (23 %) et Matam (23 %), (graphique 10.4).

Graphique 10.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance selon les régions



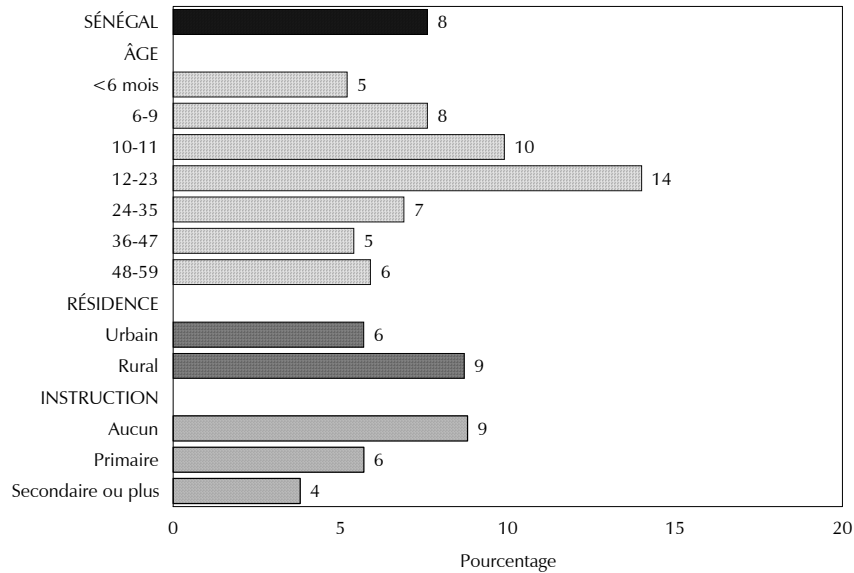
EDS-IV-2005

Émaciation ou maigreur

Au tableau 10.13 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de maigreur, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice peut être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'il s'agisse des maladies (rougeole, diarrhée, paludisme, etc.) ou des déficits alimentaires (sécheresse, périodes de soudure), sont très sensibles à la saison. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-type de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de maigreur, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-type sont considérés comme souffrant de forme sévère de maigreur.

Dans l'ensemble, la situation nutritionnelle vue sous l'angle de la maigreur peut être caractérisée de précaire : environ un enfant sur douze (8 %) est atteint de maigreur sous forme modérée ou sévère. Du point de vue de l'âge, ce sont les enfants de 10-23 mois qui en souffrent le plus fréquemment, en particulier ceux du groupe d'âges 12-23 mois (14 %). À partir de 24 mois, les proportions diminuent avec l'âge et ne concernent plus que 5 à 7 % des enfants (graphique 10.5). Par ailleurs, ce groupe d'âges correspond également au stade de développement où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir chapitre 8).

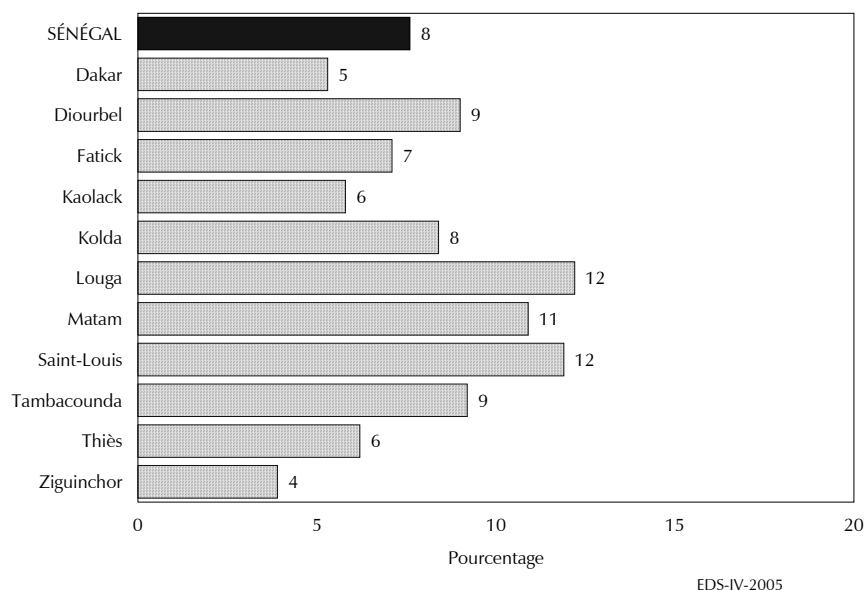
Graphique 10.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés



EDS-IV 2005

Aucune différence importante n'apparaît selon le sexe de l'enfant (8 % chez les garçons contre 7 % parmi les filles), le rang de naissance (variant de 7 % pour les rangs 1-5 à 9 % pour les rangs 6 ou plus) ou encore l'intervalle intergénéral. Par contre, les enfants vivant en milieu rural sont plus fréquemment atteints de maigreur que ceux qui vivent en milieu urbain (9 % contre 6 %). De même, le niveau d'instruction de la mère affecte la prévalence de la maigreur : 9 % des enfants dont la mère n'a aucune instruction souffrent de cette forme de malnutrition contre 4 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (graphique 10.5). En ce qui concerne les régions, les résultats font apparaître une prévalence élevée de la maigreur dans les régions de Saint-Louis (12 %), de Louga (12 %) et Matam (11 %). Dans les régions de Dakar, Thiès, Kaolack, Fatick, Kolda et de Diourbel, la situation nutritionnelle est encore précaire selon cet indice (graphique 10.6). Enfin, il faut noter que les enfants qui vivent avec leurs mères sont relativement moins affectés (5 %) que ceux dont la mère n'est pas dans le ménage (7 %).

Graphique 10.6 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés selon les régions



EDS-IV-2005

Insuffisance pondérale

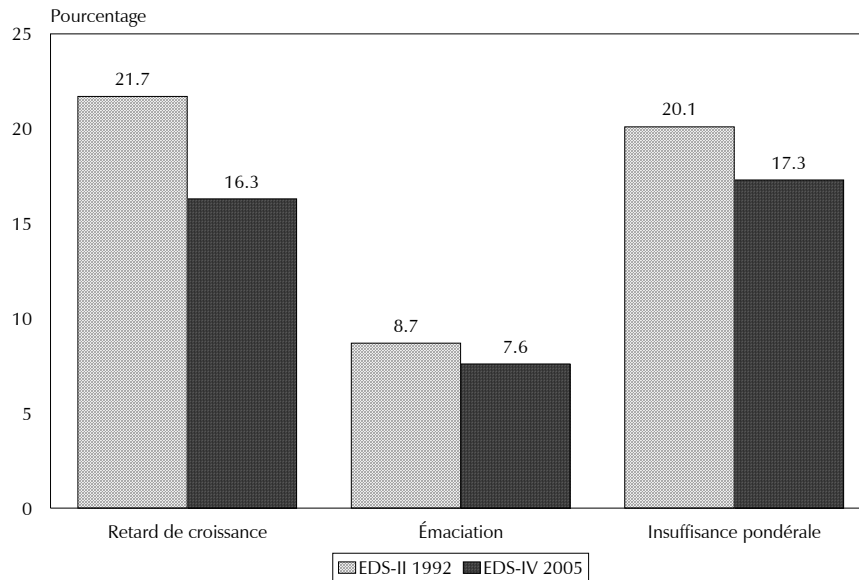
Le tableau 10.13 présente l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Il s'agit d'un indice combiné, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une insuffisance pondérale. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale ; ceux se situant en dessous de moins trois écarts-types sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

Près d'un enfant sur six (17 % contre 20 % en 1992-93) souffrent d'insuffisance pondérale et 3 % d'insuffisance pondérale sévère (contre 5 % dans l'EDS-II de 1992-93). Dans l'ensemble, la situation nutritionnelle est précaire selon ce critère. Cependant, on constate des disparités importantes du niveau de la prévalence en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Cette forme de malnutrition survient très tôt (3 % à moins de six mois) et augmente très rapidement pour toucher plus du septième des enfants de 6-9 mois (13 %) et plus d'un enfant de 12-23 mois sur cinq (23 %). Les enfants dont l'intervalle intergénéral est supérieur à 48 mois présentent moins fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (13 % contre 19 % quand l'intervalle est inférieur à 48 mois). En milieu rural, 22 % des enfants sont atteints de cette forme de malnutrition contre 10 % en milieu urbain. La prévalence de l'insuffisance pondérale est élevée dans les régions de Kolda (32 %), Matam (28 %), Saint-Louis (27 %), Tambacounda (25 %) et Louga (21 %) ; dans ces régions entre un enfant sur quatre et un enfant sur 3 en est atteint. Dakar est la région où la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus faible (6 %). Comme pour le retard de croissance, le niveau d'instruction de la mère est l'une des variables les plus discriminantes : 6 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 10 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 21 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction. Enfin, dans les ménages les plus riches, 6 % des enfants présentent une insuffisance pondérale ; dans les ménages les plus pauvres, cette proportion est de 26 %.

Tendances de la malnutrition

Au graphique 10.7 figurent les niveaux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans d'après l'EDS-II et l'EDS-IV. On constate que par rapport à 1992-93, les niveaux de malnutrition ont globalement baissé au Sénégal. Les prévalences de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance sont tombées respectivement de 20 % à 17 % et de 22 % à 16 % entre 1992 et 2005. Cependant la prévalence de la maigreur est restée quasiment inchangée (9 % à 8 %).

Graphique 10.7 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDS-II 1992 et l'EDS-IV 2005



10.4.2 État nutritionnel des femmes

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de morbidité, et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier des groupes à haut risque.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socioéconomique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petites tailles sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

À partir des résultats du tableau 10.14, on constate qu'au Sénégal, la taille moyenne des femmes (162,9 centimètres) se situe nettement au-dessus de l'intervalle mentionné. On constate également que moins de 1 % ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme la taille limite critique. Les proportions de femmes dont la taille est en deçà de la limite critique varient assez peu en fonction des régions. Tout au plus, peut-on souligner que dans la région de Matam, 2 % des femmes ont une taille inférieure à 145 cm contre moins de 1 % dans les autres régions. Mis à part ces petits écarts, la taille moyenne inférieure au seuil de 145 cm présente assez peu de variations.

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'Indice de Masse Corporelle (IMC)² ou encore Indice de Quételet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation « poids (kg) sur le carré de la taille (en mètres carrés) ». Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids. Au Sénégal, une proportion relativement importante de femmes (18 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, 22 % de femmes ont un indice élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des surpoids.

La proportion de femmes qui se situent en deçà du seuil critique de 18,5 varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques (tableau 10.14). C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de la déficience énergétique chronique est le plus élevé (34 %). Cette proportion baisse régulièrement avec l'âge : parmi les femmes de 20-24 ans, cette proportion est de 18 % contre 6 % parmi les femmes de 45 ans et plus. La prévalence de la déficience énergétique chronique est sensiblement la même en milieu rural qu'en milieu urbain (19 % contre 18 %). Par contre, elle présente des variations importantes selon le niveau d'instruction : parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, 22 % sont trop maigres contre 16 % parmi celles sans instruction. Selon la région, le niveau de déficience énergétique varie d'un minimum de 15 % dans la région de Ziguinchor à un maximum de 25 % dans la région de Louga et 27 % dans la région de Matam.

² L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

Tableau 10.14 État nutritionnel des mères par caractéristiques sociodémographiques

Taille moyenne des femmes de 15-49 ans, pourcentage de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages de celles ayant un niveau d'IMC particulier, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Taille			IMC (kg/m ²) ¹									Effectif de femmes
	Taille moyenne en cm	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif	Moyenne de l'IMC	18.5-24.9 (normal)	<18.5 (maigre)	17.0-18.4 (maigre légère)	16.0-16.9 (maigre modéré)	<16.0 (maigre sévère)	≥25.0 (gros ou obèse)	25.0-29.9 (gros)	≥30.0 (obèse)	
Groupe d'âges													
15-19	162,2	0,9	1 161	20,0	60,4	33,8	19,8	7,7	6,2	5,8	4,9	1,0	1 087
20-24	162,8	0,5	868	21,4	68,9	17,7	12,2	4,1	1,4	13,4	10,3	3,1	770
25-29	163,5	0,1	783	21,9	65,6	15,9	11,9	2,2	1,8	18,5	13,4	5,1	674
30-34	163,3	0,3	604	23,3	58,4	11,0	6,8	3,7	0,6	30,6	24,0	6,6	524
35-39	163,5	0,0	481	23,9	53,0	9,8	7,6	0,8	1,4	37,2	23,6	13,6	417
40-44	162,5	0,5	401	25,0	51,6	8,8	6,3	1,4	1,1	39,6	19,6	19,9	380
45-49	162,9	0,6	323	26,1	45,3	5,8	3,6	2,1	0,1	48,9	27,8	21,1	318
Milieu de résidence													
Urbain	163,5	0,3	2 280	23,1	52,9	17,9	11,6	3,8	2,5	29,2	18,2	10,9	2 129
Rural	162,3	0,6	2 340	21,5	67,2	18,6	12,0	4,1	2,4	14,2	10,9	3,4	2 039
Région													
Dakar	163,4	0,3	1 233	23,2	52,1	17,4	11,9	3,1	2,5	30,5	18,8	11,7	1 172
Diourbel	163,8	0,3	474	21,5	65,1	19,1	12,5	3,3	3,2	15,8	12,4	3,4	421
Fatick	162,7	0,0	216	21,9	68,3	16,6	10,0	4,2	2,4	15,1	11,1	4,0	199
Kaolack	163,6	0,4	501	21,8	66,8	17,1	11,4	3,7	2,0	16,1	12,1	4,0	440
Kolda	159,1	1,0	347	21,5	69,1	16,3	11,7	1,8	2,8	14,5	11,1	3,4	295
Louga	163,4	0,0	271	21,0	63,0	24,7	17,4	5,6	1,7	12,3	8,7	3,6	238
Matam	163,2	1,7	164	21,3	57,9	26,5	15,0	7,8	3,8	15,6	11,4	4,2	145
Saint-Louis	163,2	0,7	269	22,4	56,4	19,8	12,3	2,9	4,7	23,8	15,9	7,9	237
Tambacounda	161,7	0,4	264	21,9	67,3	15,5	9,8	3,8	1,9	17,2	12,5	4,7	224
Thiès	163,6	0,2	677	22,6	56,4	18,5	10,3	6,3	2,0	25,1	15,6	9,5	616
Ziguinchor	160,2	1,2	205	22,6	61,8	14,7	10,3	3,1	1,3	23,4	16,2	7,3	182
Niveau d'instruction													
Aucun	162,4	0,6	2 679	22,0	65,1	16,0	10,2	3,8	2,0	18,8	13,1	5,7	2 357
Primaire	163,2	0,4	1 149	22,7	54,1	20,3	13,3	4,2	2,7	25,6	16,1	9,5	1 056
Secondaire ou plus	164,0	0,0	793	22,5	51,5	22,3	14,7	4,0	3,7	26,1	17,2	8,9	755
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	161,7	0,6	809	21,2	69,7	19,4	12,8	4,1	2,5	10,9	8,9	2,0	693
Second	161,5	1,0	757	21,2	68,8	20,1	13,0	3,5	3,6	11,0	8,4	2,7	654
Moyen	162,7	0,3	850	22,2	62,1	16,1	10,2	4,3	1,6	21,8	15,4	6,3	757
Quatrième	163,3	0,4	921	22,8	52,7	19,9	13,0	4,7	2,1	27,4	17,6	9,8	851
Le plus riche	164,2	0,2	1 284	23,2	53,1	16,8	10,7	3,3	2,8	30,1	18,6	11,5	1 213
Ensemble	162,9	0,4	4 621	22,3	59,9	18,2	11,8	3,9	2,5	21,9	14,6	7,2	4 168

¹ Sont exclues les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les derniers mois

Mamadou Matar Guèye

Il est reconnu que les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont déterminés par les conditions sanitaires, environnementales, socioéconomiques et culturelles de la population. Ces niveaux, tendances et caractéristiques sont analysés ici selon le milieu de résidence et l’instruction de la mère, le suivi de la grossesse et l’assistance à l’accouchement et selon d’autres caractéristiques liées au comportement reproductif de la mère. Les résultats de ces analyses pourront servir, non seulement, aux chercheurs et spécialistes de la population, mais aussi aux décideurs chargés de la conception et de la mise en place de programmes de développement économique et social en général et de santé en particulier.

11.1 MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

Les indicateurs de mortalité présentés ici sont calculés à partir d’informations sur l’historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme de l’enquête. Au cours de l’enquête, ont été enregistrées toutes les naissances vivantes de la femme et certaines de leurs caractéristiques, notamment le sexe, l’âge, l’état de survie, ainsi que l’âge au décès pour les enfants décédés. L’âge au décès est déterminé de la manière la plus précise possible (au jour près pour les décès de moins d’un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus) pour le calcul exact des indicateurs suivants :

Le quotient de mortalité néonatale (NN) :	probabilité de décéder avant d’atteindre un mois exact ;
Le quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :	probabilité de décéder entre le premier mois et le douzième mois exact ;
Le quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) :	probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire ;
Le quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) :	probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire ;
Le quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) :	probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

L’estimation de la mortalité à partir de l’historique des naissances des mères interviewées présente des limites d’ordre méthodologique et des risques d’erreurs d’enregistrement dont il est nécessaire de connaître les effets sur la qualité des données.

11.1.1 Limites d’ordre méthodologique

L’approche utilisée, c’est-à-dire, la collecte de données auprès des femmes de 15-49 ans vivantes au moment de l’interview, ne permet pas de recueillir des informations sur la survie ou le décès des enfants dont la mère est décédée avant l’enquête. Cette approche peut donc introduire un biais dans l’estimation du niveau général de la mortalité des enfants si le nombre d’enfants orphelins de mère est

important d'une part et d'autre part si la mortalité de ces derniers est différente de celle des enfants dont la mère était vivante au moment de l'enquête.

Limitées aux seules femmes de 15-49 ans, vivantes au moment de l'enquête, les informations obtenues peuvent souffrir d'un défaut de non représentativité sur les différents intervalles de la période passée : par exemple, aucune information sur les naissances des femmes de 40-49 ans n'est disponible pour la période 10-14 ans avant l'enquête. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans en ce moment-là n'étaient plus éligibles à l'enquête. Or, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues des femmes de 40-49 ans et que le risque de décéder de ces enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un biais important dans l'estimation de la mortalité des enfants pour la période d'observation.

L'examen des données montre que dans l'ensemble, l'effet de tels phénomènes est d'une faible ampleur et que les biais entrevus sont très limités. En effet, le pourcentage d'orphelins de mère est relativement faible et les femmes de 40 ans et plus qui sont au terme de leur vie reproductive contribuent de manière très limitée à la fécondité générale.

11.1.2 Risques d'erreurs d'enregistrement

La validité des données sur la mortalité des enfants peut être affectée par :

- 1) Le sous enregistrement des événements : il peut provenir d'omissions systématiques de naissances et de décès, à la fois, ou de l'un de ces deux événements. Les cas d'omissions liées à la sous-déclaration des naissances et des décès et qui interviennent généralement quand l'enfant meurt très jeune (quelques heures ou jours après la naissance), conduisent à une sous-estimation de la mortalité. Dans ces cas, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus les risques d'omission sont élevés et plus la sous-estimation des niveaux de la mortalité est importante. L'évaluation du sous enregistrement des décès de très jeunes enfants est faite à partir de la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois, proportion qui doit augmenter avec une diminution de la mortalité des enfants du fait que le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent. Selon cette technique une proportion inférieure à 60 % indiquerait un sous enregistrement important des décès précoces. Une application de cette technique à l'EDS-IV, montre qu'il n'y a pas eu de sous enregistrement très important des décès précoces au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête.
- 2) Les transferts de dates de naissance des enfants : ces mauvais enregistrements des naissances par période peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période au profit des périodes adjacentes, comme un mauvais classement des décès à 0-4 ans avant l'enquête, qui entraîneraient une sous-estimation de la mortalité pour cette période et, par suite, une surestimation de la mortalité de la période précédente (5-9 ans avant l'enquête). De tels transferts, s'ils se produisaient, ne semblent pas affecter de façon significative la qualité des données observées.
- 3) L'imprécision des déclarations de l'âge au décès comme l'attraction de certains âges au décès : ces biais peuvent engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, par le transfert d'une partie des décès d'enfants de moins d'un an aux décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois). Pour minimiser ce type d'erreur, les âges aux décès ont été enregistrés en jours, en mois et en années s'ils interviennent respectivement dans les 29 jours suivant la naissance, entre 1 à 23 mois et au-delà de 23

mois. Les données observées montrent une nette attraction pour l'âge au décès « 12 mois » mais dont l'effet sur les niveaux de mortalité infantile et juvénile est négligeable.

Ces problèmes sont inhérents à l'approche méthodologique basée sur la collecte de l'information à partir de l'historique des naissances. Cependant, certains travaux effectués dans ce domaine (Sullivan et al., 1990) ont montré que les risques d'erreur ou d'imprécisions de collecte n'ont qu'un faible effet sur la mesure des événements récents. Un ajustement des données sur les tendances de la mortalité ne s'est donc pas avéré nécessaire.

11.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Les différents quotients de mortalité pour les quinze années ayant précédé l'enquête sont présentés au tableau 11.1. Les niveaux sont calculés par période quinquennale de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1991 à 2005.

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale ¹ (PNN)	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	35	26	61	64	121
5-9	47	35	82	74	150
10-14	41	29	70	70	135

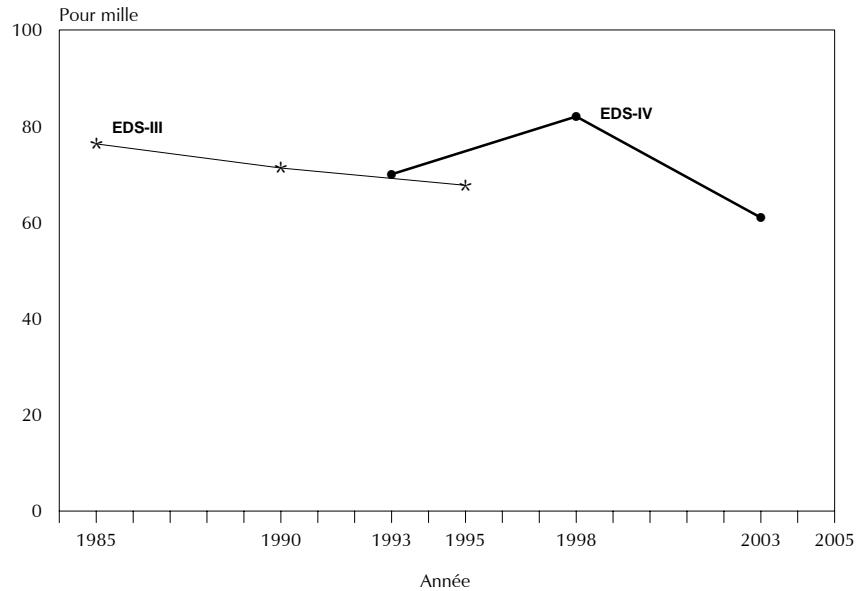
¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Dans la période 2001-2005, soit 0-4 ans avant l'enquête, 61 naissances vivantes sur 1 000 sont décédées avant d'atteindre leur premier anniversaire dont 35 % entre 0 et 1 mois exact et 26 % entre 1 et 12 mois exact. Parmi les enfants âgés d'un an, 64 % n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire. Durant cette même période, le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 121 %, soit plus d'un enfant sur dix.

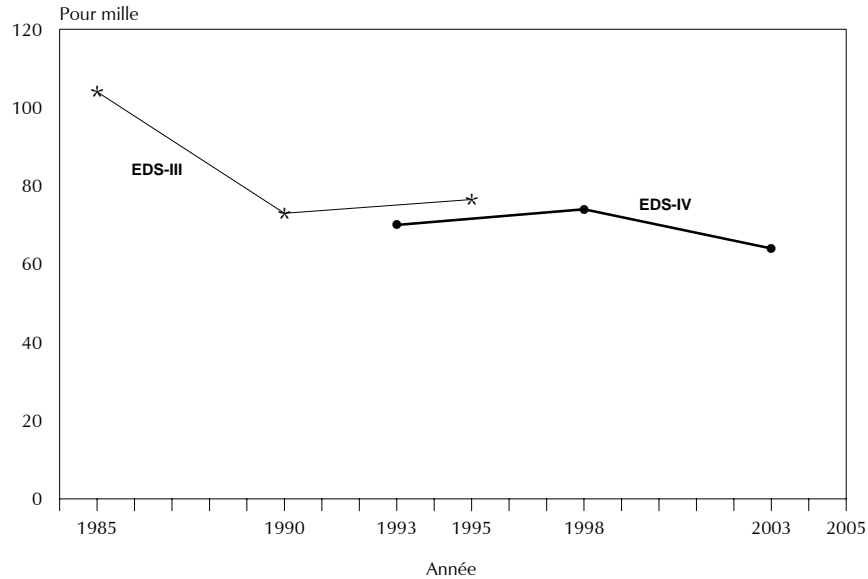
Les graphiques 11.1 et 11.2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des quinze dernières années. Même si au Sénégal le niveau de la mortalité infanto-juvénile reste élevé, les données de l'enquête montrent qu'en quinze ans, il a sensiblement diminué. De 1993 (milieu de la période 10-14 ans avant l'enquête), à 2003 (milieu de la période 0-4 ans avant l'enquête), la mortalité infantile est passée de 70 % à 61 %, soit une baisse de près de 13 %. Par contre, au cours de la même période, la mortalité juvénile et la mortalité infanto-juvénile ont baissé dans des proportions moindres (entre 9 et 10 %), passant de respectivement, 70 % à 64 % et de 135 % à 121 %.

De tous les types de mortalité, c'est donc la mortalité infantile qui a connu la baisse la plus importante et, parmi les composantes de celle-ci, c'est la mortalité néonatale qui a le plus diminué (près de 15 % contre 10 % pour la mortalité post néonatale). Tout bien considéré, le niveau de la mortalité infanto-juvénile au Sénégal n'a que peu baissé au cours des quinze dernières années. Toutefois, il est important de souligner que la mortalité des enfants n'a pas régulièrement baissé dans cette période. En effet, quelle que soit la composante considérée, on note une nette remontée en milieu de période avant une amorce de la baisse en fin de période, même si l'ampleur de cette recrudescence est variable selon le type de mortalité. Elle a été plus forte pour la mortalité post néonatale (près de 21 %) et la mortalité infantile (17 %) et plus faible pour la mortalité juvénile (6 %) et la mortalité infanto-juvénile (11 %).

Graphique 11.1 Tendances de la mortalité infantile selon l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005



Graphique 11.2 Tendances de la mortalité juvénile selon l'EDS-III 1997 et l'EDS-IV 2005



Les graphiques 11.1 et 11.2 permettent de comparer les tendances de la mortalité infantile et juvénile selon l'EDS-III réalisée en 1997 et l'EDS-IV de 2005. Malgré quelques légères différences dues probablement à des erreurs de sondage, on peut dire que les estimations des deux enquêtes, témoignent de la bonne qualité des données relatives aux niveaux et tendances de la mortalité infantile et juvénile au Sénégal. Au cours des quinze dernières années, soit entre 1985-1989 (10-14 ans avant l'EDS-III) et 2001-2005 (0-4 ans avant l'EDS-IV), les niveaux de mortalité n'ont diminué que faiblement. La mortalité infantile estimée à 76,3 ‰ autour de l'année 1995 est passée à 61 ‰ autour de l'année 2003, soit une

baisse de 20 %. Il convient de souligner qu'autour de 1998 une remontée de la mortalité a conduit à un taux de mortalité infantile de 82 ‰, soit une hausse de 20 % par rapport à 1995, suivie d'une baisse de 26 % dans les cinq dernières années. Dans la même période, la mortalité juvénile s'est stabilisée à 64 ‰ après une hausse de près de 17 % en 1995. La mortalité infanto-juvénile a connu une baisse plus importante entre 1985-1989 et 2001-2005 : la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire a baissé de 30 %, passant de 173 ‰ à 121 ‰, suite à une légère remontée de 8 % entre 1995 et 1998.

11.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le calcul des probabilités de décéder dans chacun des sous-groupes de population retenus ici, doit reposer sur un effectif statistiquement suffisant, nécessitant l'observation d'évènements sur une période rétrospective d'au moins dix ans. Le tableau 11.2 présente les quotients de mortalité des enfants dans la période des dix années précédant l'enquête et les différences de niveaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère comme le milieu de résidence où elle vit, sa région administrative, son niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique de son ménage.

Tableau 11.2 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques					
Quotient (‰) de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDS-IV Sénégal 2005					
Caractéristique sociodémographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale ¹ (PNN)	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Milieu de résidence					
Urbain	32	21	52	41	91
Rural	46	36	82	85	160
Région					
Dakar	30	15	44	37	79
Diourbel	53	36	89	98	178
Fatick	56	23	79	82	154
Kaolack	44	35	79	84	156
Kolda	53	48	100	116	205
Louga	28	25	53	45	96
Matam	38	30	68	45	110
Saint-Louis	27	26	52	42	93
Tambacounda	56	44	100	111	200
Thiès	33	27	60	44	101
Ziguinchor	32	38	69	64	129
Niveau d'instruction					
Aucun	45	34	79	78	152
Primaire	32	20	52	44	94
Secondaire ou plus	17	13	30	30	60
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	50	39	89	103	183
Second	47	38	85	87	164
Moyen	41	31	73	69	136
Quatrième	31	22	53	41	92
Le plus riche	27	14	41	25	64

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Les données observées montrent que la mortalité infantile est nettement plus élevée en milieu rural (82 ‰) qu'en milieu urbain (52 ‰). Cette différence persiste au-delà d'un an avec un niveau deux fois plus élevé en milieu rural. En effet, sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 85 décèdent en milieu rural contre seulement 41 en milieu urbain. La tendance est la même pour la mortalité infanto-juvénile, avec un quotient de 76 % plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (160 ‰ contre 91 ‰).

Le niveau de mortalité des enfants varie sensiblement d'une région administrative à l'autre, pouvant passer du simple à plus du double. S'agissant de la mortalité infantile, c'est dans les régions situées au nord du pays comme Dakar (44 ‰), les régions de Saint-Louis (52 ‰) et de Louga (53 ‰) que l'on observe les niveaux les plus faibles et c'est dans les régions de Tambacounda et Kolda (100 ‰), situées au sud, que l'on constate les niveaux les plus élevés.

La mortalité juvénile suit la même tendance que la mortalité infantile mais avec des niveaux et des écarts plus importants entre régions administratives. Les niveaux sont toujours plus faibles dans les régions de Dakar (37 ‰) et de Louga, Matam (45 ‰) et plus élevés dans celles du sud (116 ‰ à Kolda et 11 ‰ à Tambacounda). La mortalité infanto-juvénile présente la même allure avec un minimum dans la région de Dakar (79 ‰) et un maximum dans celle de Kolda (205 ‰). Les niveaux de mortalité plus faibles observés à Dakar reflètent les avantages dont bénéficie la capitale aux plans économique, social, infrastructurel et environnemental. Pourtant, un examen des quotients de mortalité néonatale montre que Dakar (30 ‰) perd sa position privilégiée devant les régions de Saint-Louis (27 ‰) et Louga (28 ‰).

Le niveau de mortalité connaît également des variations importantes suivant le niveau d'instruction de la mère : pour la période 1996-2005, la mortalité infantile varie de 30 ‰ chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus à 79 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. L'EDS-III de 1997 avait montré les mêmes écarts entre les niveaux de mortalité infantile de ces deux catégories (respectivement, 29 ‰ et 76 ‰).

En ce qui concerne la mortalité juvénile, on observe des différences similaires à celles notées pour la mortalité infantile, mais avec des écarts moins importants, les taux variant entre 30 ‰ pour les enfants dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus à 78 ‰ pour ceux dont la mère est sans instruction.

Les données de l'enquête montrent que le niveau de bien-être économique du ménage influe très largement sur le risque de décéder des enfants. En effet, quelle que soit la composante de la mortalité considérée, c'est dans les ménages les plus pauvres que les risques de décéder sont les plus élevés. En ce qui concerne la mortalité néonatale, les résultats montrent que le taux est deux fois plus élevé parmi les ménages les plus pauvres que parmi les ménages les plus riches (50 ‰ contre 27 ‰) ; quant à la mortalité juvénile, elle est quatre fois plus élevée dans les ménages du premier quintile que dans ceux du quintile le plus riche (103 ‰ contre 25 ‰).

Le tableau 11.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix années précédant l'enquête selon certaines caractéristiques des enfants. Il montre qu'à l'exception de la mortalité juvénile pour laquelle les deux sexes ont des niveaux identiques, les garçons présentent, comme dans la plupart des populations, un risque de mortalité légèrement plus élevé que celui des filles : sur 1000 garçons nés vivants 47 décèdent avant l'âge d'un mois contre 35 chez les filles. Le taux de mortalité infantile s'établit à 79 ‰ pour les garçons contre 63 ‰ pour les filles ; entre la naissance et le cinquième anniversaire, 143 garçons sur mille décèdent contre 127 filles sur mille.

Pour analyser l'effet du comportement procréateur des mères sur la mortalité de leurs enfants, ont été retenues les caractéristiques comme l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et l'intervalle entre la naissance précédente et la naissance actuelle. Le tableau 11.3 présente les variations de la mortalité des enfants selon ces caractéristiques.

Alors que certaines conditions favorisent une meilleure santé pour la mère et l'enfant, d'autres aggravent les risques de décéder des nouveaux-nés. On estime par exemple, que les naissances espacées de moins de 2 ans survenues précocement (mères âgées de moins de 20 ans) ou tardivement (mères âgées de plus de 40 ans) courent des risques plus élevés de décéder avant leur cinquième anniversaire. En effet, les résultats de l'enquête montrent que les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 2 ans et/ou ceux dont la mère a moins de 20 ans ou plus de 35 ans courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres. S'agissant de la mortalité infanto-juvénile, par exemple, le risque de décéder décroît avec la durée de l'espacement. Un enfant né à moins de deux ans après l'enfant précédent, court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 188 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ou trois ans, court un risque de respectivement, 136 ‰ et 100 ‰. Lorsque l'espacement est de 4 ans et plus, le risque tombe à 81 ‰, c'est-à-dire à un niveau 2,3 fois plus faible.

Concernant la mortalité infantile aussi, le risque de décès est environ deux fois plus élevé pour les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle comparés à ceux dont l'intervalle avec l'enfant précédent est de trois ans (99 ‰ contre 48 ‰).

Tableau 11.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants					
Quotient (‰) de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS-IV Sénégal 2005					
Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale ¹ (PNN)	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Sexe de l'enfant					
Masculin	47	32	79	69	143
Féminin	35	28	63	69	127
Âge des mères à la naissance					
<20	61	40	101	77	170
20-29	34	27	61	69	126
30-39	41	29	70	67	132
40-49	48	44	93	45	133
Rang de naissance					
1	55	33	88	61	143
2-3	32	26	58	64	118
4-6	36	27	63	74	132
7+	49	42	91	81	164
Intervalle de naissance précédent²					
<2 années	57	42	99	99	188
2 années	36	32	68	73	136
3 années	25	22	48	55	100
4+ années	23	17	40	43	81
Taille de la naissance³					
Petit ou très petit	51	32	83	na	na
Moyen ou gros	26	22	48	na	na
NSP/Manquant	161	63	224	na	na

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.
² Non compris les naissances de rang 1.
³ Quotients pour la période de cinq ans avant l'enquête.
na = Non applicable

Le risque de décéder est plus élevé pour les enfants nés de mères très jeunes ou de mères relativement âgées. Par exemple, les enfants nés d'une mère âgée de moins de vingt ans courent un risque de mourir avant le premier anniversaire supérieur à celui des nouveaux-nés dont la mère est âgée de 20-29 ans au moment de la naissance. Les quotients sont estimés à respectivement, 101 ‰ et 61 ‰, soit un risque 66 % plus élevé pour les enfants nés de mères très jeunes.

Les enfants de mères âgées de 40 ans et plus ne sont pas mieux lotis ; ils courent des risques 52 % plus élevés que ceux dont la mère est âgée de 20-29 ans. Les naissances de rang supérieur à 6, courent des risques de mortalité plus élevés que ceux des naissances de rang inférieur. Le risque de mourir avant le premier anniversaire est de 91 ‰ pour une naissance de rang supérieur à 6 contre 58 ‰ pour une naissance de rangs 2-3, soit un risque 57 % plus important. À ce propos, on peut penser que le risque plus élevé de mortalité infantile observé pour les enfants de rang 1 (plus de 50 % que celui des enfants de 2-3) peut être aggravé par la précocité de la naissance (mère trop jeune).

Les différences de mortalité ainsi observées mettent en évidence les risques importants de mortalité liés aux caractéristiques de la fécondité des femmes, à savoir, la précocité des naissances, le rang élevé de la naissance et la brièveté des intervalles inter gènes.

Le poids à la naissance influe aussi sur les risques de mortalité des enfants. En effet, on constate que les nouveaux-nés petits ou très petits à la naissance (y compris les prématurés) ont une mortalité néonatale près de deux fois élevée que les bébés moyens ou gros (51 ‰ contre 26 ‰) et une mortalité infantile 73 % plus forte (83 ‰ contre 48 ‰).

Bien qu'il existe un écart important entre la mortalité post-néonatale de ces deux groupes d'enfants, l'écart est relativement plus faible : les petits ont un risque de décéder 45 % plus élevé (32 ‰ contre 22 ‰). A ce propos, il convient de souligner que le poids d'un enfant à la naissance dépend très largement de l'état de santé de sa mère, de la maturité biologique et de l'état nutritionnel de celle-ci durant la grossesse. On considère ainsi les grossesses précoces, peu espacées et/ou trop répétées comme favorisant la naissance d'un enfant de faible poids, donc plus vulnérable que les autres.

11.4 MORTALITÉ PÉRINATALE

Les données sur la mortalité périnatale pour la période de cinq ans précédant l'enquête sont présentées au tableau 11.4. Elles sont analysées ici selon certaines caractéristiques sociodémographiques des mères, notamment l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, l'intervalle par rapport à la grossesse précédente, le milieu de résidence, la région administrative et le niveau de bien-être économique du ménage.

Perçue comme un indicateur de la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement, la mortalité périnatale combine la mortinatalité et la mortalité néonatale. Ici, la mortinatalité s'applique aux grossesses de sept mois révolus ou plus qui n'ont pas abouti à une naissance vivante. Pour calculer le taux de mortalité périnatale, on a combiné cette mortalité aux décès d'enfants survenus au cours des 6 premiers jours, rapportée aux grossesses de sept mois ou plus.

Pour cela, on a demandé aux femmes enquêtées, de déclarer les grossesses n'ayant pas abouti à une naissance vivante et pour chaque cas survenu au cours des cinq dernières années, d'indiquer la durée de la grossesse, c'est-à-dire, le nombre de mois écoulés au moment où celle-ci s'est interrompue.

En moyenne, le taux de mortalité périnatale est estimé à 45 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. Cependant, les risques de mortalité périnatale sont particulièrement élevés pour la première grossesse (62 ‰), quand la mère a moins de 20 ans (57 ‰) ou 40 ans ou plus (84 ‰) et plus faibles quand elle a 20-29 ans (39 ‰). Le niveau élevé concernant la première grossesse est sûrement à mettre en relation avec l’immaturité physiologique de la femme et son manque d’expérience en matière de maternité au moment de la grossesse.

Tableau 11.4 Mortalité périnatale				
Nombre de morts-nés, de décès néonataux précoces, et taux de mortalité périnatale pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005				
Caractéristique sociodémographique	Effectif de morts-nés ¹	Nombre de décès des 1ers jours de naissance ²	Taux de mortalité périnatale ³	Effectif de grossesses de durée de 7 mois ou plus
Âge des mères à la naissance				
<20	41	57	57	1 709
20-29	89	120	39	5 362
30-39	63	69	42	3 184
40-49	22	19	84	490
Intervalle en mois depuis la précédente grossesse				
Première grossesse	49	88	62	2 216
<15	11	18	53	550
15-26	47	53	40	2 530
27-38	46	57	37	2 808
39+	63	49	42	2 641
Milieu de résidence				
Urbain	71	94	42	3 913
Rural	144	171	46	6 832
Région				
Dakar	27	45	38	1 931
Diourbel	28	28	43	1 299
Fatick	15	18	51	654
Kaolack	37	48	59	1 432
Kolda	22	32	54	989
Louga	19	14	47	711
Matam	6	7	29	446
Saint-Louis	13	11	35	676
Tambacounda	13	19	40	807
Thiès	30	36	46	1 434
Ziguinchor	5	7	33	365
Niveau d'instruction				
Aucun	174	202	49	7 751
Primaire	34	50	37	2 227
Secondaire ou plus	8	13	27	767
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	47	74	49	2 472
Second	56	60	49	2 388
Moyen	45	52	42	2 283
Quatrième	43	48	46	1 950
Le plus riche	25	31	34	1 652
Ensemble	215	265	45	10 745
¹ Les morts-nés sont des décès foetaux qui se sont produits à 7 mois ou plus de grossesse. ² Les décès néonataux précoces sont des décès qui se sont produits à 0-6 jours parmi les enfants nés vivants. ³ La somme du nombre de morts-nés et de décès néonataux divisée par le nombre de grossesses de 7 mois ou plus.				

Le taux de mortalité périnatale baisse aussi très sensiblement avec l'intervalle qui sépare deux grossesses. Ainsi, plus l'intervalle entre deux grossesses est long, plus le taux de mortalité périnatale est faible : il varie de 53 ‰ à 37 ‰ quand l'intervalle passe de moins de 15 mois à plus de 27 mois. Cependant, même si on peut noter une différence de niveau de mortalité périnatale entre le milieu urbain et le milieu rural, celle-ci n'est pas aussi nette, comparée aux écarts observés selon l'âge de la mère et l'intervalle entre grossesses. En effet, comparée au rural, le niveau observé en urbain est tout juste inférieure de 10 %. Avec un taux de mortalité périnatale de 46 ‰ contre 42 ‰, les mères vivant en milieu urbain bénéficient d'un léger avantage par rapport à celles du milieu rural.

Sur les onze régions administratives du Sénégal, celles dont le taux de mortalité périnatale se situe largement en deçà de la moyenne estimée à 45 ‰ sont les régions de Matam (29 ‰) et de Ziguinchor (33 ‰) ; à l'opposé, les régions de Kolda (54 ‰) et de Kaolack (59 ‰) sont les régions qui détiennent les niveaux les plus élevés.

Les résultats ne permettent pas d'établir une relation forte entre la mortalité périnatale et l'influence positive du degré d'urbanisation des régions, même si les résultats observés dans celles de Ziguinchor et de Saint-Louis vont dans le sens attendu. En effet, Dakar la région la plus urbanisée (à plus de 96 %) occupe la quatrième position seulement, avec un taux de 38 ‰. En revanche, la région de Matam qui est la plus jeune et l'une des plus enclavées, enregistre le niveau le plus faible alors qu'elle n'est pas particulièrement urbanisée et que son développement économique et social n'est pas des plus avancés. C'est qu'en réalité, contrairement à ce qu'on peut penser, la mortalité périnatale, de par sa nature et ses causes, n'est pas aussi fortement associée aux performances du développement économique et social. Toutefois, on ne peut occulter le fait que le suivi prénatal des femmes enceintes au cours des premiers mois de la grossesse joue un rôle important dans le processus conduisant au décès prénatal.

Les résultats montrent aussi que les risques de mortalité périnatale diminuent avec le niveau d'instruction et le niveau de bien être économique. Le taux passe de 49 ‰ quand la femme n'a pas d'instruction, à 27 ‰ quand elle atteint le niveau secondaire et plus, soit 75 % plus faible. Dans le même sens, le taux de mortalité périnatale, estimé à 49 ‰ quand la femme vit dans un ménage des deux premiers quintiles les plus pauvres, tombe à 34 ‰ seulement quand le ménage dans lequel vit la femme est classé dans le quintile le plus riche, soit 44 % plus faible.

Ces résultats pouvant être biaisés par la différence dans la qualité des déclarations, il y a lieu de les interpréter avec prudence. En effet, on doit s'attendre à une meilleure déclaration des mort-nés et des décès néonataux précoces chez les femmes les plus instruites et les plus riches.

Par ailleurs, le rôle et le statut de la femme dans la société peuvent avoir des implications durables sur la survie et le développement de l'enfant. La femme peut être confinée dans son rôle traditionnel d'épouse et de mère, soumise à un ordre social pré-établi et dominé par l'homme. Elle est alors chargée des tâches domestiques et de la prise en charge des enfants et des personnes âgées/malades. Là, elle reste isolée de l'école, du travail hors du foyer et du processus de prise de décisions, même sur des questions qui l'intéressent au premier chef. Ce modèle tend à disparaître avec le processus de modernisation de nos sociétés. La femme peut aussi participer activement à la vie économique et sociale au sens moderne du terme. Elle dispose alors des mêmes opportunités économiques que les hommes, du droit à la parole, du droit de choisir, donc de disposer de sa vie et de son corps, y compris en matière de fécondité. Entre ces deux situations extrêmes, on trouve bien des variantes. On peut donc s'attendre à un impact variable du statut de la femme sur la survie et l'épanouissement de l'enfant.

Le statut de la femme est évalué ici à par le biais de critères spécifiques. Il s'agit du nombre de décisions prises par la femme, de l'opinion de la femme selon laquelle il est justifié que pour certaines raisons une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari et de l'opinion de la femme

selon laquelle il est justifié que pour certaines raisons un homme puisse battre sa femme. Une femme qui participe à un nombre élevé de décisions dans son ménage est considérée comme ayant un pouvoir d'action plus important que celle qui ne participe à aucune décision ou à très peu. De même, une femme qui estime que pour aucune raison, un homme a le droit de battre une femme est considérée comme ayant un statut plus élevé que celle qui pense qu'un homme a le droit de battre une femme quelle qu'en soit la raison ; de même, les femmes qui pensent qu'il est justifié, quelle que soit la raison, qu'une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari réfutent des comportements traditionnels et sont donc considérées comme ayant un pouvoir d'action plus important que les autres. On s'attend donc à ce que la mortalité des enfants soit plus faible parmi les femmes qui ont un statut plus élevé et un pouvoir d'action plus important que parmi les autres.

Les données du tableau 11.5 ne mettent pas en évidence de relation très nette entre le niveau de la mortalité des enfants et le nombre de décisions prises par la femme, même si pour tous les types de mortalité, la situation semble plus favorable quand la femme a été impliquée dans 3-4 décisions. En effet, quel que soit le type de mortalité considéré, le risque de décéder reste pratiquement le même ou varie insensiblement et de manière erratique, variations qu'on ne peut valablement attribuer au nombre de décisions prises par la femme.

Tableau 11.5 Taux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans ayant précédé l'enquête selon les indicateurs du statut de la femme, EDS-IV Sénégal 2005					
Indicateurs du statut de la femme	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale ¹ (PNN)	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Nombre de décisions prises par la femme²					
0	45	30	75	70	139
1-2	39	31	70	69	135
3-4	38	30	68	64	128
5	42	30	72	73	140
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari					
0	32	33	65	54	115
1-2	40	30	70	71	137
3-4	42	30	72	69	136
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme					
0	32	24	56	61	114
1-2	41	29	70	67	132
3-4	43	35	78	70	143
5	50	35	84	82	159

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.
² Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

En revanche, en fonction du second indicateur on constate, alors que l'on s'attendrait au résultat inverse, que le niveau de mortalité des enfants, sauf pour la mortalité post néonatale, est plus faible quand la femme pense que pour aucune raison, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

La relation entre le nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme et le niveau de la mortalité des enfants présente une tendance plus homogène et plus forte : Quelle que soit la composante

de la mortalité, on constate que les niveaux de mortalité des enfants sont plus faibles quand la femme pense que, pour aucune raison, un homme a le droit de battre sa femme ; par contre, c'est quand elle pense que pour cinq raisons, un tel comportement est justifié que les taux sont les plus élevés.

11.5 GROUPES À HAUT RISQUE

Une classification des naissances des cinq dernières années a été établie selon les quatre catégories à hauts risques prédéfinies ci-dessous:

- **Les catégories à risques inévitables :** naissances de rang 1 issues de jeunes femmes âgées de 18 ans à 34 ans ;
- **Les catégories particulières de hauts risques :** naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle inter génésique court (moins de 24 mois) et rang de naissance élevé (supérieur à 3) ;
- **Les catégories à plusieurs hauts risques** les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque suivant l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, l'intervalle inter génésique et le rang de naissance de l'enfant ;
- **Les naissances ne correspondant à aucune des catégories à hauts risques prédéfinies ci-dessus.**

Près du quart des naissances des cinq dernières années avant l'enquête ne correspondent à aucune des catégories à hauts risques identifiées ci-dessus, environ 16 % sont à risques inévitables (enfants de rang 1 et de mère âgée de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans), 38 % sont à haut risque unique et 22 % sont à haut risque multiple (tableau 11.6). Les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque sont prises comme référence pour le calcul du ratio de risque calculé ici, pour mesurer le risque additionnel de décéder, liés à certains comportements procréateurs des mères. Ce ratio de risque est donc défini comme le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Les naissances de rang 1, considérées comme inévitables même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge précoce ou trop tardif (c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans), apparaissent ici comme des naissances à risque. Elles courent un risque de décéder 33 % plus élevé que celui des enfants n'appartenant à aucun des risques considérés, c'est-à-dire, la catégorie de référence.

Hormis les enfants de rang 1 et de mère âgée de 18 à 34 ans, un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque court un risque de décéder 1,27 fois supérieur à celui d'un enfant n'appartenant à aucune des catégories à haut risque prédéfinies ici, soit un risque 27 % plus élevé. Une fécondité précoce des mères accroît le risque de décéder des enfants, puisque les enfants nés d'adolescentes de moins de 18 ans, courent un risque de décéder plus de deux fois plus élevés que celui la catégorie de référence. Il en est de même des naissances tardives qui courent un risque 1,31 fois plus élevé lorsque leurs mères les ont mises au monde après 34 ans. De même, un intervalle inter génésique court est un facteur aggravant du risque de décéder déjà élevé. En effet, un enfant né moins de 24 mois après son aîné court un risque de décéder 1,25 fois plus élevé que la catégorie de référence.

Tableau 11.6 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDS-IV Sénégal 2005

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années ayant précédé l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement mariées ¹
	Pourcentage de naissances	Ratio de risque	
Ne se trouve dans aucune catégorie de haut risque	24,8	1,00	15,6 ^a
Catégorie à risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	15,7	1,33	9,7
Catégorie particulière de haut risque			
Âge des mères <18	6,7	2,09	2,5
Âge des mères >34	1,0	1,31	4,3
Intervalle intergénénesique <24 mois	6,2	1,25	10,0
Rang de naissance >3	23,9	1,04	13,5
Sous total	37,9	1,27	30,3
Catégorie à plusieurs hauts risques			
Âge <18 et intervalle intergénénesique <24 mois ²	0,7	1,66	0,6
Âge >34 et intervalle intergénénesique <24	0,1	0,00	0,3
Âge >34 et rang de naissance >3	12,8	1,39	26,6
Âge >34 et intervalle intergénénesique <24 mois et rang >3	1,6	2,57	5,4
Intervalle intergénénesique <24 mois et rang de naissance >3	6,4	1,50	11,6
Sous total	21,6	1,51	44,4
Dans une catégorie à haut risque évitable	59,5	1,36	74,7
Total	100,0	na	100,0
Nombre de naissances	10 534	na	9 866

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés parmi les enfants appartenant à chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés parmi les enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques.

¹ Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge actuel inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, ou la dernière naissance était de rang 3 ou plus.

² Y compris la catégorie : âge < 18 ans et RG > 3.

^a Y compris les femmes stérilisées

na = Non applicable

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de la catégorie de haut risque multiple sont les plus exposés : ils courent un risque de décéder 1,51 fois plus élevé que celui des enfants de la catégorie de référence qui ne courent aucun des risques prédéfinis. Les catégories les plus sérieusement exposées sont les enfants de rang supérieur à 3, nés à moins de 24 mois d'intervalle de leur aîné et dont la mère est âgée de plus de 34 ans : ils courent un risque plus de deux et demi plus élevé (2,57 fois) que la catégorie de référence.

Ces résultats montrent qu'un espacement des naissances adéquat présente plusieurs avantages dont une meilleure santé par le contrôle du nombre de naissances, mais aussi une augmentation significative des chances de survie pour l'enfant.

L'analyse vise aussi à déterminer la proportion qui pourrait avoir un comportement procréateur à haut risque, parmi les femmes actuellement en union. A cette fin, considérant l'âge actuel des femmes, l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et le rang de leur dernière naissance, nous avons cherché à déterminer la catégorie à laquelle appartiendrait leur prochaine naissance, si chacune d'elles concevait un enfant au moment de l'enquête. En clair, il s'agit de déterminer, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité, la proportion de futures naissances qui entrerait dans chacune des catégories à risque définies ici. Le tableau 11.6 indique que moins de 16 % des enfants à naître n'appartiendraient à aucune catégorie à haut risque alors que près de trois enfants sur quatre (75 %) seraient classés sous une de ces catégories à haut risque. L'observation montre qu'en l'absence de toute régulation des naissances, ces trois quarts d'enfants nés de femmes en union viendraient au monde avec un haut risque de mortalité 1,43 fois supérieur à celui des enfants déjà nés (près de 60 %). Cela suggère que la réduction des hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants sénégalais passe nécessairement par la mise en place immédiate de mécanismes de régulation de la fécondité.

Mohamed Ayad

12.1 INTRODUCTION

La mortalité maternelle est l'indicateur de santé montrant la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. Pratiquement tous les décès liés à la grossesse et à l'accouchement (95 %) se produisent en Afrique et en Asie. En Afrique subsaharienne, les femmes ont une chance sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre une chance sur 4 000 dans les pays riches. Donc, le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles renseignent sur la santé des femmes, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

L'Enquête Démographique et de Santé menée au Sénégal en 1992-1993 (EDS-II, 1992-93) a collecté pour la première fois des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe et indirecte. Cette enquête EDS de 2005 est la deuxième du genre qui permet également de mesurer les niveaux de mortalité maternelle en utilisant les mêmes méthodes d'estimation que celles de l'EDS-II de 1992-1993. Ces estimations se font à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; si elle est décédée, on a posé des questions sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussell et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Etant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des

conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête. Mais dans ce qui suit, on se limitera à présenter la méthode directe d'estimation.

12.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe E (Section 10 du questionnaire individuel). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, on a demandé à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui sont encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pourraient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, on a posé à la femme d'autres questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- « *(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?* » Si la réponse est non ou ne sait pas, on a posé la question suivante :
- « *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* » Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- « *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?* »

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. Tous ces décès sont considérés comme des décès maternels.

12.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Que l'on utilise la méthode directe ou indirecte, l'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus de données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs—informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 12.1.

Tableau 12.1 Complétude de l'information sur les frères et soeurs

Nombre de frères et soeurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées, concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDS-IV Sénégal 2005

	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Total des frères et soeurs	42 600	100,0	43 774	100,0	86 373	100,0
Survivants	35 478	83,3	35 641	81,4	71 118	82,3
Décédés	7104	16,7	8 108	18,5	15 213	17,6
ND/Manquant	18	0,0	24	0,1	42	0,0
Total des survivants	35 478	100,0	35 641	100,0	71 118	100,0
Âge déclaré	35 237	99,3	35 421	99,4	70 658	99,4
ND/Manquant	240	0,7	220	0,6	460	0,6
Total des décédés	7 104	100,0	8 108	100,0	15 213	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	6 829	96,1	7779	95,9	14 608	96,0
Âge au décès manquant	77	1,1	98	1,2	175	1,2
Nombre d'années manquantes	86	1,2	93	1,1	179	1,2
Âge et nombre d'années manquantes	113	1,6	138	1,7	251	1,6

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la quasi-totalité des sœurs survivantes (99,4 %), et un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 96,0 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes¹. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 12.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas du Sénégal, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à 1978, et elle

¹ L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et sœur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et sœurs « encadrants ». Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisé comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

est la même que celle des enquêtées², ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous-déclaration des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non, n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 12.2.

Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 103 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. Dans le cas sénégalais, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée : il se situe entre de 101 à 106. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs.

La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêtée) est de 7,0, ce qui est très proche de la parité finale passée des femmes au Sénégal. L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée montre une taille moyenne constante de 7,1 enfants pour la période 1968-1982. Pour les autres périodes, la taille varie entre 6,6 et 6,9 enfants. Ainsi, la quasi-stabilité des tailles moyennes semble indiquer, comme les résultats précédents, qu'aucune omission importante de frères et sœurs n'a été commise par les enquêtrices.

Avec ce type de données, peut se poser un autre problème : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation.

En ce qui concerne les estimations de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 7 années (c'est-à-dire 0-6 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 7 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

² On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1955-1990), celles des frères et sœurs portent sur 85 ans (1919-2004).

Tableau 12.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, rapport de masculinité à la naissance, et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDS-IV Sénégal 2005

Année de naissance	Enquêtées	Frères/sœurs
Avant 1958	3,4	6,4
1958-62	7,6	6,4
1963-67	9,6	9,2
1968-72	12,5	11,7
1973-77	14,9	14,1
1978-82	17,8	15,7
1983-87	22,7	13,7
1988 ou plus tard	11,7	22,9
Total	100,0	100,0
Intervalle	1955-1990	1919-2004
Médiane	1978	1978
Effectif	14 602	86 333

Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité à la naissance
Avant 1963	6,6	100,7
1963-67	6,8	103,0
1968-72	7,1	106,1
1973-77	7,1	102,3
1978-82	7,1	102,6
1983-87	6,9	102,7
1988-92	6,7	101,5
Ensemble	7,0	103,0

12.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 1998-2004, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 12.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (512 femmes et 541 hommes), de sorte que les taux individuels sont basés sur des événements relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Pour les femmes, les taux estimés présentent peu de variations de 15 à 34 ans puis augmentent, comme attendu, aux âges 35 ans ou plus. La tendance générale semble plausible, avec une augmentation par un facteur de plus de deux et demi entre le taux pour le plus jeune groupe d'âges (environ 2,0 pour 1 000 femmes) et le groupe d'âges le plus élevé (environ 5,6 pour 1 000 femmes). Les taux de mortalité pour les hommes présentent la même tendance par âge, mais l'augmentation au groupe d'âges le plus élevé est nettement supérieure à celle observée chez les femmes. D'ailleurs le taux du groupe d'âges le plus élevé étant presque quatre fois supérieur à la moyenne du taux du groupe d'âges le plus jeune (passant de 1,9 pour 1 000 à 7,7 pour 1 000).

Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes de la mortalité puisque les données sur la mortalité des sœurs constituent la base des données pour la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données exactes sur la mortalité au Sénégal, l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 12.3. Parmi les tables-types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité de l'Afrique de l'Ouest et au Modèle Général ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du type de mortalité infantile et juvénile du Sénégal. Pour ce qui est des tables-types de mortalité hypothétique pour l'Afrique de l'Ouest, les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité approximativement égal au quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) estimé pour la période de dix ans précédant l'EDS-IV³. Au niveau des tables-types de mortalité correspondant au modèle Général, les taux ont été sélectionnés à un taux de mortalité infantile ${}_1q_0$ pour la période de 10 ans précédant l'enquête⁴. Le choix de ${}_1q_0$ dans l'application du Modèle Général au lieu de ${}_5q_0$ se justifie par le fait qu'au Sénégal, comme dans les autres pays du sahel, il y a une sur-mortalité juvénile entre 1 et 4 ans (surtout entre 1 et 2 ans) qui ne suit pas le schéma classique de l'évolution de la mortalité infanto-juvénile dans les autres pays. Cette sur-mortalité pourrait s'expliquer par le contexte environnemental et les conditions sociales et culturelles telles que les pratiques inadéquates d'alimentation des enfants.

³ Les estimations de la probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire (${}_5q_0$) sont de 127 pour 1 000 pour le sexe féminin et de 143 pour 1 000 pour le sexe masculin pour la période de dix ans précédant l'enquête (voir chapitre 10).

⁴ Les estimations de la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire (${}_1q_0$) sont de 63 pour 1 000 pour le sexe féminin et de 79 pour 1 000 pour le sexe masculin pour la période de dix ans précédant l'enquête (voir chapitre 10).

Pour les femmes et les hommes, les taux de mortalité adulte estimés sont nettement supérieurs aux taux extrapolés du modèle d’Afrique de l’Ouest et très proche de ceux du Modèle Général (graphique 12.1). En outre, pour les deux sexes, les différents taux par âge, estimés par l’EDS-IV présentent des variations relativement régulières. La validité des données collectées par le biais d’enquêtes rétrospectives peut être affectée par l’omission d’évènements et la mauvaise datation des évènements déclarés. Dans le cadre de cette enquête, les estimations sont probablement entachées de sous-déclarations, surtout pour les évènements les moins récents, bien qu’à l’évidence, on ne constate pas de problème majeur de ce type. L’évaluation par comparaison aux modèles de mortalité des Nations Unies tend à confirmer la qualité des données sur la survie des frères et sœurs, et les estimations de mortalité basées sur ces données semblent tout à fait plausibles.

Tableau 12.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimations directes de la mortalité adulte par âge à partir des données concernant l’état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, pour la période 1998-2005, et taux des tables-types de mortalité, EDS-IV Sénégal 2005

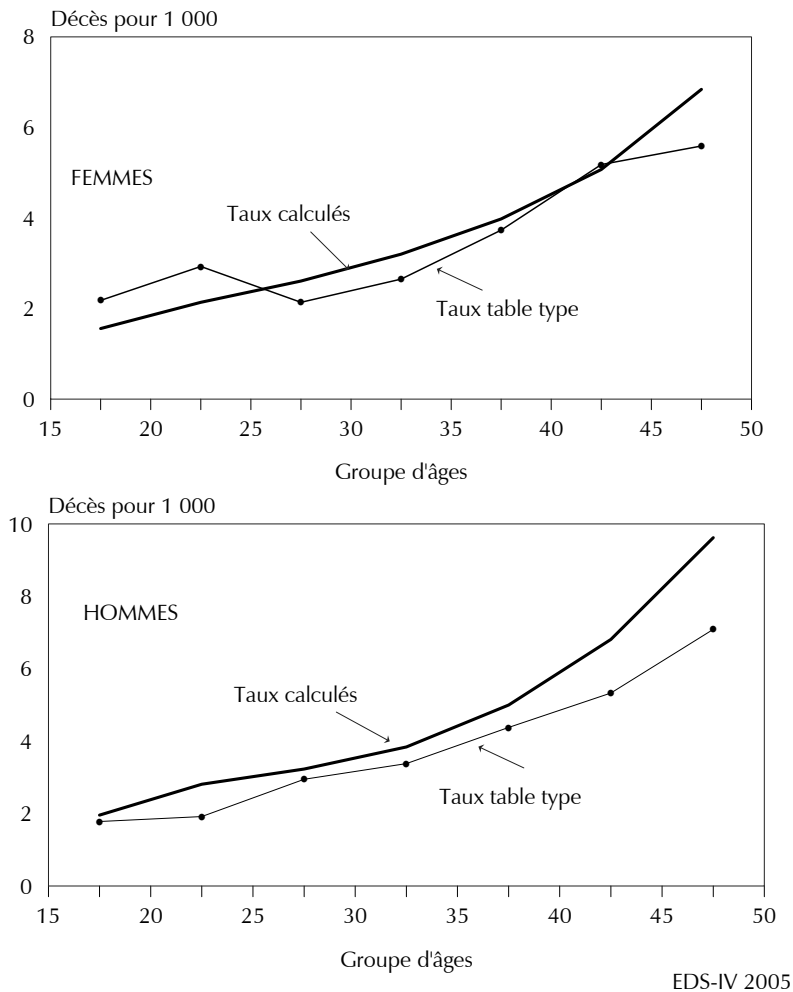
Groupe d’âges	Taux estimés pour 1998-2005			Table type de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l’Afrique de l’Ouest ¹	Taux de mortalité extrapolés ²	Table type de mortalité des Nations Unies Modèle Général ³
	Décès	Année d’exposition	Taux (‰)	(Taux ‰)	(Taux ‰)	
SEXE FÉMININ						
15-19	76	37 216	2,03	2,18	1,20	1,56
20-24	112	38 349	2,93	2,96	1,63	2,14
25-29	72	33 742	2,14	3,39	1,86	2,61
30-34	71	26 964	2,65	4,22	2,32	3,20
35-39	74	19 977	3,73	5,04	2,77	3,98
40-44	66	12 680	5,18	5,39	2,96	5,07
45-49	40	7 226	5,59	6,35	3,49	6,84
15-49	512	176 154	2,91			
SEXE MASCULIN						
15-19	67	37 653	1,78	1,00	0,70	1,96
20-24	76	39 472	1,92	1,52	1,07	2,81
25-29	98	33 208	2,95	1,79	1,25	3,23
30-34	87	25 860	3,38	2,27	1,59	3,85
35-39	88	20 111	4,38	3,42	2,40	5,00
40-44	70	13 132	5,33	4,70	3,30	6,81
45-49	55	7 089	7,69	7,09	4,97	9,62
15-49	541	176 525	3,06			

¹ Les taux des tables types proviennent du modèle de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l’Afrique de l’Ouest, selon une valeur de ${}_5q_0$ égale à 233 ‰ pour le sexe féminin et 255 ‰ pour le sexe masculin.

² Les taux sont extrapolés à partir des tables types provenant du modèle de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l’Afrique de l’Ouest, selon une valeur de ${}_5q_0$ pour la période de dix ans précédant l’EDS-IV, à savoir ${}_5q_0 = 127$ ‰ pour le sexe féminin et 143 ‰ pour le sexe masculin.

³ Les taux des tables types proviennent du modèle de mortalité des Nations Unies, modèle général, selon une valeur de ${}_1q_0$ pour la période de dix ans précédant l’EDS-IV, à savoir ${}_1q_0 = 63$ ‰ pour le sexe féminin et 76 ‰ pour le sexe masculin.

Graphique 12.1 Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDS-IV et taux des tables types de mortalité



12.5 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont présentées au tableau 12.4. Le nombre de décès maternels est estimé à 121 pour la période de 0-6 ans avant l'enquête. La tendance des taux par cause maternelle par âge est quelque peu irrégulière. Toutefois, l'on constate que le taux le plus élevé est observé chez le groupe d'âges 35-39 ans, suivi de celui de 40-44 ans. Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition est égale à 0,66 pour la période 1998-2005. Cette estimation est nettement plus faible que celle trouvée lors de l'EDS-II de 1992-1993 (1,11 pour la période 1986-1992).

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (tableau 12.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque

obstétrical de la grossesse et de la maternité. Les taux de mortalité maternelle sont de 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-6 ans avant l'enquête⁵. Ce taux a connu une baisse non négligeable par rapport à celui estimé par l'EDS-II de 1992-1993. Il était de 510 pour la période de 1986-1992.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 12.4), par groupe d'âges, pour la période 1998-2005 laissent apparaître de fortes variations qui atteignent leur maximum à 30-34 ans où plus d'un décès sur trois (35 %) est dû à des causes maternelles. À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), trois décès sur dix (30 %) seraient dus à des causes maternelles.

Tableau 12.4 Estimation directe de la mortalité maternelle				
Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des soeurs des femmes enquêtées pour la période 0-6 ans avant l'enquête, EDS-IV Sénégal 2005				
Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux par cause maternelle	Proportion de décès maternels
15-19	16	37 216	0,44	0,27
20-24	29	38 349	0,75	0,23
25-29	22	33 742	0,65	0,20
30-34	17	26 964	0,63	0,35
35-39	24	19 977	1,22	0,33
40-44	10	12 680	0,81	0,34
45-49	2	7 226	0,29	0,30
Total	121	176 154	0,67 ¹	0,30
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰)			166 ¹	
Taux de mortalité maternelle (TMM) ²			401	

¹ Taux standardisés par âge
² Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans/TGFG.

12.6 DISCUSSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'ED-IV pour la période 1998-2005 est de 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées dans d'autres pays africains sont présentés au graphique 12.2.

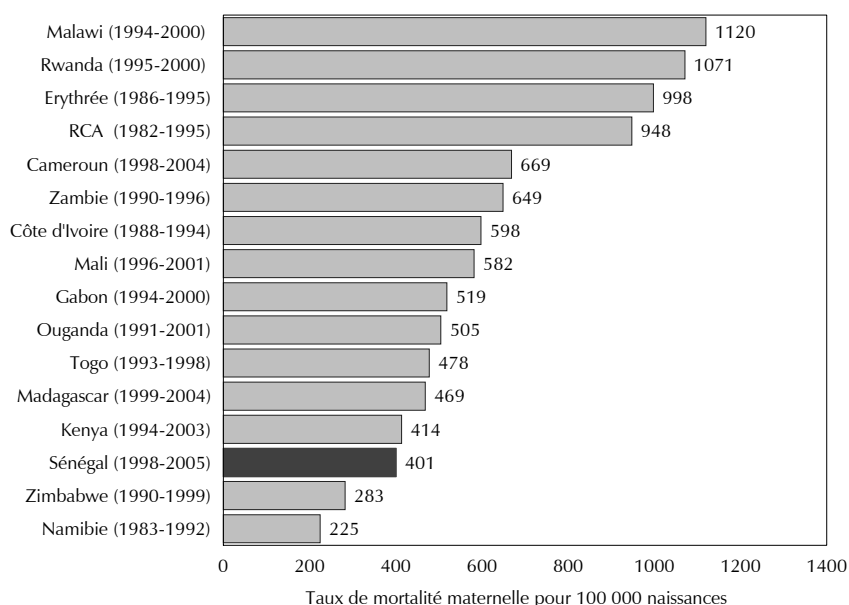
Malgré une apparente baisse de la mortalité maternelle au Sénégal, elle reste, toutefois, relativement élevée, comme dans le reste des pays de la région avec des taux se situant dans leur majorité entre plus de 500 et 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

⁵ Les taux par milieu de résidence sont estimés à 309 pour 100 000 naissances en milieu urbain et 472 pour 100 000 naissances en milieu rural (le tableau n'est pas présenté ici).

Les résultats de l'EDS-IV suggèrent que pour réduire davantage le taux de mortalité maternelle, le Sénégal a besoin de prendre des mesures à plusieurs niveaux :

- 1) Améliorer le taux de prévalence contraceptive moderne qui reste encore faible (10.3 % pour l'ensemble du pays), surtout dans les zones rurales (5 %) où l'accès à l'information et aux services de planification familiale de qualité reste limité. La contraception est un des déterminants-clé de la fécondité qui est encore élevée au Sénégal puisqu'elle dépasse la barre de 5 enfants par femme.
- 2) Encourager les filles à différer davantage l'âge au premier mariage qui, bien qu'il ait augmenté au cours de la dernière décennie, reste encore précoce où presque la moitié des femmes sénégalaises se marie avant l'âge de 18 ans. Des analyses différentielles de la mortalité maternelle selon la parité et l'intervalle entre naissances suggèrent qu'il existe un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle inter-génésique court.
- 3) Augmenter les services de visites prénatales et d'accouchement dans les établissements sanitaires, surtout dans les zones rurales où seulement 33 % des femmes rurales ont accouché avec l'aide d'un agent de santé qualifié.
- 4) Éduquer les femmes, les familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques, et en particulier les accouchements trop longs. Il est particulièrement important de faire comprendre aux membres de la communauté que les femmes ont besoin de soins d'urgence en cas de complications au cours de l'accouchement.

Graphique 12.2 Mortalité maternelle au Sénégal et en Afrique subsaharienne



Nafissatou J. Diop

Tradition séculaire, l'excision est pratiquée essentiellement en Afrique. Si à l'heure actuelle, on pense situer avec certitude son origine géographique et historique—l'excision serait apparue en Égypte, il y a près de 3000 ans—il est difficile d'en comprendre les motivations tant elles sont diverses. Celles-ci vont de la préservation de la virginité et du contrôle de la sexualité de la femme à certaines croyances, y compris religieuses, alors que l'excision est aussi bien pratiquée par les musulmans, que par les chrétiens et les animistes. Bien que les types d'excision varient en fonction des régions et de l'appartenance ethnique, on recense généralement trois formes d'excision : l'ablation du clitoris (clitoridectomie), l'ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres (excision)¹ et l'ablation du clitoris et des grandes et petites lèvres avec suture du sexe (infibulation). Les conséquences immédiates et à long terme de cette pratique sur la santé varient selon le type et la gravité de l'intervention. Malgré la mobilisation internationale pour tenter de mettre fin à cette pratique et les mesures répressives mises en place par certains pays africains, les statistiques actuelles ne laissent guère présager du déclin de cette pratique. Cependant, au Sénégal, en 1999, une loi a été adoptée et un plan d'action a été élaboré dont l'objectif est l'abandon de cette pratique d'ici 2015. Ce plan prévoit des actions au niveau de toutes les couches sociales : programmes de formation de personnes ressources, sensibilisation et éducation des communautés, actions de plaidoyers auprès des parlementaires, des autorités politiques et administratives et des partenaires au développement.

Pour évaluer l'ampleur de cette pratique dans le pays, des données ont été collectées, pour la première fois, au cours de l'EDS-IV qui permettent d'estimer la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées, de connaître les types d'excision pratiqués, ainsi que l'âge des femmes au moment de l'excision et le type de personne qui a procédé à l'excision. On a également demandé aux femmes si, parmi leurs filles, certaines avaient subi cette pratique pour déterminer dans quelle mesure cette pratique se perpétuait d'une génération de femmes à l'autre. Dans le cas d'une réponse affirmative, des informations ont été collectées concernant la fille qui a été le plus récemment excisée. En outre, pour connaître l'opinion des femmes au sujet de l'excision, on leur a également posé des questions sur leur opinion concernant la poursuite ou l'arrêt de cette pratique, sur les complications au moment ou après l'excision des filles et sur les avantages pour une fille d'être excisée ou non. Aux hommes, on a posé une série de questions sur leur connaissance et leur opinion au sujet de l'excision. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

13.1 CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION

Selon les résultats du tableau 13.1, on constate que la quasi-totalité des hommes (92 %) et des femmes (94 %) ont déclaré connaître l'excision. Les résultats montrent que quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, les proportions d'hommes et de femmes ayant déclaré connaître l'excision sont élevées. Tout au plus, peut-on souligner que parmi les hommes et les femmes âgés de 15-19 ans (respectivement, 81 % et 88 %), les hommes des régions de Diourbel et de Fatick (respectivement, 83 % et 84 %), ces proportions sont légèrement plus faibles qu'ailleurs.

¹ Bien que le terme « excision » corresponde à une forme d'ablation bien spécifique, dans la suite de ce chapitre, ce terme sera également utilisé pour désigner, de façon générique, les différentes formes que peut prendre cette intervention.

Tableau 13.1 Connaissance et pratique de l'excision

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

Caractéristiques sociodémographique	Proportion d'hommes connaissant l'excision	Effectif d'hommes	Proportion de femmes connaissant l'excision	Proportion de femmes excisées	Effectif de femmes	Type d'excision				Total	Effectif de femmes excisées
						Parties de chair enlevées	Entaille, pas de chair enlevée	Fermeture du vagin	NSP		
Groupe d'âges											
15-19	80,8	926	87,9	24,8	3 556	84,6	0,0	8,5	6,9	100,0	882
20-24	92,3	645	94,7	28,0	2 844	83,8	0,2	10,8	5,1	100,0	798
25-29	97,3	537	95,6	28,4	2 379	81,8	0,5	12,8	4,9	100,0	676
30-34	96,9	399	96,2	30,1	1 953	79,5	0,2	15,2	5,1	100,0	589
35-39	96,7	318	97,3	30,5	1 613	81,4	0,5	13,5	4,6	100,0	491
40-44	99,0	316	96,5	30,3	1 249	87,8	0,0	9,4	2,8	100,0	379
45-49	96,5	275	97,0	30,6	1 009	78,5	0,0	17,2	4,3	100,0	308
50-59	97,5	346	na	na	na	na	na	na	na	100,0	na
Milieu de résidence											
Urbain	94,7	2 101	96,7	21,7	7 117	76,9	0,4	15,4	7,3	100,0	1 545
Rural	89,5	1 660	91,5	34,4	7 485	86,2	0,1	9,8	3,8	100,0	2 578
Région											
Dakar	95,0	1 186	96,3	17,3	3 866	65,5	0,8	21,7	11,9	100,0	668
Diourbel	82,9	309	90,0	1,8	1 548	77,0	0,0	13,9	9,1	100,0	28
Fatick	84,0	174	92,2	5,7	708	75,5	1,7	9,0	13,7	100,0	41
Kaolack	89,6	369	90,4	11,3	1 642	66,0	0,0	27,9	6,1	100,0	185
Kolda	97,4	295	99,5	93,8	1 047	91,5	0,1	7,3	1,1	100,0	982
Louga	85,4	155	80,1	4,1	915	88,6	0,0	6,2	5,2	100,0	38
Matam	93,3	109	98,4	93,3	543	84,0	0,2	10,4	5,4	100,0	506
Saint-Louis	92,1	210	94,6	44,4	947	89,6	0,0	9,2	1,2	100,0	420
Tambacounda	95,3	247	97,9	85,6	851	84,6	0,1	11,2	4,1	100,0	729
Thiès	93,3	538	95,2	7,0	1 974	76,7	0,0	13,7	9,6	100,0	137
Ziguinchor	96,2	170	99,2	69,3	562	88,4	0,0	5,6	6,0	100,0	389
Niveau d'instruction											
Aucun	88,7	1 220	92,2	33,7	6 743	84,5	0,3	11,0	4,2	100,0	2 274
Primaire	91,1	1 408	94,4	25,3	5 633	82,4	0,0	12,5	5,0	100,0	1 425
Secondaire ou plus	98,0	1 133	98,4	19,1	2 226	74,4	0,7	14,7	10,2	100,0	424
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	89,4	581	88,2	38,6	2 433	87,4	0,0	10,4	2,2	100,0	939
Second	89,4	556	93,8	42,6	2 565	86,3	0,3	9,5	3,9	100,0	1 092
Moyen	90,3	678	93,0	32,2	2 839	85,6	0,0	9,9	4,4	100,0	914
Quatrième	93,8	842	96,3	22,5	3 154	72,4	0,4	18,9	8,2	100,0	710
Le plus riche	95,7	1 104	96,8	13,0	3 610	75,0	0,6	14,0	10,4	100,0	468
Ethnie											
Wolof	89,4	1 481	91,0	1,6	5 799	62,2	0,0	23,0	14,9	100,0	91
Poular	94,0	861	96,8	62,1	3 684	83,1	0,1	12,1	4,7	100,0	2 288
Serer	90,4	580	92,0	1,8	2 316	56,7	1,7	27,6	14,0	100,0	42
Mandingue	98,2	267	98,7	73,7	674	89,0	0,0	7,9	3,1	100,0	497
Diola	96,3	194	98,6	59,7	710	82,2	0,6	10,4	6,9	100,0	424
Soninké	96,9	160	99,3	78,2	402	79,6	0,0	13,2	7,1	100,0	314
Autre	97,6	219	97,3	45,9	1 011	82,9	0,8	12,5	3,8	100,0	464
NSP	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	3
Religion											
Musulmane	92,3	3 600	93,9	29,1	13 931	83,0	0,2	11,7	5,1	100,0	4 049
Chrétienne	96,1	146	96,8	10,9	647	68,6	0,9	24,9	5,6	100,0	70
Autre/ND	*	5	*	*	24	*	*	*	*	100,0	4
Ensemble	92,4	3 761	94,0	28,2	14 602	82,7	0,2	11,9	5,1	100,0	4 123

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

na = Non applicable

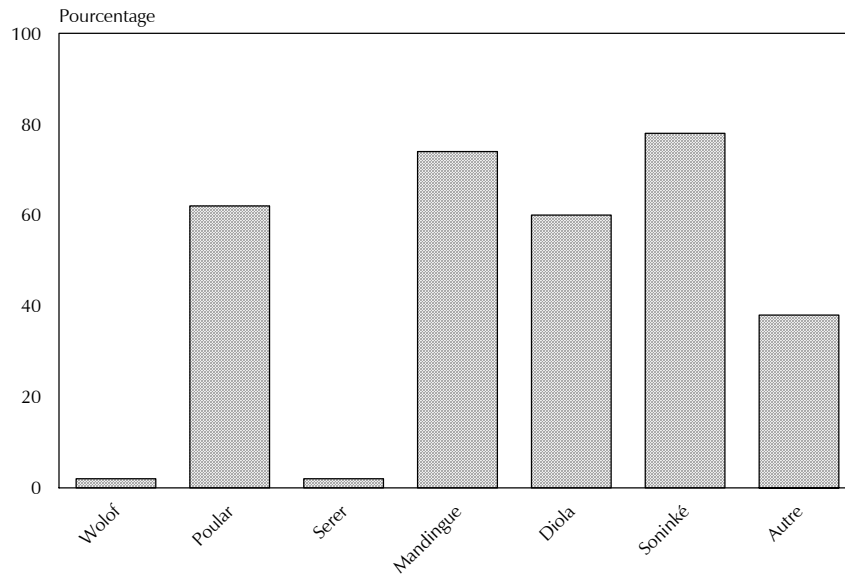
Compte tenu des difficultés à obtenir des informations fiables sur le type d'excision subie, au cours de l'enquête, on a uniquement demandé aux femmes si on leur avait fait une simple entaille ou si on leur avait enlevé des morceaux de chair dans la zone des organes génitaux. Cette information ne permet pas de définir le type d'excision mais elle permet au moins de différencier une certaine forme « symbolique » consistant à faire une « simple » entaille de l'excision proprement dite consistant en l'ablation d'une partie plus ou moins importante des organes génitaux externes de la femme. En outre, pour essayer d'identifier les femmes ayant subi la forme la plus radicale d'excision, à savoir une infibulation, on a posé aux enquêtées la question suivante : « *lors de votre excision, vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ?* ».

Au Sénégal, plus d'un quart des femmes sont déclaré avoir été excisées (28 %). En ce qui concerne le type d'excision pratiquée, on remarque que, dans la majorité des cas (83 %) l'intervention a consisté à enlever des chairs. Dans 12 % des cas, on a procédé à la forme la plus radicale puisque il y a eu fermeture du vagin.

Les résultats selon l'âge montrent une légère baisse des proportions de femmes excisées des générations anciennes aux plus récentes : en effet, de 31 % dans le groupe 45-49 ans, la proportion passe à 25 % dans le groupe 15-19 ans.

La prévalence au niveau national cache de fortes disparités. En effet, les résultats selon le milieu de résidence montrent que les proportions de femmes excisées sont plus élevées en milieu rural (34 %) qu'en milieu urbain (22 %). Selon la région, on constate que c'est dans les régions du Sud, du Nord et de l'Est que les proportions de femmes ayant déclaré avoir été excisées sont les plus élevées. En effet, les régions de Kolda et Matam se caractérisent par une prévalence très élevée (respectivement, 94 % et 93 %). Elles sont suivies par les régions de Tambacounda (86 %), de Ziguinchor (69 %) et de Saint-Louis (44 %). À Dakar, région de forte immigration, la prévalence n'est que de 17 %. À l'opposé, dans les régions de Thiès (7 %), de Louga (4 %) et surtout de Diourbel (2 %) les proportions de femmes excisées sont beaucoup plus faibles. Le niveau d'instruction semble avoir une influence sur la prévalence de l'excision qui est plus faible chez les femmes de niveau secondaire ou plus que chez les autres : 19 % contre 25 % chez celles de niveau d'instruction primaire et 34 % chez celles sans instruction. Les résultats selon le quintile de bien-être montrent que la prévalence est nettement plus faible parmi les femmes des ménages du quintile le plus riche que dans les autres (13 % contre 39 % et 43 % dans les ménages des deux quintiles les plus pauvres). En outre, on observe que la proportion de femmes excisées est plus élevée chez les musulmanes (29 %) que chez les chrétiennes (11 %). L'appartenance ethnique influence de manière très nette la fréquence de la pratique de l'excision (graphique 13.1). C'est parmi les ethnies Soninké (78 %) et Mandingue (74 %) que la prévalence de l'excision est la plus forte, viennent ensuite les Poular (62 %) et les Diola (60 %), ce qui est cohérent avec les résultats observés au niveau des régions Sud, Nord et Est où ces ethnies sont majoritaires. À l'opposé, parmi les femmes Wolof et Serer, cette pratique est peu fréquente (2 %).

Graphique 13.1 Pratique de l'excision selon l'ethnie



EDS-IV 2005

13.2 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FEMMES ENQUÊTÉES

Le tableau 13.2 et le graphique 13.2 présentent les données sur l'âge à l'excision des femmes enquêtées. Il apparaît qu'une grande majorité d'enquêtées (60 %) n'ont pas été en mesure de donner un âge précis, mais situe l'évènement durant la petite enfance. Cependant dans 4 % 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 15 % des cas, l'excision a eu lieu entre 5-9 ans et pour 6 % des femmes, l'excision a été effectuée à un âge plus tardif, après 10 ans. En outre, on note que seulement 6 % des femmes n'ont pu donner aucune indication concernant l'âge auquel elles ont été excisées.

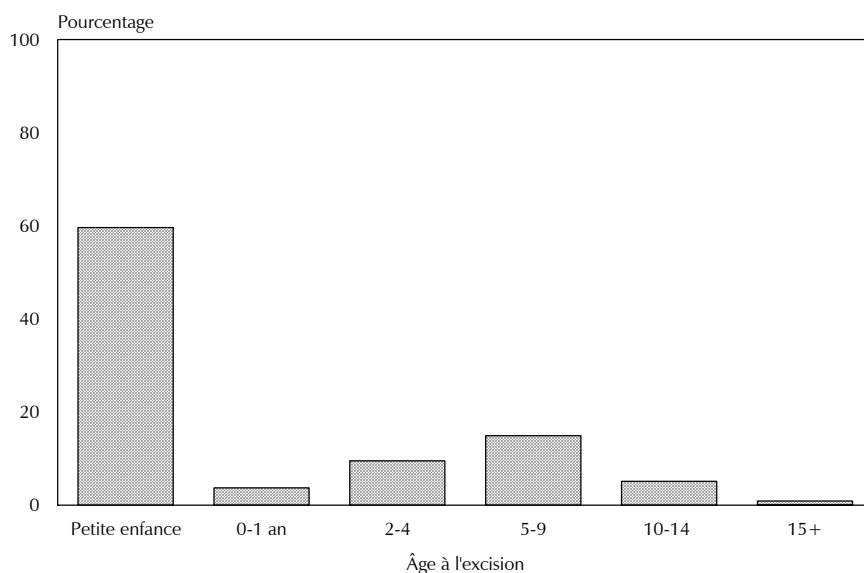
Tableau 13.2 Âge des enquêtées à l'excision

Répartition des femmes excisées par âge à l'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques sociodémographique	Âge à l'excision							Total	Effectif de femmes excisées
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+	NSP/ND		
Groupe d'âges									
15-19	57,6	3,1	10,0	14,8	4,5	0,7	9,3	100,0	882
20-24	58,7	4,0	10,4	15,0	4,8	1,2	5,9	100,0	798
25-29	59,1	3,6	8,6	17,8	4,1	0,8	6,0	100,0	676
30-34	61,3	3,6	9,3	15,0	5,7	0,3	4,8	100,0	589
35-39	62,7	4,3	8,8	14,2	4,5	0,6	4,9	100,0	491
40-44	60,9	2,4	9,9	12,4	6,2	0,8	7,4	100,0	379
45-49	58,4	5,1	8,5	13,3	8,1	3,0	3,7	100,0	308
Milieu de résidence									
Urbain	56,7	3,2	7,4	20,7	5,2	1,5	5,3	100,0	1 545
Rural	61,3	4,0	10,7	11,5	5,1	0,6	6,9	100,0	2 578
Région									
Dakar	51,5	2,3	7,8	24,6	4,7	1,4	7,6	100,0	668
Diourbel	44,2	0,0	4,1	26,3	5,8	4,3	15,4	100,0	28
Fatick	61,5	2,5	5,1	13,4	13,2	1,7	2,5	100,0	41
Kaolack	55,8	1,0	5,3	21,2	12,1	0,7	3,8	100,0	185
Kolda	57,7	1,3	15,9	13,8	4,5	0,5	6,3	100,0	982
Louga	73,2	8,7	6,3	6,2	4,6	0,0	1,1	100,0	38
Matam	72,9	7,7	7,0	2,4	1,1	0,1	8,8	100,0	506
Saint-Louis	65,1	11,2	8,9	5,8	0,9	0,1	8,0	100,0	420
Tambacounda	65,7	2,4	6,2	13,3	5,3	0,4	6,7	100,0	729
Thiès	42,4	4,4	5,6	29,1	11,5	7,0	0,0	100,0	137
Ziguinchor	51,0	1,7	10,9	22,6	10,0	1,6	2,2	100,0	389
Niveau d'instruction									
Aucun	62,5	3,7	10,1	12,1	3,7	0,7	7,2	100,0	2 274
Primaire	59,2	4,0	7,9	15,8	7,2	0,9	5,1	100,0	1 425
Secondaire ou plus	45,4	2,0	11,4	27,0	5,7	2,3	6,1	100,0	424
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	57,3	3,0	13,3	13,2	5,4	0,5	7,4	100,0	939
Second	62,2	3,0	9,4	12,0	6,1	0,9	6,4	100,0	1 092
Moyen	63,4	5,5	8,0	11,9	3,8	0,5	6,9	100,0	914
Quatrième	58,6	4,8	6,9	19,9	4,2	1,0	4,6	100,0	710
Le plus riche	52,1	1,2	8,6	23,7	6,3	2,5	5,6	100,0	468
Ethnie									
Wolof	33,1	3,8	11,6	22,6	5,6	2,1	21,3	100,0	91
Poular	61,4	5,2	11,1	11,0	3,2	0,7	7,3	100,0	2 288
Serer	49,2	0,0	2,6	23,1	14,3	3,7	7,1	100,0	42
Mandingue	61,2	1,5	9,4	16,9	5,6	0,7	4,7	100,0	497
Diola	46,6	1,4	8,5	28,0	10,1	2,4	3,0	100,0	424
Soninké	77,1	2,3	2,9	10,7	1,6	0,0	5,3	100,0	314
Autre	55,2	1,3	6,9	21,1	10,8	1,0	3,9	100,0	464
NSP	*	*	*	*	*	*	*	8	3
Religion									
Musulmane	59,9	3,7	9,6	14,7	5,0	0,9	6,3	100,0	4 049
Chrétienne	42,4	1,3	4,9	27,2	12,6	3,3	8,4	100,0	70
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Ensemble	59,6	3,7	9,5	14,9	5,1	0,9	6,3	100,0	4 123

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Graphique 13.2 Âge à l'excision des femmes enquêtées



EDS-IV 2005

Les caractéristiques sociodémographiques font apparaître certaines variations de l'âge à l'excision, essentiellement selon le milieu de résidence, la région et l'ethnie. Cependant, on observe quelques légères modifications selon l'âge : des générations anciennes aux plus récentes, les proportions de femmes excisées à un âge tardif diminuent. Par exemple parmi les femmes de 45-49 ans, 8 % ont été excisées à 10-14 ans, cette proportion a pratiquement diminué de moitié parmi les femmes de 15-29 ans. De même, parmi les femmes de 45-49 ans, 3 % ont été excisées à 15 ans ou plus ; parmi les femmes de 20-24 ans, cette proportion n'est plus que de 1 %. Les résultats concernant les femmes excisées durant la petite enfance ne font pas apparaître de tendance très nette ; il ne semble donc pas qu'il y ait eu des modifications importantes dans les générations concernant l'âge auquel cette pratique est effectuée.

Selon le milieu de résidence, on ne constate pas de variation importante et il ne semble pas que l'excision soit pratiquée à des âges très différents en urbain et en rural. Par contre, on note des variations entre les régions de forte prévalence et celles où l'excision est moins ou peu pratiquée : en effet, dans les régions de forte prévalence comme Kolda, Matam et Tambacounda, au moins la moitié des femmes ont été excisées durant la petite enfance et la quasi-majorité l'ont été avant 9 ans. Par contre, dans la région de Thiès, où seulement 7 % des femmes ont déclaré avoir été excisées, on note que dans 29 % des cas, l'excision a été effectuée entre 5-9 ans et dans 12 % des cas, elle a eu lieu entre 10-14 ans. Dans les régions de Fatick et de Kaolack, plus d'une femme sur dix ont été excisées entre 10-14 ans, ce qui pourrait démontrer un plus grand attachement aux rites initiatiques.

D'autre part, les résultats selon le niveau d'instruction montrent que les femmes ayant un niveau secondaire ou plus ont déclaré moins fréquemment que les autres avoir été excisées dans leur petite enfance (45 % contre 59 % pour le primaire et 63 % pour celles sans instruction). Par contre, les femmes de niveau secondaire ont été proportionnellement plus nombreuses à avoir été excisées entre 5-9 ans (27 %). Les résultats en fonction de l'appartenance ethnique montrent que dans les ethnies où l'excision est une pratique fréquente, comme les Mandingues et les Soninké, une proportion élevée de femmes ont été excisées dans la petite enfance (respectivement, 61 % et 77 %) ; dans ces ethnies, la quasi-totalité des femmes excisées le sont avant 9 ans. Les résultats montrent aussi que les femmes musulmanes ont déclaré

plus fréquemment que les chrétiennes avoir été excisées durant la petite enfance (respectivement, 60 % contre 42 %) ; par contre, la proportion de chrétiennes ayant été excisées entre 5 et 9 ans est beaucoup plus élevée que celle observée parmi les musulmanes (27 % contre 15 %).

13.2.1 Personne ayant procédé à l'excision

La pratique de l'excision reste encore très traditionnelle au Sénégal. La grande majorité des femmes enquêtées (91 %) ont été excisées par des exciseuses traditionnelles (tableau 13.3), suivies par les accoucheuses traditionnelles (1,5 %). Le recours à des professionnels de la santé (infirmières/sage femme principalement) est très rare (0,5 %). Il faut noter aussi que dans 7 % des cas, les femmes n'ont pas su répondre.

Personne qui a pratiqué l'excision	Type d'excision				Total
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP	
Professionnel de la santé	0,6	*	0,7	0,0	0,6
Médecin	0,0	*	0,4	0,0	0,1
Infirmière/sage femme	0,5	*	0,3	0,0	0,5
Autre professionnel santé	0,1	*	0,0	0,0	0,0
Traditionnel	93,8	*	90,5	78,1	92,5
Exciseuse traditionnelle	92,2	*	87,9	76,6	90,8
Accoucheuse traditionnelle	1,4	*	1,2	1,0	1,5
Autre traditionnel	0,1	*	1,4	0,4	0,3
NSP/ND	5,7	*	8,8	21,9	6,9
Total	100,0	*	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes excisées	3 411	9	492	211	4 123

13.3 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Lors de l'interview, des questions ont également été posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour connaître leur situation par rapport à l'excision. Si plusieurs filles de la femme enquêtée avaient été excisées, les questions concernant le type d'excision, l'âge à l'excision et les complications portaient uniquement sur la fille qui avait été excisée le plus récemment. Comme certaines filles des femmes enquêtées étaient trop jeunes au moment de l'enquête pour avoir déjà été excisées, on a également demandé aux femmes dont la fille n'a pas été excisée si elles avaient l'intention de faire exciser leur fille.

13.3.1 Pratique de l'excision chez les filles

Les résultats du tableau 13.4 montrent que 20 % des enquêtées ayant au moins une fille avait déjà fait exciser leur fille ou au moins l'une de leurs filles et 4 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser. À l'opposé, 70 % des femmes n'avaient pas l'intention de faire effectuer cette intervention. Seulement un peu plus de 2 % ont déclaré ne pas savoir ce qu'elles avaient l'intention de faire. Au total donc, 24 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau légèrement inférieur à celui des mères (28 %). Cependant lorsque l'on considère le statut d'excision des mères, on constate que 60 % des femmes excisées ont déclaré avoir fait exciser leur fille et 13 % ont l'intention de le faire. Dans cette catégorie de femmes, il semble donc que cette pratique se perpétue. Mais, résultat particulièrement important, parmi ces mères excisées, 23 % n'ont pas l'intention de faire exciser leur fille.

Tableau 13.4 Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées

Répartition des femmes ayant, au moins, une fille en vie selon qu'au moins une fille a été excisée et, si non, selon qu'elles ont ou non l'intention de la/les faire exciser, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

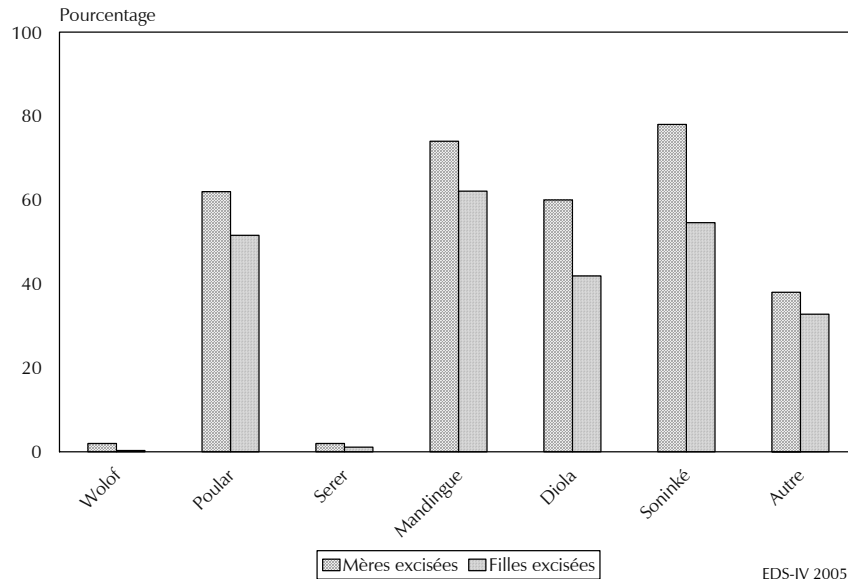
Caractéristiques sociodémographique	Aucune fille excisée et la mère :					Total	Effectif de femmes ayant une/des fille(s) vivante(s)
	Au moins une fille excisée	A l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	N'a pas l'intention de faire sa/ses fille(s)	NSP	La mère ne connaît pas l'excision		
Excision de la mère							
Ne connaît pas l'excision	na	na	na	na	100,0	100,0	310
Excisée	60,4	12,8	23,4	3,3	0,0	100,0	2 331
Pas excisée	0,8	0,3	97,6	1,4	0,0	100,0	4 778
Groupe d'âges							
15-19	11,4	16,1	60,6	3,2	8,8	100,0	271
20-24	14,3	9,7	67,4	3,4	5,2	100,0	1 005
25-29	14,7	6,3	71,6	2,5	4,8	100,0	1 393
30-34	19,4	3,4	71,6	1,7	3,9	100,0	1 447
35-39	23,1	1,3	70,6	1,8	3,1	100,0	1 325
40-44	23,1	1,2	70,8	0,9	4,0	100,0	1 082
45-49	25,5	0,4	70,4	0,7	3,0	100,0	895
Milieu de résidence							
Urbain	12,0	3,0	81,3	1,9	1,8	100,0	3 060
Rural	24,7	5,1	62,4	2,0	5,9	100,0	4 359
Région							
Dakar	7,6	2,7	85,6	1,9	2,2	100,0	1580
Diourbel	1,2	0,6	89,4	2,0	6,8	100,0	824
Fatick	2,9	0,5	91,3	0,8	4,5	100,0	422
Kaolack	5,0	2,0	84,7	2,1	6,2	100,0	924
Kolda	64,0	12,1	20,7	2,9	0,3	100,0	655
Louga	2,8	0,3	80,2	0,6	16,2	100,0	490
Matam	75,2	9,1	11,1	3,3	1,4	100,0	290
Saint-Louis	37,7	4,0	54,1	0,8	3,5	100,0	486
Tambacounda	52,9	14,5	25,6	4,7	2,3	100,0	509
Thiès	2,7	1,0	92,7	0,7	2,9	100,0	975
Ziguinchor	48,4	13,3	34,8	3,3	0,1	100,0	264
Niveau d'instruction							
Aucun	24,8	4,9	63,0	2,1	5,2	100,0	4 110
Primaire	14,5	4,0	76,0	1,9	3,5	100,0	2 665
Secondaire ou plus	6,0	0,7	91,9	1,0	0,3	100,0	644
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	25,7	5,5	57,1	2,7	9,0	100,0	1 504
Second	30,1	6,6	57,4	2,2	3,7	100,0	1 568
Moyen	22,1	4,2	68,8	1,1	3,8	100,0	1 535
Quatrième	13,2	2,6	79,4	2,8	2,0	100,0	1 463
Le plus riche	4,1	1,9	91,2	0,7	2,2	100,0	1 349
Ethnie							
Wolof	1,2	0,3	91,8	1,0	5,7	100,0	2 800
Poular	43,3	8,3	43,5	2,4	2,5	100,0	2 014
Serer	1,0	0,1	91,0	1,6	6,4	100,0	1 212
Mandingue	45,8	16,3	31,6	5,0	1,3	100,0	357
Diola	34,4	7,5	56,0	1,3	0,9	100,0	343
Soninké	52,2	2,4	42,0	3,0	0,5	100,0	202
Autre	29,2	9,5	54,4	4,1	2,8	100,0	486
NSP	*	*	*	*	*	*	6
Religion							
Musulmane	19,8	4,3	69,7	2,0	4,2	100,0	7 137
Chrétienne	11,8	2,2	82,2	0,9	3,0	100,0	270
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	12
Ensemble	19,5	4,2	70,2	1,9	4,2	100,0	7 419

* Basé sur trop peu de cas non pondérés
na = Non applicable

En fonction de l'âge, on constate tout d'abord que la proportion de femmes ayant au moins une fille excisée diminue, de façon très nette, des générations les plus anciennes aux plus récentes, passant de 26 % parmi les femmes de 45-49 ans à 14 % parmi celles de 20-24 ans. Par contre, la répartition des femmes selon l'intention de ne pas faire exciser leurs filles met en évidence un léger écart entre les jeunes femmes de 15-24 ans et les autres. D'autre part, les résultats montrent que c'est dans les zones de fortes prévalences de l'excision, Matam, Kolda, Tambacounda et Ziguinchor que les proportions de femmes ayant au moins une fille excisée sont les plus élevées. En outre, dans ces régions, les proportions de femmes qui n'ont pas l'intention de faire exciser leurs filles sont aussi les plus faibles. Cependant, par rapport aux mères, les proportions de filles excisées ou qui le seront sont un peu plus faibles : à Kolda où la proportion de femmes excisées est de 94 %, la proportion de filles qui sont excisées ou qui le seront probablement est de 76 % et de plus, dans cette région de forte prévalence, 21 % des mères n'ont pas l'intention de perpétuer cette tradition. Il en est de même de la région de Tambacounda où 86 % des femmes ont déclaré avoir été excisées et où la proportion de filles qui le sont ou qui le seront est de 67 % ; dans cette région, plus d'un quart des femmes (26 %) ont déclaré ne pas avoir l'intention de perpétuer la tradition. Dans les régions de basse prévalence, comme Diourbel et Thiès, la quasi-totalité des femmes ne feront pas exciser leur fille. En milieu urbain, la proportion de femmes ayant une fille excisée est plus faible qu'en rural (12 % contre 25 %) ; à l'inverse, la proportion de celles qui n'ont pas l'intention de faire procéder à l'excision de leur fille est plus élevée en urbain qu'en rural (81 % contre 62 %).

Les résultats selon l'appartenance ethnique montrent que dans les ethnies où au moins les trois-quarts des femmes ont déclaré avoir été excisées, la proportion de filles excisées ou qui le seront est plus faible (graphique 13.3) : en effet, parmi les Mandingues, 74 % des femmes sont excisées contre 62 % pour les filles et de plus, 32 % des femmes n'ont pas l'intention de continuer à pratiquer l'excision. Chez les Soninké, l'écart est plus important puisque 78 % des femmes ont déclaré avoir été excisées contre seulement 55 % des filles ; de plus, dans cette ethnie, 42 % des femmes ne feront pas exciser leur fille. Même si ces résultats ne mettent pas en évidence une tendance à la disparition de cette pratique, il semble qu'une légère tendance au changement se dessine. Il faut noter que le niveau d'instruction, la religion et le quintile de bien-être influencent la fréquence de la pratique et l'intention des femmes. Plus les femmes sont instruites, moins leurs filles sont excisées (6 %) et moins elles ont l'intention de perpétuer cette tradition (0,7 %). Par contre, parmi les femmes sans instructions, ces proportions sont respectivement de 25 % et de 63 %. Dans les ménages du quintile le plus riche, la proportion de femmes ayant au moins une fille excisée est très faible (4 %) contre au moins 22 % dans les trois premiers quintiles ; de plus dans les ménages les plus riches, la quasi-totalité des femmes n'ont pas l'intention de faire exciser leur fille contre 57 % dans les deux premiers quintiles. Enfin, on constate que parmi les chrétiennes, 82 % ne feront pas exciser leur fille contre 70 % parmi les femmes de religion musulmane.

Graphique 13.3 Pratique de l'excision chez les mères et chez les filles selon l'ethnie



Les résultats du tableau 13.5 ne font pas apparaître de changements entre le type d'excision pratiqué chez les mères et celui pratiqué chez les filles. En effet, comme pour les mères, le type d'excision le plus fréquemment pratiqué pour les filles a consisté en l'enlèvement de chairs (86 % contre 83 %). Par contre, quand on examine les résultats selon que la mère a été excisée ou non, on constate que 94 % des filles dont la mère a eu des chairs enlevées ont également subi ce type d'excision. Par contre, quand la mère a eu le vagin fermé, seulement 46 % des filles ont subi le même type de procédure, ce qui peut signifier que cette pratique est moins fréquente et qu'elle a tendance à disparaître. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas très différentes de celles déjà constatées pour les mères.

Tableau 13.5 Type d'excision des filles

Répartition des filles excisées le plus récemment par type d'excision selon les caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques sociodémographique	Type d'excision (fille)				Total	Effectif de filles excisées le plus récemment
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP		
Type d'excision de la mère						
Chair enlevée	93,5	0,6	4,4	1,5	100,0	1 191
Entaille	*	*	*	*	*	1
Fermeture du vagin	50,4	0,0	45,9	3,8	100,0	174
ND/NSP	54,6	1,1	8,3	36,0	100,0	78
Groupe d'âges						
15-19	(78,6)	(0,0)	(11,5)	(9,9)	100,0	31
20-24	85,2	0,0	10,1	4,7	100,0	143
25-29	85,5	0,2	10,4	3,8	100,0	205
30-34	86,1	0,4	10,5	3,0	100,0	281
35-39	86,9	0,6	8,2	4,2	100,0	307
40-44	87,7	0,8	10,0	1,5	100,0	250
45-49	85,8	1,2	8,8	4,3	100,0	228
Milieu de résidence						
Urbain	79,2	1,2	11,9	7,7	100,0	369
Rural	88,5	0,3	8,9	2,2	100,0	1 077
Région						
Dakar	66,2	1,6	17,1	15,1	100,0	120
Diourbel	*	*	*	*	*	10
Fatick	*	*	*	*	*	12
Kaolack	60,3	1,5	22,6	15,6	100,0	46
Kolda	89,6	0,1	9,1	1,2	100,0	419
Louga	*	*	*	*	*	14
Matam	90,1	0,7	8,5	0,8	100,0	218
Saint-Louis	91,0	0,0	7,9	1,1	100,0	183
Tambacounda	86,7	0,3	9,7	3,3	100,0	269
Thiès	(63,8)	(11,5)	(13,6)	(11,1)	100,0	26
Ziguinchor	96,3	0,0	3,7	0,0	100,0	128
Niveau d'instruction						
Aucun	85,6	0,7	10,3	3,4	100,0	1 020
Primaire	88,1	0,3	7,9	3,6	100,0	386
Secondaire ou plus	(81,2)	(0,0)	(9,4)	(9,5)	100,0	39
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	88,5	0,1	10,0	1,4	100,0	387
Second	89,9	0,4	7,8	1,8	100,0	471
Moyen	86,0	0,6	9,5	4,0	100,0	339
Quatrième	77,1	2,0	12,4	8,4	100,0	193
Le plus riche	70,3	0,0	13,4	16,3	100,0	55
Ethnie						
Wolof	(50,8)	(0,0)	(17,3)	(31,8)	100,0	32
Poullar	86,7	0,6	10,3	2,4	100,0	873
Serer	*	*	*	*	*	12
Mandingue	89,5	1,4	6,8	2,2	100,0	163
Diola	90,5	0,6	9,0	0,0	100,0	118
Soninké	86,9	0,0	7,5	5,6	100,0	105
Autre	85,2	0,0	8,5	6,4	100,0	142
Religion						
Musulmane	86,5	0,6	9,4	3,5	100,0	1 411
Chrétienne	(70,9)	(0,0)	(19,1)	(10,0)	100,0	32
Autre/ND	*	*	*	*	*	2
Ensemble	86,2	0,6	9,6	3,6	100,0	1 445

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

13.3.2 Âge des filles à l'excision

Le tableau 13.6 présente la répartition des filles qui ont été excisées le plus récemment selon l'âge à l'excision. On peut noter en premier lieu que par rapports aux générations plus vieilles, les déclarations des filles sont plus précises dans la mesure où la proportion qui ont été excisées dans la petite enfance n'est plus que de 29 %, alors qu'elle était de 60 % pour les mères. Dans environ 60 % des cas, les filles ont pu donner un âge à l'excision contre seulement 34 % pour les mères. Pour 45 % des filles, l'excision a eu lieu entre 0 et 4 ans contre 13 % chez les mères. Par contre, la proportion de filles excisées à un âge tardif (après 10 ans) est plus faible que celle constatée chez les mères (2 % contre 6 %), signe probable d'une modification du calendrier de l'excision dans les jeunes générations dans le sens d'un rajeunissement.

Caractéristique sociodémographique	Âge à l'excision							Total	Effectif de filles excisées
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+	NSP		
Groupe d'âges									
15-19	(24,7)	(30,0)	(18,5)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(26,9)	100,0	31
20-24	36,2	22,1	22,2	2,5	0,0	0,0	17,0	100,0	143
25-29	27,8	16,8	34,8	9,0	0,3	0,3	10,9	100,0	205
30-34	28,7	11,6	33,6	14,6	1,0	0,0	10,5	100,0	281
35-39	27,0	15,5	30,3	13,4	3,0	0,4	10,4	100,0	307
40-44	31,2	13,0	29,2	16,3	1,8	0,9	7,5	100,0	250
45-49	27,7	11,0	31,0	16,4	5,7	0,4	7,8	100,0	228
Milieu de résidence									
Urbain	23,9	13,0	30,4	14,2	4,2	1,2	13,2	100,0	369
Rural	31,0	15,4	30,5	12,1	1,4	0,1	9,7	100,0	1 077
Région									
Dakar	23,8	12,3	26,2	10,9	7,6	1,8	17,4	100,0	120
Diourbel	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Fatick	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Kaolack	28,1	2,5	30,0	20,1	5,2	1,5	12,7	100,0	46
Kolda	17,8	15,4	41,0	16,9	1,7	0,0	7,2	100,0	419
Louga	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Matam	45,1	19,4	15,7	2,6	0,0	0,1	17,1	100,0	218
Saint-Louis	43,2	21,2	18,4	4,0	0,7	0,7	11,8	100,0	183
Tambacounda	36,2	12,7	27,7	13,3	1,8	0,3	7,9	100,0	269
Thiès	(7,3)	(14,3)	(49,6)	(20,5)	(0,0)	(0,0)	(8,2)	100,0	26
Ziguinchor	14,7	7,5	47,6	24,1	3,8	0,0	2,4	100,0	128
Niveau d'instruction									
Aucun	30,1	13,9	29,7	12,9	2,3	0,2	10,9	100,0	1 020
Primaire	27,2	17,4	33,0	12,1	0,9	0,2	9,1	100,0	386
Secondaire ou plus	(24,5)	(10,2)	(26,3)	(9,9)	(7,5)	(5,5)	(16,1)	100,0	39
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	23,2	14,8	37,2	15,8	1,7	0,2	7,1	100,0	387
Second	27,8	15,6	32,0	13,1	1,7	0,1	9,6	100,0	471
Moyen	36,6	16,0	23,3	8,9	1,0	0,4	13,9	100,0	339
Quatrième	31,5	14,1	26,2	11,1	3,3	0,0	13,8	100,0	193
Le plus riche	28,1	1,8	27,9	14,3	10,5	5,2	12,2	100,0	55
Ethnie									
Wolof	16,6	5,7	19,4	11,3	2,6	0,0	44,3	100,0	32
Poular	31,2	16,9	28,9	9,8	1,6	0,2	11,3	100,0	873
Serer	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Mandingue	25,6	10,0	41,5	16,4	1,9	0,0	4,7	100,0	163
Diola	16,0	7,3	51,6	19,9	2,1	1,8	1,4	100,0	118
Soninké	56,6	15,5	12,5	6,5	0,0	0,7	8,2	100,0	105
Autre	14,5	15,5	25,9	23,7	6,7	0,0	13,7	100,0	142
Religion									
Musulmane	29,6	14,9	30,2	12,5	2,0	0,4	10,5	100,0	1 411
Chrétienne	(11,3)	(10,7)	(37,0)	(19,9)	(7,2)	(0,0)	(13,9)	100,0	32
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Ensemble	29,1	14,8	30,5	12,6	2,1	0,3	10,6	100,0	1 445

* Basé sur trop peu de cas non pondérés
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Les résultats selon certaines caractéristiques sociodémographiques font apparaître quelques variations dans l'âge à l'excision, essentiellement parmi les filles excisées à un âge tardif. En effet, des générations anciennes aux plus récentes, la proportion de filles excisées entre 5-9 ans diminue, passant de 16 % à 45-49 ans à 3 % à 20-24 ans. Il en est de même en ce qui concerne les proportions de filles excisées entre 10-14 ans et 15 ans ou plus. Il semble donc que l'excision se pratique de moins en moins à un âge tardif. Ces résultats montrent donc que dans l'ensemble, par rapport aux mères, les filles sont moins fréquemment excisées dans la petite enfance et entre 5 et 15 ans ou plus.

13.3.3 Personne ayant procédé à l'excision

De même que les mères, les filles ont été excisées par des praticiens traditionnels, en majorité des exciseuses traditionnelles (95 %) (tableau 13.7). Le recours à un professionnel de la santé n'a pratiquement pas varié (1 % contre 0,6 %). On note que dans 3 % des cas, c'est du personnel de santé, essentiellement les infirmières/sages-femmes, qui a pratiqué l'excision des filles qui ont eu le vagin fermé.

Tableau 13.7 Personne qui a procédé à l'excision des filles

Répartition des filles excisées le plus récemment selon la personne qui a pratiqué l'excision par type d'excision, EDS-IV Sénégal 2005

Personne qui a pratiqué l'excision	Type d'excision				Total
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP	
Professionnel de la santé	1,3	*	2,7	0,0	1,3
Médecin	0,4	*	0,6	0,0	0,4
Infirmière/sage femme	0,6	*	2,1	0,0	0,8
Autre professionnel santé	0,2	*	0,0	0,0	0,2
Traditionnel	98,3	*	97,3	41,8	96,2
Exciseuse traditionnelle	97,5	*	94,8	40,3	95,1
Accoucheuse traditionnelle	0,9	*	0,6	1,4	0,9
Autre traditionnel	0,0	*	1,8	0,0	0,2
NSP/ND	0,4	*	0,0	58,2	2,5
Total	100,0	*	100,0	100,0	100,0
Effectif de filles excisées	1 245	8	139	53	1 445

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

13.3.4 Excision des filles et complications

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si les filles qui avaient été excisées le plus récemment avaient souffert d'un certain nombre de complications pendant ou après l'excision. Les résultats sont présentés au tableau 13.8. D'après les déclarations de la mère, 15 % ont eu, au moins, une complication, et dans 4 % des cas, les filles ont même eu, au moins, deux complications. Si on analyse les résultats selon le type de complications, on constate que dans 8 % des cas, les filles ont eu des saignements excessifs, surtout quand on a procédé à une entaille (24 %) et à la fermeture du vagin (18 %), suivis par les infections/cicatrisations (6 %) ; en outre dans 5 % des cas, les filles excisées ont noté un gonflement de la zone génitale, signe d'infection, de kyste ou de chéloïdes.

Tableau 13.8 Excision des filles et complications

Pourcentage des filles excisées le plus récemment qui ont eu des complications au moment ou après l'excision selon les déclarations de la mère, par type d'excision, EDS-IV Sénégal 2005

Type de complication	Type d'excision				Total
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP	
Saignement excessif	7,2	*	17,5	1,7	8,1
Gonflement	4,8	*	6,3	6,8	5,0
Infection/cicatrisation	6,2	*	5,8	3,4	6,0
Au moins une complication	14,5	*	21,7	9,5	15,1
Deux complications ou plus	3,1	*	7,6	1,7	3,5
Effectif de filles excisées	1 245	8	139	53	1 445

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

13.4 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

Dans le but de mieux comprendre les raisons qui expliquent la persistance de la pratique de l'excision, on a demandé aux femmes et aux hommes quels étaient, à leur avis, les avantages pour une fille d'être excisée et les avantages de ne pas être excisée.

13.4.1 Avantages pour une fille d'être excisée

Le tableau 13.9 présente les résultats concernant les avantages de l'excision d'après les femmes et les hommes. On constate tout d'abord que 49 % des femmes ont déclaré qu'il n'y a aucun avantage pour une fille à être excisée et cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes qui n'ont pas été excisées (62 % contre 18 % parmi celles qui ont été excisées). De même, les femmes du milieu urbain (59 %), celles qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (62 %) et les femmes de niveau secondaire (65 %) ont déclaré plus fréquemment que les autres qu'il n'y avait pas d'avantage à être excisée. Cependant lorsque l'on examine les résultats selon les zones de forte prévalence, on constate que les proportions de femmes ayant déclaré qu'il n'y avait pas d'avantages pour les filles à être excisées sont parmi les plus faibles. À Kolda, seulement 17 % des femmes ont déclaré que l'excision n'apportait aucun avantage aux femmes, à Tambacounda, cette proportion est de 19 % et à Matam de seulement 9 %. Ces résultats peuvent signifier que dans ces régions, l'excision n'est pas une pratique en voie de disparition. À l'opposé dans les ethnies Wolof et Serer où l'excision est pratiquement inexistante, les femmes ont majoritairement déclaré qu'il n'y avait pas d'avantage à être excisée.

Parmi les avantages de l'excision, c'est la reconnaissance sociale qui a été l'avantage le plus fréquemment cité (19 %) ; de plus, pour 14 % des femmes, l'excision est associée à la préservation de la virginité et dans 7 % des cas, les femmes ont cité comme avantage la nécessité religieuse. Enfin, pour 6 % des femmes, l'excision assure une meilleure hygiène et dans 3 % des cas, l'excision assure de meilleures chances pour le mariage. En outre, 19 % des femmes ont donné d'autres justificatifs.

Tableau 13.9 Avantages pour une fille d'être excisée

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille d'être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques sociodémographique	Avantages de l'excision								Effectif connaissant l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Reconnaissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préservation virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
FEMMES									
Excision de la mère									
Excisée	17,8	20,1	45,3	7,1	20,6	1,6	22,3	15,3	4 123
Pas excisée	61,7	0,5	7,6	0,9	11,1	0,3	0,5	19,8	9 605
Groupe d'âges									
15-19	49,2	5,4	15,5	2,3	11,4	0,4	5,4	22,6	3 127
20-24	50,4	6,5	18,0	2,3	12,5	0,4	7,5	18,5	2 694
25-29	48,3	5,8	18,9	3,1	15,9	1,2	6,7	17,1	2 274
30-34	46,8	7,1	20,0	3,1	16,2	0,7	8,0	17,2	1 879
35-39	48,9	6,7	20,6	3,4	14,2	0,6	8,6	16,1	1 570
40-44	45,7	7,2	22,1	2,9	14,7	1,0	8,2	17,3	1 205
45-49	48,0	8,0	23,8	3,5	15,1	0,8	6,8	15,9	979
Milieu de résidence									
Urbain	58,9	3,9	12,5	1,9	16,1	0,7	4,0	12,6	6 882
Rural	38,1	8,9	25,4	3,7	11,7	0,7	10,2	24,4	6 845
Région									
Dakar	64,9	2,9	8,9	1,7	19,8	0,8	2,8	6,8	3 724
Diourbel	49,6	0,6	13,6	1,3	8,3	0,0	0,1	30,1	1 393
Fatick	55,2	0,7	9,1	3,0	6,7	0,2	0,0	28,0	653
Kaolack	58,3	0,7	12,3	3,0	12,1	0,2	0,5	16,4	1 485
Kolda	17,4	30,3	54,0	6,0	9,1	0,6	17,3	16,2	1 043
Louga	50,3	0,1	4,1	0,3	8,8	0,1	2,5	35,3	733
Matam	8,8	12,7	32,6	8,8	29,4	3,2	39,2	25,1	534
Saint-Louis	31,0	3,9	18,7	3,0	21,0	1,0	24,5	25,9	896
Tambacounda	19,3	28,6	55,9	8,9	14,7	1,3	17,6	15,6	833
Thiès	57,6	1,2	10,0	0,9	9,4	0,4	1,1	23,5	1 878
Ziguinchor	37,4	12,2	44,6	1,3	5,0	0,6	10,9	12,0	557
Niveau d'instruction									
Aucun	40,7	8,8	24,2	4,0	12,8	0,7	9,5	21,6	6 218
Primaire	50,9	5,2	17,0	2,0	13,5	0,7	6,2	18,5	5 320
Secondaire ou plus	65,0	2,4	8,4	1,3	18,0	0,4	2,4	9,2	2 191
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	35,0	13,7	30,3	4,3	8,5	0,5	9,4	25,2	2 147
Second	36,2	9,6	29,4	4,1	11,4	0,8	13,0	22,7	2 406
Moyen	44,6	5,7	18,5	2,5	14,4	0,6	9,5	21,2	2 640
Quatrième	55,3	4,1	14,2	3,0	15,4	0,8	4,5	15,1	3 039
Le plus riche	62,3	2,2	9,1	0,9	17,3	0,6	2,0	12,3	3 495
Ethnie									
Wolof	59,6	0,5	8,3	0,9	12,0	0,3	0,5	20,4	5 277
Poular	31,1	12,5	30,6	5,6	20,2	1,3	18,4	18,1	3 565
Serer	63,5	0,4	8,0	1,5	7,6	0,2	0,4	20,6	2 131
Mandingue	29,1	20,3	39,6	2,9	14,9	1,4	17,1	12,3	665
Diola	47,0	9,7	30,2	3,6	8,0	0,7	5,0	14,4	700
Soninké	33,2	23,5	31,2	8,0	19,3	1,0	11,0	11,0	399
Autre	40,1	10,0	30,3	2,9	16,2	0,6	8,8	15,2	984
Religion									
Musulmane	47,7	6,6	19,0	2,9	14,2	0,7	7,4	18,8	13 078
Chrétienne	64,8	2,9	16,7	0,7	8,7	0,1	1,1	11,1	626
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	24
Ensemble	48,5	6,4	18,9	2,8	13,9	0,7	7,1	18,5	13 728

Suite...

Tableau 13.9—Suite

Caractéristique sociodémographique	Avantages de l'excision								Effectif connaissant l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Reconnaissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préservation virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
HOMMES									
Groupe d'âges									
15-19	58,5	2,6	6,7	2,1	5,1	0,5	3,1	27,0	748
20-24	58,5	4,3	9,2	1,9	9,7	1,3	3,3	22,4	595
25-29	59,0	3,4	8,3	1,6	7,7	3,0	5,4	21,7	522
30-34	54,0	4,7	10,6	2,2	11,6	1,1	5,4	20,2	386
35-39	59,8	4,9	10,8	2,2	5,6	0,9	6,5	16,9	307
40-44	57,9	5,4	13,4	3,8	7,8	2,2	5,3	19,0	313
45-49	59,3	4,5	11,7	2,1	8,7	2,1	5,9	19,4	265
50-59	55,8	8,1	13,1	4,3	11,0	1,3	11,8	16,3	338
Milieu de résidence									
Urbain	63,8	4,0	5,7	1,1	10,3	1,4	3,9	17,9	1 990
Rural	50,1	4,9	15,3	4,1	5,3	1,5	7,2	26,1	1 485
Région									
Dakar	67,5	4,6	4,7	0,9	13,5	1,9	4,2	12,4	1 128
Diourbel	63,4	0,0	2,5	0,5	2,8	0,4	1,9	29,4	256
Fatick	67,3	0,0	5,1	0,0	1,1	0,6	0,0	25,7	146
Kaolack	60,4	2,8	5,6	1,3	3,5	0,8	1,9	27,0	330
Kolda	42,6	6,9	32,3	3,3	5,4	2,6	9,8	16,3	288
Louga	42,3	0,5	2,2	1,5	2,6	0,5	3,4	49,8	132
Matam	19,6	8,7	22,4	15,4	21,1	2,1	32,9	22,2	102
Saint-Louis	40,8	4,9	12,0	3,8	8,2	1,7	11,5	34,1	193
Tambacounda	39,4	13,4	31,1	11,6	12,3	2,8	8,1	21,5	235
Thiès	64,2	2,1	3,4	0,3	3,0	0,6	1,5	25,1	502
Ziguinchor	61,9	6,9	14,1	2,6	6,2	1,3	5,5	14,4	163
Niveau d'instruction									
Aucun	51,2	5,8	12,5	3,2	6,3	1,5	7,7	24,5	1 082
Primaire	52,7	4,8	12,6	2,9	7,7	1,7	5,6	25,1	1 283
Secondaire ou plus	70,6	2,5	3,9	1,0	10,5	1,2	2,6	14,1	1 110
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	45,3	5,5	20,1	4,3	4,4	1,5	7,0	26,7	519
Second	50,4	6,5	16,5	4,1	7,1	2,3	10,1	23,2	497
Moyen	53,2	5,0	11,5	3,6	5,7	1,1	5,4	27,0	612
Quatrième	60,2	5,2	7,9	1,0	9,6	0,9	4,7	18,7	790
Le plus riche	68,8	1,9	2,0	0,9	10,8	1,7	2,5	16,7	1 056
Ethnie									
Wolof	68,3	0,5	2,0	0,2	5,2	1,4	0,9	21,5	1 324
Poular	38,3	10,0	24,2	6,7	14,6	1,5	14,8	21,1	809
Serer	69,9	1,2	2,7	0,0	1,3	0,7	0,7	23,0	524
Mandingue	46,9	11,8	17,4	2,8	9,0	3,5	9,6	22,1	262
Diola	65,1	7,3	10,8	0,8	7,4	1,0	3,3	16,2	186
Soninké	56,8	1,6	9,7	5,2	17,9	1,8	4,2	14,2	155
Autre	46,7	5,6	10,9	4,0	11,5	1,5	5,1	26,6	214
Religion									
Musulmane	57,2	4,5	10,0	2,4	8,3	1,5	5,5	21,6	3 322
Chrétienne	75,5	0,9	4,7	0,9	2,0	0,7	0,0	17,1	140
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Ensemble	58,0	4,4	9,8	2,4	8,1	1,5	5,3	21,4	3 475

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Très peu de femmes ont cité l'argument selon lequel l'excision procurerait plus de plaisir sexuel à l'homme (0,7 %). Selon les caractéristiques sociodémographiques, on remarque que l'argument de la reconnaissance sociale a été particulièrement cité par les femmes les plus âgées (24 % 45-49 ans), celles du milieu rural (25 %), celles sans instruction (24 %), celles des ethnies Mandingue (40 %), Soninké (31 %), Poular (31 %) et Diola (30 %). La préservation de la virginité est l'avantage le plus fréquemment cité par les Poular (20 %) après la reconnaissance sociale alors que chez les Mandingue et les Soninké c'est la meilleure hygiène (respectivement 20 % et 24 %). Quant à la nécessité religieuse de l'excision, elle a été particulièrement citée par les femmes de l'ethnie Poular (18 %) et les Mandingue (17 %).

Au tableau 13.9 sont également présentées les proportions d'hommes ayant cité divers avantages de l'excision. On constate, en premier lieu, qu'une proportion plus importante que celle des femmes (58 % contre 49 %) a déclaré qu'il n'y avait aucun avantage pour une femme à être excisée. Parmi les hommes vivant en milieu urbain, 64 % ont exprimé cette opinion, plus de 60 % des hommes des régions de faible prévalence et 71 % des hommes ayant atteint le niveau secondaire ont la même opinion. Pour ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche, cette proportion est de 69 %.

Cependant, pour 10 % des hommes, l'excision apporte à la femme une certaine reconnaissance sociale. Cette opinion est surtout partagée par les hommes des régions de Kolda (32 %), Matam (22 %) et Tambacounda (31 %) et ceux des ethnies Poular (24 %), Mandingue (17 %) et Diola (11 %). Signalons aussi que pour 21 % d'hommes de la région de Matam, la préservation de la virginité est une justification de la pratique de l'excision. Les meilleures chances de mariage sont un argument cité par 15 % des hommes de Matam et 12 % de ceux de Tambacounda. En outre, pour 5 % des hommes, l'excision est une nécessité religieuse : cette opinion est particulièrement fréquente chez les hommes de la région de Matam (33 %), de Saint-Louis (12 %) et les hommes de l'ethnie Mandingue (10 %). Enfin, pour 4 % des hommes, l'excision est associée à une meilleure hygiène. En outre, 21 % d'entre eux ont cité d'autres raisons.

13.4.2 Avantages pour une fille de ne pas être excisée

Au tableau 13.10, figurent les proportions de femmes et d'hommes ayant cité divers avantages pour une fille de ne pas être excisée. Un peu plus du quart des femmes (29 %) ont déclaré que le fait de ne pas être excisée n'avait aucun avantage. Cette opinion est particulièrement fréquente chez les femmes des régions de forte prévalence Kolda (51 %), Matam (53 %), Ziguinchor (40 %) et Tambacounda (33 %). Plus les femmes sont instruites, moins elles ont déclaré qu'il n'y avait pas d'avantages à ne pas être excisée. Plus le niveau de bien-être est élevé, moins on trouve des avantages à l'excision.

Cependant, pour 28 % des femmes, ne pas être excisée évite les problèmes de santé ; cet argument a été avancé par 21 % des femmes excisées, 49 % des femmes de niveau secondaire ou plus, au moins 30 % de celles des ethnies Soninké, Diola et Wolof et par 38 % des femmes de religion chrétienne. Pour 21 % des femmes, ne pas être excisée signifie moins de souffrance. Environ 31 % des femmes de niveau secondaire ou plus l'ont mentionné contre 18 % des femmes sans instruction. Le plus grand plaisir de la femme a été cité comme étant un avantage par 10 % des femmes, en particulier, par 23 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et 17 % de celles de Dakar, 11 % des Wolof et 12 % des Diola. Cet argument a été aussi plus fréquemment cité par les chrétiennes 16 % que par les musulmanes (9 %). À l'opposé, Le plus grand plaisir de l'homme a été cité comme étant un avantage par 5 % des femmes, en particulier par 10 % des femmes de la région de Saint-Louis, 9 % des femmes de niveau secondaire ou plus. Pour moins de 4 % des femmes, ne pas être excisée est en accord avec la religion.

Tableau 13.10 Avantages pour une fille de ne pas être excisée

Pourcentage de femme et d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Avantages de ne pas être excisée						Effectif connaissant l'excision	
	Pas d'avantage	Moins de problèmes de santé	Evite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion		Autre
FEMMES								
Excision de la mère								
Excisée	44,7	21,0	16,2	5,5	2,4	1,3	25,5	4 123
Pas excisée	22,4	30,2	22,6	11,2	5,4	5,0	28,3	9 605
Groupe d'âges								
15-19	32,8	22,3	18,0	4,3	1,4	3,4	32,8	3 127
20-24	28,9	26,8	21,1	6,7	3,3	3,8	29,3	2 694
25-29	26,9	29,0	21,3	12,3	5,3	3,3	25,9	2 274
30-34	27,4	31,1	22,0	12,7	5,9	4,5	24,0	1 879
35-39	25,6	32,0	22,2	13,3	7,1	3,7	24,8	1 570
40-44	30,0	26,5	19,7	12,5	6,8	4,5	24,4	1 205
45-49	30,4	29,0	23,3	11,0	5,5	4,8	23,5	979
Milieu de résidence								
Urbain	25,3	35,5	25,0	14,0	6,7	4,6	20,3	6 882
Rural	32,9	19,4	16,4	4,9	2,2	3,2	34,6	6 845
Région								
Dakar	27,6	38,7	26,7	16,9	7,3	5,3	11,8	3 724
Diourbel	25,3	20,7	17,2	4,9	2,7	4,3	38,8	1 393
Fatick	33,8	21,2	20,4	4,8	1,4	2,0	30,7	653
Kaolack	29,3	25,0	22,4	5,5	1,5	5,9	24,0	1 485
Kolda	51,1	22,9	16,3	2,7	1,3	1,1	19,8	1 043
Louga	3,2	21,2	17,5	13,9	6,7	1,0	56,6	733
Matam	52,5	7,6	5,7	3,7	1,5	0,8	34,4	534
Saint-Louis	24,7	21,1	11,6	14,0	10,4	1,4	40,6	896
Tambacounda	33,2	26,8	22,5	4,5	2,1	1,0	33,9	833
Thiès	21,1	27,9	21,7	7,0	2,9	6,3	36,3	1 878
Ziguinchor	40,3	28,4	21,1	7,5	7,1	2,2	18,1	557
Niveau d'instruction								
Aucun	33,5	19,8	18,0	5,8	2,7	3,4	31,2	6 218
Primaire	29,0	27,6	19,8	8,3	4,5	4,3	27,7	5 320
Secondaire ou plus	16,8	48,8	30,5	22,5	9,3	4,1	16,2	2 191
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	37,6	18,3	16,0	3,0	0,9	3,0	32,9	2 147
Second	35,2	17,7	16,7	4,3	2,3	3,4	32,6	2 406
Moyen	28,9	24,4	18,7	6,5	3,5	3,3	32,8	2 640
Quatrième	26,7	32,8	21,5	11,3	5,1	4,5	24,5	3 039
Le plus riche	21,8	37,4	27,2	17,6	8,3	4,7	19,1	3 495
Ethnie								
Wolof	20,5	31,4	21,2	11,4	5,3	5,3	29,7	5 277
Poular	38,2	21,5	17,5	7,8	3,7	2,3	27,4	3 565
Serer	26,7	26,0	23,3	8,0	3,2	3,7	28,8	2 131
Mandingue	41,5	25,6	19,7	5,9	3,1	1,6	21,5	665
Diola	32,3	30,2	26,1	11,7	3,7	4,5	19,8	700
Soninké	37,8	33,7	19,5	6,4	2,9	3,9	18,6	399
Autre	32,6	27,8	21,7	10,4	7,7	3,3	25,9	984
Religion								
Musulmane	29,2	27,0	20,4	9,1	4,3	3,8	27,8	13 078
Chrétienne	24,6	37,8	26,6	16,1	7,9	5,5	20,0	626
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	24
Total	29,1	27,5	20,7	9,5	4,5	3,9	27,4	13 728

Suite...

Tableau 13.10—Suite

Caractéristique sociodémographique	Avantages de ne pas être excisée						Autre	Effectif connaissant l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problèmes de santé	Evite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion		
HOMMES								
Groupe d'âges								
15-19	13,4	31,2	20,6	4,3	2,3	0,0	46,4	748
20-24	15,3	39,0	22,8	10,1	5,5	0,0	34,8	595
25-29	16,1	39,3	15,6	11,9	4,8	0,0	33,9	522
30-34	11,5	46,6	21,9	17,2	9,7	0,0	28,6	386
35-39	15,8	36,5	25,2	14,6	3,7	0,0	30,9	307
40-44	13,5	35,7	23,5	23,6	8,3	0,0	30,5	313
45-49	13,9	43,8	19,7	17,2	10,5	0,0	29,7	265
50-59	12,7	40,5	28,2	15,8	7,4	0,0	26,0	338
Milieu de résidence								
Urbain	15,1	40,4	21,2	16,3	6,6	0,0	29,6	1 990
Rural	12,7	35,3	22,4	7,8	4,9	0,0	41,0	1 485
Région								
Dakar	20,2	39,8	20,3	18,9	8,2	0,0	22,3	1 128
Diourbel	2,4	37,5	7,1	4,6	4,1	0,0	51,9	256
Fatick	6,0	36,2	19,3	6,0	4,8	0,0	48,9	146
Kaolack	11,7	33,2	19,8	4,4	4,0	0,0	44,5	330
Kolda	17,7	43,9	38,3	13,8	3,9	0,0	27,5	288
Louga	4,3	37,2	27,9	3,5	2,0	0,0	50,6	132
Matam	37,4	15,5	6,8	7,7	8,0	0,0	34,6	102
Saint-Louis	15,0	29,2	21,4	5,0	6,4	0,0	47,4	193
Tambacounda	14,6	45,0	38,1	19,1	9,1	0,0	26,5	235
Thiès	3,6	39,0	13,8	11,0	4,0	0,0	43,3	502
Ziguinchor	20,1	43,9	36,7	17,7	2,8	0,0	25,9	163
Niveau d'instruction								
Aucun	14,8	33,0	18,8	7,8	5,1	0,0	37,7	1 082
Primaire	14,1	33,8	21,5	9,9	3,9	0,0	41,0	1 283
Secondaire ou plus	13,4	48,4	24,8	20,6	8,8	0,0	23,8	1 110
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	13,7	34,8	19,7	6,1	5,1	0,0	41,5	519
Second	14,0	35,2	28,8	10,7	5,1	0,0	38,7	497
Moyen	13,3	38,3	20,6	10,7	4,3	0,0	38,0	612
Quatrième	15,7	39,5	21,4	12,6	7,4	0,0	29,4	790
Le plus riche	13,6	40,2	20,2	17,9	6,3	0,0	30,8	1 056
Ethnie								
Wolof	10,0	37,2	19,2	12,1	5,3	0,0	37,4	1 324
Poular	22,9	31,4	23,2	12,4	6,5	0,0	34,7	809
Serer	5,4	47,4	17,6	12,5	7,5	0,0	35,3	524
Mandingue	16,5	36,7	31,6	14,1	4,0	0,0	29,5	262
Diola	15,6	53,9	29,2	17,3	6,7	0,0	23,3	186
Soninké	19,6	48,5	11,0	12,9	7,4	0,0	21,2	155
Autre	19,4	28,8	30,8	11,3	3,2	0,0	38,5	214
Religion								
Musulmane	14,6	37,5	21,1	12,2	5,6	0,0	34,5	3 322
Chrétienne	2,6	52,2	34,1	18,7	11,2	0,0	34,8	140
Autre/ND	*	*	*	*	*	*	*	13
Total	14,1	38,2	21,7	12,6	5,8	0,0	34,5	3 475

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Le tableau 13.10 présente aussi les proportions d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée. Une proportion moindre que celle des femmes (14 %) a déclaré que, pour une fille, ne pas être excisée ne comportait aucun avantage. C'est parmi les hommes des régions de Matam (37 %), Dakar (20 %) et Ziguinchor (20 %) que cette proportion est la plus élevée.

Plus du tiers des hommes (38 %) ont déclaré que ne pas être excisé évitait aux femmes d'avoir des problèmes de santé et pour 22 %, cela évite des souffrances. C'est parmi les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, ceux des régions de Kolda, Tambacounda et Ziguinchor et ceux des ethnies Serer, Mandingue et Diola que l'argument sur la santé est le plus fréquemment répandu. En outre, pour 13 % des hommes, le fait de ne pas être excisée permet à la femme d'éprouver un plus grand plaisir. Cet argument sur le plaisir de la femme a été plus cité par les hommes ayant atteint le secondaire et plus (21 %) et les Diola (17 %). Le plus grand plaisir pour l'homme a été cité par 6 % des hommes enquêtés. En outre, 35 % des hommes ont donné d'autres avantages.

Bien que parmi les avantages d'être ou de ne pas être excisée figurait le fait que l'excision soit exigé par la religion, au cours de l'enquête, on a demandé spécifiquement aux femmes et aux hommes s'ils étaient d'accord avec deux assertions : la première relative à la religion et la deuxième relative à la virginité. Les résultats sont présentés au tableau 13.11 selon que la femme est excisée ou non.

Un peu moins d'une femme cinq a déclaré que la pratique de l'excision est exigée par la religion (17 %). Parmi les femmes excisées, cette proportion est de (50 %) contre seulement 3 % parmi celles qui ne le sont pas.

Les proportions de femmes qui pensent que l'excision est exigée par la religion sont particulièrement élevées dans les régions de Matam (66 %), Kolda (54 %), Tambacounda (40 %), Saint-Louis (35 %) et Ziguinchor (34 %). Les femmes sans instruction (21 %), celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (25 %) et les femmes des ethnies Poular (38 %), Mandingue (37 %), Soninké (30 %) et Diola (23 %) sont celles qui ont le plus fréquemment cité cette opinion. La proportion des hommes ayant déclaré que l'excision est recommandée par la religion est un peu plus faible que celle constatée chez les femmes (12 %). En outre, on constate que c'est dans les mêmes groupes que les femmes que cette opinion est la plus répandue.

À la deuxième question, 31 % des femmes et 13 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était un moyen de prévenir les relations sexuelles avant le mariage. Parmi les femmes excisées, 39 % ont avancé cette opinion contre 27 % parmi celles non excisées. Il n'y a pas de différences dans les générations. Mais c'est surtout dans la région de Matam (54 %) et chez les femmes de l'ethnie Soninké (43 %) que cette croyance est particulièrement répandue. Chez les hommes, on constate que ce sont surtout ceux des régions de Matam (35 %) et de Saint-Louis (22 %) qui sont le plus fréquemment en accord avec cette opinion.

Tableau 13.11 Croyances au sujet de l'excision

Pourcentage de femme et d'hommes qui connaissent l'excision et qui sont d'accord avec différentes affirmations, par caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Femmes			Hommes		
	Est exigée par la religion	Prévenir relations sexuelles avant le mariage	Effectif de femmes	Est exigée par la religion	Prévenir relations sexuelles avant le mariage	Effectif d'hommes
Excision de la femme						
Excisée	49,9	39,4	4 123	na	na	na
Pas excisée	2,7	26,8	9 605	na	na	na
Groupe d'âges						
15-19	16,4	27,1	3 127	10,9	11,6	748
20-24	17,1	30,4	2 694	13,7	11,5	595
25-29	15,6	32,0	2 274	10,5	13,3	522
30-34	18,3	34,2	1 879	14,7	14,8	386
35-39	17,2	31,0	1 570	9,9	20,4	307
40-44	18,3	31,9	1 205	10,8	13,7	313
45-49	16,4	29,7	979	10,1	10,5	265
50-59	na	na	na	10,8	11,3	338
Milieu de résidence						
Urbain	11,1	34,0	6 882	10,3	12,9	1 990
Rural	22,7	27,2	6 845	13,3	13,2	1 485
Région						
Dakar	9,1	41,0	3 724	10,3	12,0	1 128
Diourbel	1,6	20,5	1 393	1,6	5,9	256
Fatick	3,4	20,5	653	6,6	10,5	146
Kaolack	5,4	30,4	1 485	9,2	10,5	330
Kolda	54,3	27,3	1 043	19,9	19,1	288
Louga	5,1	21,5	733	6,8	13,5	132
Matam	66,0	53,7	534	21,2	34,9	102
Saint-Louis	34,7	38,2	896	17,2	21,9	193
Tambacounda	39,7	26,7	833	25,0	13,1	235
Thiès	4,0	23,5	1 878	6,8	11,0	502
Ziguinchor	33,7	12,3	557	17,4	10,1	163
Niveau d'instruction						
Aucun	21,3	29,5	6 218	13,6	15,8	1 082
Primaire	15,2	30,9	5 320	11,5	11,9	1 283
Secondaire ou plus	8,4	33,0	2 191	9,6	11,7	1 110
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	25,4	23,3	2 147	16,3	12,7	519
Second	28,0	27,0	2 406	12,7	15,6	497
Moyen	19,8	29,1	2 640	13,2	14,3	612
Quatrième	10,9	36,0	3 039	9,2	11,9	790
Le plus riche	7,2	33,9	3 495	9,5	12,2	1 056
Ethnie						
Wolof	2,4	28,8	5 277	4,9	9,5	1 324
Poular	38,0	38,9	3 565	23,5	20,8	809
Serer	2,9	23,1	2 131	3,8	8,1	524
Mandingue	37,4	26,7	665	17,0	16,2	262
Diola	22,6	21,5	700	12,6	13,3	186
Soninké	30,3	43,2	399	17,7	14,2	155
Autre	25,3	30,4	984	14,8	12,8	214
Religion						
Musulmane	17,3	31,1	13 078	11,8	13,5	3 322
Chrétienne	8,7	20,7	626	6,0	3,3	140
Autre/ND	*	*	*	*	*	13
Total	16,9	30,6	13 728	11,6	13,1	3 475

* Basé sur trop peu de cas non pondérés
na = Non applicable

13.4.3 Opinions sur l'excision

On a également demandé aux femmes et aux hommes enquêtés leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision. Les résultats présentés au tableau 13.12 montrent qu'au niveau global, moins d'une femme sur cinq (18 %) pense que l'excision est une pratique qui devrait être maintenue. Cependant, parmi les femmes excisées, cette proportion est de 53 % parmi celles ayant au moins une fille excisée, les deux tiers ont déclaré que l'excision était une pratique qui devait être maintenue (66 %). À l'exception des régions de Matam (20 %), Kolda (43 %) et Tambacounda (43 %), la grande majorité des femmes des autres régions pense que la pratique de l'excision devrait disparaître (graphique 13.4). Cette opinion devient plus fréquente au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente et au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage s'améliore.

Le tableau 13.12 présente également la répartition des hommes selon qu'ils sont favorables ou non à l'abandon de l'excision. Une proportion d'hommes plus faible que celle des femmes (69 % contre 75 %) s'est déclarée en faveur de la disparition de cette pratique. Il est important de noter la proportion relativement élevée d'hommes qui ont déclaré être indécis (19 %). Selon les caractéristiques socio-démographiques, on constate que les hommes des régions de Matam (31 %), Tambacounda (53 %), Saint-Louis (56 %) et Kolda (58 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment exprimé cette opinion. De même, dans les ethnies, ce sont ceux des ethnies Mandingue (59 %) et Poular (49 %) qui sont les moins favorables à la disparition de la pratique.

Les résultats selon l'âge ne font pas apparaître de tendances. Il faut noter les proportions importantes d'hommes qui ont déclaré être indécis dans les régions de forte prévalence de l'excision et dans les ethnies majoritairement pratiquantes de l'excision.

Tableau 13.12. Opinion par rapport à l'excision selon les caractéristiques socio-démographiques

Répartition des femmes et des hommes connaissant l'excision selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend/ NSP	Total	Effectif connaissant l'excision
FEMMES					
Excision de la femme					
Excisée	39,8	53,1	7,1	100,0	4 123
Pas excisée	89,8	2,4	7,9	100,0	9 605
Groupe d'âges					
15-19	72,6	18,7	8,7	100,0	3 127
20-24	74,9	17,5	7,6	100,0	2 694
25-29	76,3	16,6	7,1	100,0	2 274
30-34	74,0	18,1	7,9	100,0	1 879
35-39	77,1	16,3	6,7	100,0	1 570
40-44	74,1	18,1	7,8	100,0	1 205
45-49	76,1	17,3	6,6	100,0	979
Milieu de résidence					
Urbain	84,4	10,3	5,4	100,0	6 882
Rural	65,1	25,0	9,9	100,0	6 845
Région					
Dakar	86,4	8,0	5,6	100,0	3 724
Diourbel	87,2	2,1	10,7	100,0	1 393
Fatick	89,7	2,9	7,4	100,0	653
Kaolack	83,1	7,1	9,8	100,0	1 485
Kolda	43,2	52,3	4,5	100,0	1 043
Louga	83,3	4,0	12,7	100,0	733
Matam	20,4	69,7	9,9	100,0	534
Saint-Louis	56,4	34,8	8,8	100,0	896
Tambacounda	43,0	49,0	7,9	100,0	833
Thiès	89,4	3,4	7,2	100,0	1 878
Ziguinchor	53,4	42,4	4,2	100,0	557
Niveau d'instruction					
Aucun	66,3	23,8	9,9	100,0	6 218
Primaire	77,9	15,0	7,1	100,0	5 320
Secondaire ou plus	91,3	6,3	2,4	100,0	2 191
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	62,1	27,7	10,3	100,0	2 147
Second	59,4	31,1	9,5	100,0	2 406
Moyen	70,1	21,7	8,2	100,0	2 640
Quatrième	82,5	10,4	7,0	100,0	3 039
Le plus riche	89,9	5,3	4,7	100,0	3 495
Ethnie					
Wolof	89,4	2,4	8,2	100,0	5 277
Poular	54,1	38,2	7,7	100,0	3 565
Serer	89,4	2,3	8,3	100,0	2 131
Mandingue	52,1	42,7	5,2	100,0	665
Diola	66,5	29,0	4,5	100,0	700
Soninké	59,2	34,2	6,7	100,0	399
Autre	66,7	25,7	7,6	100,0	984
Religion					
Musulmane	74,2	18,2	7,7	100,0	13 078
Chrétienne	87,1	6,2	6,7	100,0	626
Autre/ND	*	*	*	*	24
Total	74,8	17,6	7,6	100,0	13 728

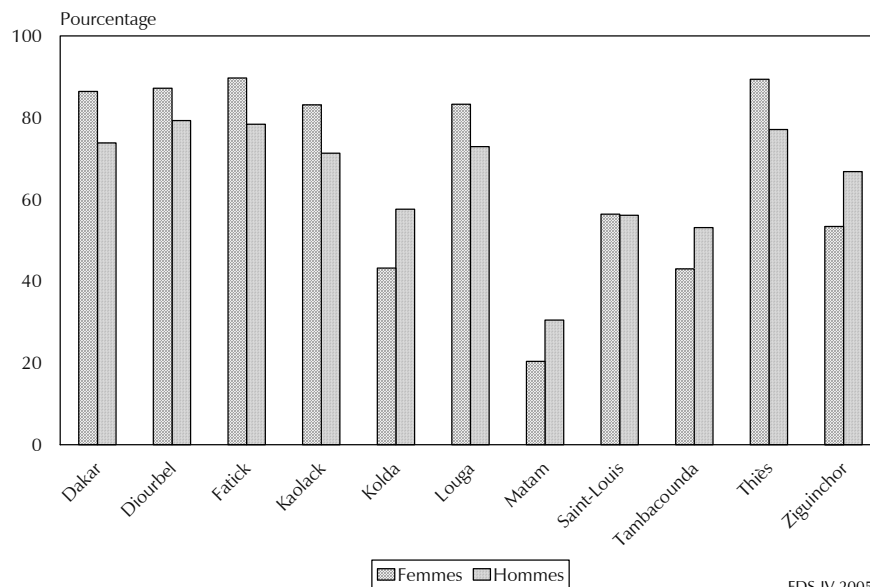
Suite...

Tableau 13.12—Suite

Caractéristiques sociodémographique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend/ NSP	Total	Effectif connaissant l'excision
HOMMES					
Groupe d'âges					
15-19	65,6	10,9	23,6	100,0	748
20-24	70,1	13,7	16,2	100,0	595
25-29	71,8	10,5	17,6	100,0	522
30-34	67,6	14,7	17,7	100,0	386
35-39	75,4	9,9	14,7	100,0	307
40-44	69,9	10,8	19,3	100,0	313
45-49	72,5	10,1	17,4	100,0	265
50-59	65,2	10,8	24,0	100,0	338
Milieu de résidence					
Urbain	72,6	10,3	17,1	100,0	1 990
Rural	64,8	13,3	21,9	100,0	1 485
Région					
Dakar	73,8	10,3	16,0	100,0	1 128
Diourbel	79,3	1,6	19,1	100,0	256
Fatick	78,4	6,6	15,1	100,0	146
Kaolack	71,3	9,2	19,5	100,0	330
Kolda	57,6	19,9	22,5	100,0	288
Louga	72,9	6,8	20,3	100,0	132
Matam	30,5	21,2	48,3	100,0	102
Saint-Louis	56,1	17,2	26,7	100,0	193
Tambacounda	53,1	25,0	21,9	100,0	235
Thiès	77,1	6,8	16,1	100,0	502
Ziguinchor	66,8	17,4	15,8	100,0	163
Niveau d'instruction					
Aucun	64,3	13,6	22,1	100,0	1 082
Primaire	66,8	11,5	21,7	100,0	1 283
Secondaire ou plus	77,0	9,6	13,3	100,0	1 110
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	59,7	16,3	24,0	100,0	519
Second	65,5	12,7	21,8	100,0	497
Moyen	63,9	13,2	22,9	100,0	612
Quatrième	73,7	9,2	17,0	100,0	790
Le plus riche	75,5	9,5	15,0	100,0	1 056
Ethnie					
Wolof	79,4	4,9	15,7	100,0	1 324
Poular	48,5	23,5	28,0	100,0	809
Serer	81,3	3,8	14,9	100,0	524
Mandingue	59,4	17,0	23,6	100,0	262
Diola	72,0	12,6	15,4	100,0	186
Soninké	70,1	17,7	12,2	100,0	155
Autre	65,0	14,8	20,2	100,0	214
Religion					
Musulmane	68,6	11,8	19,6	100,0	3 322
Chrétienne	83,2	6,0	10,8	100,0	140
Autre/ND	*	*	*	*	13
Total	69,3	11,6	19,2	100,0	3 475

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Graphique 13.4 Proportions de femmes et d'hommes favorables à la disparition de la pratique de l'excision selon la région



EDS-IV 2005

Par ailleurs, en plus de demander aux femmes si elles pensaient que la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître, on leur a posé la question suivante : « *Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que la pratique de l'excision soit conservée ou, au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?* » Une question similaire a été posée aux hommes. Les réponses à ces questions, présentées au tableau 13.13, permettent de mesurer l'écart qui peut exister entre l'opinion des femmes et l'idée qu'elles se font de l'opinion des hommes et, de même, entre l'opinion des hommes et l'idée qu'ils se font de l'opinion des femmes.

Il apparaît que parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (18 %), plus de la moitié (11 %) pensent que les hommes sont du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (75 %), plus de la moitié (55 %) pensent que les hommes sont également du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, on peut dire que les femmes ont une bonne connaissance de l'opinion des hommes en la matière.

Tableau 13.13 Opinion des femmes et des hommes par rapport à l'excision

Répartition des femmes et des hommes connaissant l'excision, selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique et selon leur perception de l'opinion du sexe opposé, EDS-IV Sénégal 2005

	Femmes	Hommes
L'enquêté(e) pense que la pratique de l'excision doit être maintenue	17,6	11,6
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	11,4	6,1
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	1,5	4,4
Et n'est pas sûr(e) /ça dépend /ne connaît pas l'opinion de ne sait pas de l'opinion des hommes	4,6	1,1
L'enquêté(e) pense que la pratique de l'excision doit disparaître	74,8	69,3
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	1,2	3,0
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	54,6	61,8
Et n'est pas sûr(e) /ça dépend /ne connaît pas l'opinion de ne sait pas de l'opinion des hommes	18,9	4,4
Pas sûr(e)	7,6	19,2
Total	100,0	100,0
Effectif	13 728	3 475

Du point de vue des hommes, on constate que parmi ceux qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (12 %), la moitié (6 %) pense que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les hommes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (69 %), plus de la moitié (62 %) pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, on constate une bonne connaissance par les hommes de l'opinion des femmes en la matière.

Aliou Gaye et Salif Ndiaye

Au Sénégal, comme dans la plupart des pays africains, la transmission du sida se fait principalement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes interrogés lors de l'EDS-IV, en majorité sexuellement actifs, sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'Information, d'Éducation et Communication (IEC) lancées à travers le pays par le Programme National de Lutte contre le Sida. Dans le but d'évaluer l'impact du programme réalisé au Sénégal, des questions ont été posées sur la connaissance, les attitudes et les pratiques concernant les IST et le sida en particulier, ainsi que sur les comportements sexuels. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en cours, ainsi qu'à la mise en place de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida.

Les résultats présentés ici concernent principalement les points suivants :

- la connaissance de l'existence du VIH/sida, des moyens de prévention, de ses modes de transmission ainsi que l'adhésion aux idées erronées sur la transmission et la prévention de l'infection ;
- la connaissance de la transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant ;
- les attitudes et comportements à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida ;
- les rapports sexuels à haut risque et l'utilisation des condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque ;
- l'âge des adolescents (15-24 ans) aux premiers rapports sexuels ;
- les rapports sexuels à haut risque et l'utilisation des condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque chez les adolescents de 15-24 ans ;
- les rapports sexuels prémaritaux parmi les jeunes de 15-24 ans et l'utilisation d'un condom ;
- la connaissance des autres IST et de leurs symptômes ;
- la recherche de traitement pour les IST ; et
- les enfants orphelins et la résidence avec les parents.

En outre, lors de l'EDS-IV, un test de séroprévalence du VIH dans la population générale masculine et féminine a été effectué. Les résultats sont présentés dans le chapitre 15.

14.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION

14.1.1 Connaissance du VIH/sida et de l'existence de moyens de prévention

L'attitude et le comportement que les populations ont vis-à-vis du VIH/sida sont largement tributaires de leur niveau de connaissance de cette maladie. Ainsi, l'EDS-IV a cherché à évaluer les niveaux de connaissance du VIH/sida et des ses modes de transmission ainsi que la connaissance des moyens de prévention de l'infection dans la population générale.

Pour évaluer le niveau de connaissance de cette infection par les femmes et les hommes, on leur a demandé s'ils connaissaient cette maladie ou s'ils en avaient déjà entendu parler. Les résultats présentés dans le tableau 14.1 révèlent que le niveau de connaissance du VIH/sida est très élevé au Sénégal. Le VIH/sida est pratiquement connu de toute la population : respectivement 97 % et 98 % (contre 92 % et 96 % à l'EDS-III de 1997). Quel que soient l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence et le niveau d'instruction, le niveau de connaissance est élevé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les niveaux de connaissance varient d'un minimum de 87 % chez les femmes de la région de Tambacounda et de 72 % chez les hommes de la région de Kolda à 100 % chez les femmes et les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage ayant entendu parler du sida	Pourcentage qui pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	Pourcentage ayant entendu parler du sida	Pourcentage qui pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
Âge						
15-19	94,7	71,3	3 556	94,2	72,0	926
20-24	96,7	80,2	2 844	99,1	83,0	645
25-29	98,0	80,6	2 379	99,6	82,8	537
30-39	97,5	81,1	3 566	99,6	85,8	716
40-49	97,0	80,7	2 258	99,1	86,9	591
15-24	95,6	75,2	6 400	96,2	76,5	1 571
Etat matrimonial						
Célibataire	96,5	75,5	3 941	96,6	77,1	1 756
A eu de rapports sexuels	98,1	77,7	224	99,1	84,4	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	96,4	75,4	3 717	94,6	71,4	982
En union	96,6	79,3	9 866	99,4	86,1	1 533
En rupture d'union	98,1	81,1	795	100,0	80,1	126
Milieu de résidence						
Urbain	98,5	81,4	7 117	99,2	86,1	1 760
Rural	94,9	75,5	7 485	96,1	76,7	1 419
Région						
Dakar	98,2	75,7	3 866	99,6	80,3	1 106
Diourbel	98,0	78,3	1 548	91,8	78,8	273
Fatick	98,5	80,1	708	90,4	75,6	156
Kaolack	96,9	72,1	1 642	96,4	83,0	328
Kolda	94,6	81,7	1 047	98,8	72,0	265
Louga	96,0	83,2	915	97,8	73,4	136
Matam	90,0	61,8	543	98,5	77,9	101
Saint-Louis	95,6	79,8	947	99,4	84,8	194
Tambacounda	87,0	72,9	851	98,7	82,0	220
Thiès	98,8	86,9	1 974	99,1	93,5	481
Ziguinchor	99,0	92,1	562	99,7	76,5	156
Niveau d'instruction						
Aucun	95,1	74,7	8 699	96,1	77,7	1 403
Primaire	98,5	81,3	3 677	98,5	79,1	966
Secondaire ou plus	99,6	88,2	2 226	99,9	88,1	1 046
Ensemble	96,6	78,4	14 602	98,0	81,3	3 415

Cependant, bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 78 % d'entre elles pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter ; chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée, plus de huit hommes sur dix ayant déclaré qu'il y a au moins un moyen d'éviter le VIH/sida (81 %). Les femmes qui ont le plus fréquemment déclaré qu'on pouvait éviter le VIH/sida sont les femmes de Ziguinchor (92 %) et les plus instruites (88 %). À l'opposé, 62 % des femmes de Matam, 72 % de celles de Kaolack et 71 % des jeunes femmes (15-19 ans) sont celles qui ont le moins fréquemment déclaré qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida. Chez les hommes, ce sont ceux de Thiès (94 %) et ceux de niveau secondaire ou plus (88 %) qui ont le plus fréquemment déclaré que le VIH/sida était évitable. Par contre, comme chez les femmes, les plus jeunes de 15-19 ans sont moins bien informés que les plus âgés (72 % contre au moins 83 % dans les autres groupes d'âges). Les hommes des régions de Kolda (72 %), ceux de Louga (73 %) et ceux sans instruction (78 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment déclaré qu'il existait des moyens pour éviter de contracter le virus du sida.

14.1.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH. Au cours de l'EDS-IV, on a demandé aux enquêtés s'ils savaient qu'on pouvait réduire les risques de contracter le virus en utilisant ces deux moyens. Les résultats selon différentes caractéristiques sociodémographiques sont présentés au tableau 14.2. Plus de sept personnes sur dix (72 % des femmes et 71 % des hommes) ont déclaré que le recours à ces deux moyens pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida. De ces deux moyens, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté a été le plus fréquemment citée : 91 % des femmes et 90 % des hommes contre respectivement, 74 % pour l'utilisation du condom, que ce soit par les hommes ou par les femmes. On relève également, chez les femmes comme chez les hommes, que ces deux moyens de prévention sont plus connus par ceux/celles qui résident dans la région de Ziguinchor, les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels, les femmes et les hommes de niveau secondaire ou plus, ainsi que ceux vivant dans les ménages les plus riches.

Tableau 14.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, en réponse une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif des femmes	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif des hommes
Âge										
15-19	66,0	85,8	64,3	81,6	3 556	66,3	81,7	62,0	81,3	926
20-24	77,4	92,2	76,1	86,2	2 844	78,1	91,0	74,2	85,2	645
25-29	77,5	93,4	76,1	86,9	2 379	82,4	92,5	78,3	86,9	537
30-39	77,9	93,6	76,5	86,6	3 566	77,3	94,5	74,2	92,5	716
40-49	71,5	93,4	70,3	87,5	2 258	69,8	93,3	68,1	90,3	591
15-24	71,1	88,6	69,5	83,6	6 400	71,1	85,5	67,0	82,9	1 571
État matrimonial										
Célibataire	70,8	88,2	69,1	83,7	3 941	72,7	86,2	68,6	83,2	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	89,3	93,8	85,6	84,0	224	87,2	93,3	83,6	87,9	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	69,7	87,9	68,1	83,7	3 717	61,3	80,6	56,8	79,6	982
En union	74,5	92,5	73,3	86,1	9 866	74,8	93,8	71,8	90,9	1 533
Divorcée/Séparée/Veuve	81,1	93,3	78,3	86,8	795	81,7	92,7	80,2	87,3	126
Milieu de résidence										
Urbain	80,2	93,3	78,3	86,1	7 117	81,2	81,2	90,6	76,6	87,1
Rural	67,8	89,6	66,8	84,9	7 485	64,6	63,7	87,9	61,5	86,3
Région										
Dakar	76,8	91,5	74,5	81,9	3 866	80,0	89,0	73,9	81,5	1 106
Diourbel	71,4	95,1	70,6	93,0	1 548	53,1	87,9	52,0	88,0	273
Fatick	78,5	95,2	77,9	92,3	708	61,7	82,0	60,5	79,2	156
Kaolack	73,3	90,5	72,1	85,7	1 642	67,7	87,3	64,6	86,1	328
Kolda	79,9	90,2	78,2	77,2	1 047	76,4	92,9	74,5	90,7	265
Louga	65,8	89,8	65,1	84,1	915	71,1	88,6	70,4	86,5	136
Matam	47,9	79,9	46,5	75,7	543	58,1	82,0	54,7	84,7	101
Saint-Louis	59,0	88,7	57,7	84,7	947	80,8	89,5	76,7	89,8	194
Tambacounda	62,0	82,8	61,2	78,3	851	78,8	93,4	76,0	92,6	220
Thiès	83,8	95,9	82,6	94,9	1 974	74,5	94,7	72,4	94,8	481
Ziguinchor	90,6	95,6	89,1	86,6	562	85,0	93,9	83,3	90,7	156
Niveau d'instruction										
Aucun	67,4	89,5	66,3	84,7	8 699	62,3	89,0	61,1	85,9	1 403
Primaire	79,8	93,2	77,9	85,7	3 677	77,2	88,6	72,7	86,2	966
Secondaire ou plus	89,3	95,6	87,2	88,1	2 226	86,6	92,1	81,1	88,8	1 046
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	64,4	85,5	63,5	80,4	2 433	59,0	87,9	57,2	84,5	523
Second	68,7	90,2	67,8	84,4	2 565	68,8	87,6	66,7	87,7	480
Moyen	72,2	91,3	70,8	86,2	2 839	71,2	88,7	67,8	88,4	601
Quatrième	76,7	92,7	74,7	86,3	3 154	78,8	91,6	75,6	91,1	778
Le plus riche	82,7	95,1	81,0	88,4	3 610	81,9	91,2	76,8	83,5	1 032
Ensemble	73,8	91,4	72,4	85,5	14 602	74,0	89,8	70,5	86,8	3 415

14.1.3 Connaissance correcte de la transmission du VIH/sida et rejet d'idées erronées

Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du VIH/sida. Les résultats sont présentés aux tableaux 14.3.1 pour les femmes et 14.3.2 pour les hommes.

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui savent que:				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida ¹	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida ²	Effectif de femmes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens naturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas			
Âge							
15-19	51,8	37,1	71,2	62,2	21,1	18,0	3 556
20-24	59,0	37,8	77,5	67,4	24,1	21,0	2 844
25-29	59,9	39,3	80,9	68,6	24,4	21,5	2 379
30-39	58,2	40,0	80,5	70,0	24,9	22,4	3 566
40-49	57,2	35,7	77,3	61,9	21,3	17,9	2 258
15-24	55,0	37,4	74,0	64,5	22,4	19,3	6 400
État matrimonial							
Célibataire	60,4	44,8	76,8	71,3	29,9	25,7	3 941
A déjà eu des rapports sexuels	60,6	44,4	83,4	87,2	28,2	26,8	224
N'a jamais eu de rapports sexuels	60,4	44,9	76,4	70,3	30,0	25,7	3 717
En union	55,0	35,1	77,0	63,5	20,3	17,8	9 866
Divorcée/Séparée/Veuve	63,0	42,4	81,9	73,3	25,6	22,9	795
Milieu de résidence							
Urbain	66,3	47,5	83,3	78,0	32,7	28,9	7 117
Rural	48,0	29,2	71,4	54,8	14,1	11,9	7 485
Région							
Dakar	65,9	49,6	83,0	79,5	34,2	29,4	3 866
Diourbel	54,4	31,1	82,4	69,0	15,8	13,8	1 548
Fatick	53,1	40,2	78,6	67,0	23,5	22,2	708
Kaolack	45,2	38,5	75,3	63,3	17,7	15,7	1 642
Kolda	47,2	30,5	66,3	42,8	12,8	11,8	1 047
Louga	54,0	27,7	73,9	60,0	16,7	13,8	915
Matam	40,2	22,5	64,4	48,4	12,3	8,4	543
Saint-Louis	60,2	31,6	70,8	57,3	22,4	18,1	947
Tambacounda	46,9	24,0	65,0	41,5	12,8	10,5	851
Thiès	64,5	41,5	83,6	76,1	27,5	24,8	1 974
Ziguinchor	63,7	41,1	71,9	60,2	25,9	24,8	562
Niveau d'instruction							
Aucun	48,0	26,9	71,5	55,5	12,3	10,4	8 699
Primaire	63,5	42,6	81,0	74,7	26,2	22,3	3 677
Secondaire ou plus	81,2	74,4	93,4	93,2	60,7	55,0	2 226
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	37,9	26,2	64,8	45,2	10,6	9,3	2 433
Second	48,1	28,7	70,8	51,3	13,2	11,3	2 565
Moyen	55,4	33,0	76,1	63,4	18,4	15,9	2 839
Quatrième	62,9	42,2	81,5	75,6	26,9	22,7	3 154
Le plus riche	72,0	53,1	87,3	84,5	39,3	35,1	3 610
Ensemble	56,9	38,1	77,2	66,1	23,2	20,2	14 602

À la question « Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ? », 57 % de femmes et 73 % d'hommes ont répondu affirmativement. Cette connaissance est cependant très variable selon les caractéristiques sociodémographiques.

La proportion de femmes ayant donné une réponse affirmative varie d'un minimum de 38 % chez les femmes les plus pauvres à un maximum de 81 % chez celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (tableau 14.3.1). Par ailleurs, on constate qu'en urbain, les femmes ont été plus nombreuses qu'en rural à connaître cet aspect du VIH (respectivement, 66 % et 48 %). L'analyse selon la région de résidence laisse apparaître aussi des écarts : ce sont dans les régions de Dakar (66 %), de Thiès (65 %) et de Ziguinchor (64 %) que les proportions de femmes ayant répondu affirmativement à cette question sont les plus élevées ; en revanche, dans les régions de Matam (40 %), Kaolack (45 %) et Kolda (47 %), les proportions sont plus faibles. Enfin, le niveau d'instruction met en évidence des écarts très significatifs : la proportion de femmes qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus qui cause le sida varie de 48 % chez les femmes sans instruction à 64 % chez celles ayant le niveau primaire et à 81 % chez celles de niveau secondaire ou plus.

À la question de savoir si le virus du sida pouvait se transmettre par les moustiques, seulement 38 % des femmes ont répondu par la négative. On note que les femmes du milieu rural (29 % contre 48 % en zone urbaine), les jeunes femmes de 15-24 ans (37 %) et les plus âgées de 45-49 ans (36 %) et celles vivant dans un ménage des deux quintiles les plus pauvres sont celles qui ont le moins fréquemment déclaré que le sida ne pouvait pas se transmettre par les moustiques. De même, on observe des écarts très importants en fonction du niveau d'instruction. En effet, seulement 27 % des femmes sans instruction sont bien informées, contre 43 % des femmes de niveau primaire et 74 % de celles de niveau secondaire ou plus. En outre, des différences inter régionales notables sont également observées. C'est dans les régions de Matam (23 %) et Tambacounda (24 %) que les pourcentages de femme possédant l'information correcte sont les plus faibles.

À la question de savoir si on peut contacter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels, les résultats montrent que près de huit femmes sur dix (77 %) sont bien informées puisqu'elles ont répondu par la négative à cette question. Cependant, en milieu rural (71 %), parmi les jeunes de 15-19 ans (71 %) celles sans instruction (72 %), parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (65 %), ces proportions sont plus faibles. En fonction de la région, on constate que ce sont les femmes des régions de Kolda et de Tambacounda qui rejettent le moins fréquemment cette idée erronée (respectivement, 66 % et 65 %).

Quant à la troisième question, « Est-ce qu'on peut contacter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ? », 66 % des femmes ont rejeté cette idée erronée. En milieu rural, et parmi les femmes sans instruction, ces proportions ne sont que de respectivement 55 % et 56 %. On constate également de grandes différences inter régionales. C'est dans les régions de Tambacounda (42 %), de Kolda (43 %) et de Matam (48 %) que les proportions de femmes rejetant cette idée erronée sont les plus faibles.

Les deux idées locales erronées qui ont été les plus couramment citées par les femmes sont la transmission du virus par les piqûres de moustiques (62 %) et le partage des repas avec un séropositif (34 %). Le tableau 14.3.1 présente également les proportions de femmes qui rejettent ces deux idées et qui savent aussi qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. Globalement, on constate que 23 % des femmes possèdent ces bonnes informations. Ce pourcentage varie peu avec l'âge mais par contre, il est plus élevé en milieu urbain (33 %) qu'en milieu rural (14 %) et il est aussi très variable d'une région à l'autre (34 % à Dakar contre et 12 à 13 % à Kolda, Tambacounda et Matam). Par ailleurs, ce niveau de connaissance correcte augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Enfin, dans ce tableau, sont présentés les proportions de femmes qui ont

une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. Sont ainsi définies les femmes qui ont déclaré savoir qu'on peut réduire le risque d'infection du virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes (définies précédemment) à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. Une femme sur cinq (20 %) peut être considérée comme ayant une bonne connaissance correcte du sida. Ici également, le niveau de connaissance est particulièrement faible dans les régions de Matam (8 %), Tambacounda (11 %) et Kolda (12 %). Il est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (29 % contre 12 %), dans la région de Dakar (29 %), chez les femmes de niveau secondaire ou plus (55 % contre 22 % chez celles de niveau primaire et seulement 10 % chez les non instruites). Il augmente régulièrement avec le niveau de bien-être économique des ménages : il passe de 9 % chez les plus pauvres à 16 % dans le quintile moyen, et à un maximum de 35 % dans le quintile le plus riche.

Le tableau 14.3.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. Globalement, on ne constate pas d'écart très important entre les hommes et les femmes, sauf pour la première assertion. En effet, une proportion d'hommes nettement plus élevée que de femmes (respectivement, 73 % et 60 %) a répondu qu'une personne apparemment en bonne santé pouvait néanmoins avoir le sida. En ce qui concerne les autres assertions, les écarts sont moins importants. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques sont quasiment identiques à celles observées chez les femmes.

En résumé, un homme sur quatre (26 %) a une connaissance correcte de la transmission du sida, soit plus de 5 points de pourcentage de plus que les femmes. Les hommes de 20-39 ans (plus de 27 %), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (33 %), ceux qui résident en milieu urbain (33 % contre 14 % en rural), ceux qui vivent dans les ménages les plus riches (39 %) et les plus instruits (52 % de ceux ayant un niveau secondaire ou plus) sont ceux qui possèdent le plus fréquemment les informations correctes sur la transmission et la prévention du VIH/sida.

Tableau 14.3.2 Idées erronées à propos du sida : hommes

Pourcentage des hommes qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage des hommes qui savent que:				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida ¹	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida ²	Effectif des hommes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas			
Âge							
15-19	59,2	38,6	68,0	59,7	24,6	21,4	926
20-24	76,2	45,0	77,7	72,0	34,1	27,0	645
25-29	77,7	45,4	80,6	71,7	37,1	30,9	537
30-39	80,5	41,6	82,9	73,5	33,5	27,9	716
40-49	75,9	36,8	74,5	64,9	28,8	22,6	591
15-24	66,2	41,2	72,0	64,8	28,5	23,7	1 571
État matrimonial							
Célibataire	68,6	43,4	73,7	67,9	31,7	26,2	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	79,3	48,3	81,0	77,8	38,3	33,3	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	60,2	39,6	67,9	60,1	26,5	20,7	982
En union	77,3	38,8	78,4	67,2	30,4	24,8	1 533
Divorcée/Séparée/Veuve	73,1	39,5	81,3	71,7	26,9	24,2	126
Milieu de résidence							
Urbain	81,9	47,8	82,3	76,8	38,8	32,7	1 760
Rural	60,0	30,8	66,7	54,6	18,7	14,0	1 419
Région							
Dakar	84,7	52,5	86,5	79,1	43,5	35,3	1 106
Diourbel	65,0	29,9	71,6	56,9	21,9	16,1	273
Fatick	57,5	27,9	64,8	50,3	17,2	13,7	156
Kaolack	65,6	29,8	70,4	60,3	22,8	17,7	328
Kolda	60,7	34,9	65,8	55,3	19,0	16,3	265
Louga	63,1	31,4	67,4	59,2	22,0	19,4	136
Matam	55,5	36,3	69,0	64,2	19,8	16,6	101
Saint-Louis	72,2	45,1	71,8	74,9	34,8	31,0	194
Tambacounda	59,5	34,3	74,2	59,3	24,5	20,6	220
Thiès	78,3	41,9	73,0	68,6	31,4	26,2	481
Ziguinchor	72,2	43,5	80,5	69,4	27,4	25,4	156
Niveau d'instruction							
Aucun	61,5	25,2	66,6	51,9	14,2	10,5	1 403
Primaire	70,9	35,5	75,4	67,5	24,0	19,2	966
Secondaire ou plus	89,3	68,0	89,4	89,1	59,9	51,6	1 046
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	51,2	27,0	62,6	45,9	13,8	9,3	523
Second	58,3	27,3	68,8	54,4	15,2	12,9	480
Moyen	69,1	33,9	72,3	65,1	23,9	19,3	601
Quatrième	77,8	45,7	79,5	71,1	35,0	31,2	778
Le plus riche	88,5	55,8	85,9	83,9	48,0	39,0	1 032
Ensemble	72,7	41,2	76,1	67,7	31,0	25,5	3 415

¹ Les deux idées erronées les plus couramment citées ont été : la transmission par les moustiques et le partage de la nourriture (62 et 34 %, respectivement).

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels avec un/e seul/e partenaire fidèle et qui n'est pas infecté/e, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

14.1.4 Connaissance de la transmission mère-enfant

Au cours de l'enquête, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient que le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et par l'allaitement. En outre, on a demandé à tous les enquêtés s'ils connaissaient des médicaments spéciaux qu'une mère pouvait prendre durant la grossesse pour réduire le risque de transmission maternel du virus du sida. Le tableau 14.4 présente les résultats à ces questions.

Près de 75 % des femmes et 72 % des hommes ont déclaré qu'ils savaient que le sida pouvait se transmettre pendant la grossesse. Le niveau de connaissance de ce mode de transmission est moins élevé parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-19 ans (respectivement 67 % et 64 %). En rural, la proportion de ceux qui connaissent ce mode de transmission est plus faible qu'en urbain (70 % des femmes et 64 % des hommes contre respectivement, 79 % et 81 %). Au niveau régional, les résidents de Matam sont largement moins nombreux à connaître ce mode de transmission du VIH (53 % des femmes et 55 % des hommes). Par ailleurs, le niveau d'instruction influe sur la connaissance de la transmission du VIH pendant la grossesse puisque 87 % des femmes et 86 % des hommes ayant un niveau secondaire ou plus ont déclaré connaître ce mode de transmission contre 69 % des femmes et 63 % des hommes sans instruction. Enfin, on remarque que le niveau de vie des ménages est positivement associé à la connaissance de ce mode de transmission du virus du sida à l'enfant, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

S'agissant du risque de transmission du sida de la mère à l'enfant pendant l'accouchement, on constate que dans l'ensemble, le niveau de connaissance est légèrement plus élevé chez les femmes (70 %) que chez les hommes (67 %). Selon les variables sociodémographiques, les écarts entre les sexes sont assez variables. Ainsi, chez les enquêtés en rupture d'union, dans les régions de Matam, de Saint-Louis et de Tambacounda, les femmes sont moins au courant que les hommes de ce mode de transmission. Par ailleurs, on note chez les femmes que les niveaux de connaissance les plus faibles sont observés à Matam (48 %), Tambacounda (58 %), parmi les femmes des ménages les plus pauvres (61 %), ainsi que parmi les jeunes de 15-19 ans (62 %). À l'opposé, les niveaux de connaissance les plus élevés sont observés chez les femmes de niveau secondaire ou plus (85 %), dans les régions de Ziguinchor (79 %) et de Thiès (78 %), ainsi que chez les femmes des ménages les plus riches (77 %).

Des trois modes de transmission mère-enfant examinés ici, celui portant sur le risque de contamination pendant l'allaitement est le moins connu par les enquêtés (61 % des femmes et 55 % des hommes). Ici également, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir répondu affirmativement sur la possibilité de transmission du sida de la mère à l'enfant pendant l'allaitement. Selon les variables sociodémographiques, on observe des écarts similaires à ceux mis en évidence pour la connaissance de la transmission pendant l'accouchement.

Le dernier indicateur porte sur la connaissance de l'existence de médicaments spéciaux pouvant réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Environ 28 % des femmes et 26 % des hommes ont déclaré que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par une mère infectée. Moins d'enquêtés (22 % des femmes et 19 % des hommes) ont déclaré que la transmission du virus était possible en allaitant et que le risque de transmission maternel pouvait être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère.

Tableau 14.4 Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement et que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes						Hommes					
	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux	Effectif de femmes	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux	Effectif d'hommes
Âge												
15-19	67,1	61,8	57,5	25,8	20,4	3 556	63,9	60,8	51,3	23,4	17,6	926
20-24	73,7	68,6	60,5	26,8	20,0	2 844	70,9	68,5	54,7	25,7	18,5	645
25-29	77,0	72,7	63,1	29,0	22,5	2 379	72,3	64,6	52,7	23,2	15,6	537
30-39	78,8	73,7	61,9	30,5	22,3	3 566	77,9	70,7	59,1	28,4	21,4	716
40-49	77,2	73,8	64,8	28,5	22,7	2 258	75,4	70,3	58,1	31,5	22,7	591
15-24	70,0	64,8	58,9	26,2	20,2	6 400	66,8	63,9	52,7	24,3	17,9	1 571
État matrimonial												
Célibataire	71,9	66,5	55,3	29,3	20,5	3 941	68,2	62,7	51,9	23,5	17,0	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	77,0	73,6	58,1	30,2	19,3	224	77,7	70,2	58,0	25,8	18,5	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	71,6	66,1	55,2	29,3	20,5	3 717	60,7	56,8	47,1	21,8	15,8	982
En union	75,0	70,4	63,7	27,4	21,8	9 866	74,4	70,1	57,7	28,5	20,8	1 533
Divorcée/Séparée/ Veuve	79,8	76,9	59,0	30,6	22,8	795	80,7	77,3	64,2	37,3	27,7	126
Milieu de résidence												
Urbain	79,4	74,8	58,6	32,1	21,6	7 117	81,2	90,6	76,6	87,1	81,2	1 740
Rural	69,8	64,8	63,7	24,3	21,3	7 485	63,7	87,9	61,5	86,3	63,7	1 419
Région												
Dakar	78,3	72,3	50,1	30,2	17,2	3 866	76,0	69,5	48,8	23,5	14,3	1 106
Diourbel	69,8	68,0	65,4	24,4	21,3	1 548	59,0	52,5	47,0	26,3	19,9	273
Fatick	79,4	74,7	69,4	30,9	27,7	708	59,2	50,9	51,1	27,9	22,4	156
Kaolack	74,2	69,8	64,4	29,1	24,4	1 642	67,2	61,5	51,9	26,3	18,8	328
Kolda	79,6	70,3	78,5	24,5	22,1	1 047	73,5	69,9	64,7	29,8	25,3	265
Louga	63,9	62,8	57,8	27,9	24,6	915	63,9	60,8	61,4	16,1	13,8	136
Matam	52,5	47,7	40,7	15,5	12,6	543	54,5	52,9	50,7	13,5	9,5	101
Saint-Louis	67,8	64,5	58,1	25,5	21,2	947	76,9	70,7	62,6	16,1	11,9	194
Tambacounda	66,2	58,1	61,6	20,6	17,6	851	70,7	74,4	68,2	31,6	28,4	220
Thiès	80,9	77,8	69,1	34,4	27,4	1 974	74,9	70,7	60,2	36,4	27,2	481
Ziguinchor	84,6	78,7	76,5	30,2	22,9	562	80,1	75,7	59,5	29,4	20,5	156
Niveau d'instruction												
Aucun	68,8	64,1	61,9	24,3	20,7	8 699	62,6	59,3	57,7	25,7	21,1	1 403
Primaire	79,8	73,8	62,8	30,3	22,7	3 677	69,3	64,6	58,1	26,1	21,1	966
Secondaire ou plus	87,4	84,7	56,0	39,2	22,5	2 226	85,5	78,2	48,4	27,2	14,6	1 046
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	66,5	61,1	63,5	21,8	19,8	2 433	58,6	54,9	57,9	24,0	21,1	523
Second	70,4	65,5	66,1	24,1	21,7	2 565	66,5	62,8	58,9	26,0	21,2	480
Moyen	71,5	67,7	62,9	26,7	22,0	2 839	68,6	63,9	59,2	25,5	20,5	601
Quatrième	77,6	72,7	57,8	31,5	21,9	3 154	77,2	71,2	55,1	30,4	20,9	778
Le plus riche	82,2	77,4	57,9	33,3	21,7	3 610	77,6	72,2	49,1	24,8	15,0	1 032
Ensemble	74,4	69,7	61,2	28,1	21,5	14 602	71,5	66,6	55,0	26,3	19,1	3 415

14.2 STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes séropositives ou malades du sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Au cours de l'EDS-IV, des questions ont été posées aux enquêtés ayant entendu parler du sida pour connaître leurs attitudes face aux personnes ayant été infectées. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH ou s'ils achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. Il leur a été également demandé, si de leur point de vue, une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'exercer et si l'état de santé d'un membre de la famille atteint de sida devrait être gardé secret ou divulgué. Les résultats sont présentés au tableau 14.5.1 pour les femmes et 14.5.2 pour les hommes.

Plus de sept femmes sur dix (71 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du sida (tableau 14.5.1). Cette proportion varie peu selon l'âge ; par contre, on constate que les femmes en union (68 %), ont moins fréquemment déclaré qu'elles adopteraient cette attitude (plus de 75 % chez les femmes en rupture d'union). Selon la région, les résultats montrent que c'est surtout à Dakar que les femmes seraient le plus disposées à s'occuper d'un parent vivant avec le VIH chez elles (83 %) ; à l'opposé, dans celles de Kolda (42 %) et de Tambacounda (52 %), ces proportions sont beaucoup plus faibles. Parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et chez celles vivant dans les ménages les plus riches, plus de huit sur dix (respectivement 89 % et 83 %) seraient prêtes à prendre soin d'un parent malade du sida. Chez les femmes sans niveau d'instruction et parmi celles des ménages les plus pauvres, ces proportions sont plus faibles (respectivement, 64 % et 56 %).

Par contre, seulement 26 % des femmes ont répondu qu'elles pourraient acheter des légumes frais chez une personne atteinte de sida. Cette proportion varie de 8 % dans la région de Kolda à 41 % à Dakar et de 16 % chez les femmes sans instruction à 59 % parmi les femmes de niveau secondaire ou plus.

En outre, près de quatre femmes sur dix (39 %) pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner à l'école. Les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (72 %) et celles des ménages les plus riches (59 %) sont celles qui partagent le plus fréquemment cette opinion. Dans la région de Dakar, parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels et parmi les femmes du milieu urbain, plus d'une sur deux partage cette opinion contre seulement un quart en milieu rural (25 %) et 18 % dans la région de Kolda.

On note également que, dans l'ensemble, environ un tiers des femmes (32 %) interrogées ont déclaré qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint de sida. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (37 %) qu'en milieu urbain (27 %). De même, parmi les femmes de 40-49 ans (38 %), parmi celles des régions de Kolda (64 %), de Ziguinchor (54 %) et de Tambacounda (53 %) ainsi que parmi les femmes sans niveau d'instruction (36 %) et que celles vivant dans un ménage des deux quintiles les plus pauvres (plus de 40 %), cette proportion est plus élevée qu'ailleurs.

Tableau 14.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Femmes

Pourcentage d'enquêtées ayant entendu parler du sida exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enquêtées qui:				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-19	69,9	23,2	37,9	29,9	3,6	3 366
20-24	73,6	29,5	40,9	31,1	4,5	2 749
25-29	71,0	25,4	38,7	29,1	2,6	2 332
30-39	71,4	29,5	39,9	33,3	4,3	3 477
40-49	68,4	23,5	35,8	37,6	4,3	2 189
15-24	71,6	26,0	39,2	30,5	4,0	6 116
État matrimonial						
Célibataire	77,3	33,3	48,2	26,0	5,1	3 802
A déjà eu des rapports sexuels	79,1	38,4	53,1	21,8	5,0	220
N'a jamais eu de rapports sexuels	77,2	32,9	47,9	26,2	5,1	3 582
En union	68,1	23,0	34,5	34,6	3,3	9 530
Divorcée/Séparée/Veuve	75,2	34,0	45,1	29,8	4,7	780
Milieu de résidence						
Urbain	79,3	37,4	52,8	26,6	5,7	7 011
Rural	62,7	15,5	25,0	37,3	2,1	7 102
Région						
Dakar	82,8	40,5	56,6	25,6	7,0	3 797
Diourbel	63,2	21,6	33,1	31,3	1,9	1 517
Fatick	69,7	19,7	35,0	27,1	2,3	697
Kaolack	74,5	19,9	30,0	24,8	2,3	1 592
Kolda	42,4	8,3	18,2	64,3	1,8	991
Louga	73,6	22,1	27,3	27,1	3,1	879
Matam	69,1	14,3	27,4	35,9	3,1	488
Saint-Louis	75,6	25,1	34,7	33,0	3,0	905
Tambacounda	52,2	12,1	21,8	52,6	2,4	740
Thiès	73,1	31,3	43,7	22,8	3,0	1 949
Ziguinchor	60,8	23,7	39,0	54,4	7,2	556
Niveau d'instruction						
Aucun	64,8	16,4	27,0	35,7	2,0	8 275
Primaire	74,1	29,4	45,5	27,5	3,9	3 621
Secondaire ou plus	88,6	59,0	71,8	25,5	11,0	2 217
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	56,0	9,7	18,0	42,2	1,2	2 249
Second	61,6	11,4	22,5	40,0	1,6	2 428
Moyen	69,8	21,2	32,1	33,8	3,2	2 751
Quatrième	76,4	34,2	48,7	27,1	5,8	3 102
Le plus riche	82,8	44,2	59,4	23,1	6,1	3 583
Ensemble	70,9	26,4	38,8	32,0	3,9	14 113

Les quatre indicateurs examinés plus haut, à savoir, être disposé à s'occuper d'une personne vivant avec le VIH dans le ménage, accepter d'acheter des légumes frais avec un séropositif, accepter de laisser un enseignant séropositif continuer d'exercer et ne pas garder secret l'état d'un séropositif ont permis de définir un indicateur d'attitude de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH. Selon cet indicateur de tolérance, présenté dans l'avant dernière colonne du tableau, est considérée comme tolérante une personne remplissant ces quatre critères. Dans l'ensemble, seulement 4 % des femmes répondent à ce critère et on considère donc qu'elles feraient preuve de tolérance si elles se trouvaient dans les quatre situations mentionnées. Les variations du niveau de tolérance selon l'âge et selon l'état matrimonial sont faibles. On relève que les femmes du milieu urbain (6 %) se montreraient plus tolérantes que celles du milieu rural (2 %). De même, les différences inter régionales sont très prononcées : c'est à Dakar et Ziguinchor que les proportions de femmes tolérantes sont les plus élevées (7 %) et, à l'opposé, on trouve et Ziguinchor Kolda et Diourbel (moins de 2 %). Par ailleurs, les femmes de niveau secondaire et plus (11 %) se montreraient plus tolérantes que celles de niveau primaire (4 %) et que celles sans instruction (2 %). On note enfin, que le niveau de tolérance est positivement associé au niveau de bien-être économique des ménages : de 1 % dans les ménages les plus pauvres, il passe à 6 % chez celles des ménages des quatrième et cinquième quintiles.

Le tableau 14.5.2 présentant les mêmes résultats pour les hommes montre que ceux-ci se montreraient plus tolérants que les femmes s'ils se trouvaient dans les situations citées. Ainsi, les hommes seraient plus disposés que les femmes (83 % contre 71 %) à prendre soin chez eux d'un parent porteur du virus ou malade du sida. Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques sont similaires à celles observées chez les femmes. Les hommes sont par ailleurs plus tolérants que les femmes en ce qui concerne la commercialisation de légumes frais par une personne vivant avec le VIH. Environ 45 % des hommes, soit 6 points de pourcentage de plus que chez les femmes, pensent qu'il faudrait permettre à un(e) enseignant(e) ayant le VIH/sida de continuer à enseigner. Cette opinion est partagée par 68 % des hommes de niveau secondaire ou plus, 62 % de ceux des ménages les plus riches et 57 % des urbains. En fin, pour 40 % des hommes, l'état d'un membre de leur famille vivant avec le VIH ne devrait pas être tenu secret.

D'une manière générale, les résultats montrent que le degré de tolérance total est relativement faible au Sénégal. Seulement 4 % des femmes et 9 % des hommes expriment une attitude de tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.

Tableau 14.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Hommes

Pourcentage d'enquêtés ayant entendu parler du sida exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enquêtés qui:				Pourcentage exprimant les attitudes de tolérance	Effectif d'hommes entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêts à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-19	78,3	26,7	37,2	40,0	6,7	872
20-24	85,6	38,8	49,9	39,5	10,4	639
25-29	87,6	42,8	48,1	36,3	8,2	535
30-39	83,8	40,7	45,5	43,7	11,1	714
40-49	84,1	35,6	45,0	41,3	10,8	585
15-24	81,4	31,8	42,6	39,8	8,2	1 511
État matrimonial						
Célibataire	81,7	37,6	47,0	37,8	8,6	1 696
A déjà eu des rapports sexuels	86,5	49,1	55,4	40,7	11,8	767
N'a jamais eu de rapports sexuels	77,8	28,2	40,1	35,5	6,0	928
En union	85,2	34,1	41,1	42,7	9,7	1 524
Divorcée/Séparée/Veuve	83,7	40,0	52,4	44,8	13,9	126
Milieu de résidence						
Urbain	87,6	46,6	55,5	35,1	11,6	1 747
Rural	77,5	21,2	28,8	46,3	5,6	1 363
Région						
Dakar	88,5	53,6	61,5	30,2	12,1	1 102
Diourbel	79,8	22,6	30,9	51,1	5,8	251
Fatick	77,2	27,6	30,0	46,1	6,6	141
Kaolack	77,9	27,3	32,1	42,4	6,5	316
Kolda	77,8	21,5	28,8	60,3	8,7	262
Louga	74,5	17,0	39,1	30,6	4,1	133
Matam	86,2	18,6	28,3	29,6	2,7	99
Saint-Louis	87,1	30,5	52,7	29,8	4,6	193
Tambacounda	83,3	19,9	29,5	57,6	7,8	217
Thiès	81,0	36,0	41,6	43,4	11,0	476
Ziguinchor	87,1	41,3	45,6	46,7	15,8	155
Niveau d'instruction						
Aucun	79,1	19,5	29,1	42,7	5,1	1 349
Primaire	81,4	31,6	40,5	39,7	7,4	951
Secondaire ou plus	90,7	61,6	68,1	37,8	16,5	1 045
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	75,2	11,5	20,8	52,5	3,7	492
Second	78,2	22,5	25,9	46,3	6,6	462
Moyen	83,9	27,1	38,4	40,5	6,9	590
Quatrième	86,0	41,0	51,6	37,8	12,0	769
Le plus riche	87,4	55,4	62,4	33,7	12,6	1 032
Ensemble	83,4	36,1	44,5	40,3	9,3	3 345

14.3 TEST DU VIH

Au cours de l'EDS-IV, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans l'affirmative, s'ils avaient reçu les résultats de leur test. Les tableaux 14.6.1 et 14.6.2 fournissent les résultats à ces questions.

Le tableau 14.6.1, concernant l'ensemble des femmes et des hommes de 15-49 ans, présente le pourcentage ayant effectué un test du VIH et le pourcentage en ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Une infime minorité de femmes (3 %) a déclaré avoir été testée pour le VIH à un moment quelconque. Parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (9 %), celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (6 %), celles en rupture d'union (6 %) et parmi les femmes de la région de Dakar (6 %), cette proportion est plus élevée. En outre, on constate que parmi les femmes, seulement 1 % ont effectué le test et ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois. Cette proportion, bien que très faible, varie d'un minimum de 0,3 % parmi les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre et parmi les femmes de Diourbel à un maximum de 3 % parmi les femmes les plus instruites.

Ce tableau montre également que les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête : 5 % contre 3 % pour les femmes. Globalement, 2 % d'hommes contre 1 % de femmes ont effectué un test et ont eu connaissance des résultats. C'est dans les mêmes sous-groupes de population que les femmes que l'on constate les proportions les plus élevées de ceux qui ont effectué un test du VIH et qui en ont reçu les résultats.

Tableau 14.6.1 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH et pourcentage ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes						Hommes							
	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif des femmes	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif des hommes
Âge														
15-19	1,0	0,0	92,7	6,2	100,0	0,7	3 556	1,1	0,7	92,4	5,8	100,0	0,6	926
20-24	2,1	0,0	91,1	6,8	100,0	0,8	2 844	2,4	0,1	96,3	1,2	100,0	0,9	645
25-29	2,8	0,5	90,9	5,8	100,0	1,1	2 379	4,8	0,0	94,4	0,8	100,0	0,9	537
30-39	4,0	0,5	89,2	6,4	100,0	1,5	3 566	5,9	1,1	92,7	0,4	100,0	2,1	716
40-49	4,1	0,7	91,3	4,0	100,0	0,8	2 258	8,3	0,5	90,3	0,9	100,0	3,4	591
15-24	1,5	0,0	92,0	6,5	100,0	0,8	6 400	1,6	0,4	94,0	3,9	100,0	0,7	1 571
État matrimonial														
Célibataire	1,4	0,0	94,8	3,7	100,0	0,9	3 941	1,9	0,5	94,1	3,5	100,0	0,9	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	4,1	0,0	90,5	5,3	100,0	3,0	224	3,4	0,7	95,0	0,9	100,0	1,3	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,2	0,0	95,1	3,6	100,0	0,7	3 717	0,7	0,3	93,4	5,6	100,0	0,6	982
En union	3,1	0,4	89,6	7,0	100,0	1,0	9 866	6,6	0,5	92,1	0,8	100,0	2,1	1533
Divorcée/Séparée/ Veuve	5,0	0,6	90,0	4,4	100,0	1,9	795	6,5	0,8	92,7	0,0	100,0	2,8	126
Milieu de résidence														
Urbain	4,4	0,4	90,1	5,1	100,0	1,7	7 117	5,2	0,7	93,2	1,0	100,0	2,1	1 760
Rural	1,1	0,2	91,9	6,7	100,0	0,4	7 485	2,9	0,4	92,7	4,0	100,0	0,9	1 419
Région														
Dakar	5,0	0,5	88,3	6,2	100,0	1,7	3 866	5,7	0,6	93,0	0,7	100,0	2,0	1 106
Diourbel	1,0	0,1	96,4	2,6	100,0	0,3	1 548	2,0	0,2	89,6	8,2	100,0	1,0	273
Fatick	2,0	0,3	92,7	4,9	100,0	0,6	708	1,9	0,5	88,0	9,6	100,0	0,4	156
Kaolack	1,5	0,4	93,1	5,0	100,0	0,6	1 642	2,1	0,2	94,1	3,6	100,0	0,6	328
Kolda	2,1	0,4	89,2	8,4	100,0	1,0	1 047	5,5	1,5	91,5	1,5	100,0	2,1	265
Louga	1,5	0,3	93,1	5,1	100,0	0,4	915	2,3	0,0	95,6	2,2	100,0	1,1	136
Matam	2,1	0,3	85,9	11,7	100,0	0,6	543	6,9	1,0	90,6	1,5	100,0	4,0	101
Saint-Louis	1,4	0,2	92,3	6,0	100,0	0,6	947	2,6	0,3	96,5	0,6	100,0	0,3	194
Tambacounda	2,5	0,0	82,6	14,8	100,0	0,8	851	3,3	0,0	95,4	1,3	100,0	0,8	220
Thiès	2,6	0,2	93,6	3,7	100,0	1,1	1 974	4,0	0,2	94,9	0,9	100,0	1,5	481
Ziguinchor	3,0	0,5	92,7	3,8	100,0	1,8	562	5,2	1,4	93,1	0,3	100,0	1,9	156
Niveau d'instruction														
Aucun	1,5	0,3	91,2	7,0	100,0	0,7	8 699	1,8	0,2	93,9	4,0	100,0	0,4	1 403
Primaire	2,3	0,3	92,4	5,1	100,0	0,8	3 677	3,4	0,3	94,8	1,5	100,0	0,9	966
Secondaire ou plus	8,2	0,4	88,2	3,2	100,0	2,7	2 226	8,0	1,1	90,6	0,3	100,0	3,6	1 046
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	0,8	0,3	89,9	9,1	100,0	0,3	2 433	1,4	0,5	92,2	5,9	100,0	0,4	523
Second	1,2	0,3	91,1	7,4	100,0	0,5	2 565	3,3	0,0	92,7	4,0	100,0	0,8	480
Moyen	2,0	0,1	92,9	5,0	100,0	0,7	2 839	3,3	0,8	94,0	1,9	100,0	1,1	601
Quatrième	2,8	0,3	91,6	5,3	100,0	1,0	3 154	4,4	0,5	93,8	1,3	100,0	0,9	778
Le plus riche	5,6	0,5	89,7	4,2	100,0	2,2	3 610	6,3	0,6	92,9	0,2	100,0	3,0	1 032
Total	2,7	0,3	91,0	6,0	100,0	1,0	14 602	4,2	0,5	93,1	2,2	100,0	1,5	3 415

Le tableau 14.6.2 présente les mêmes résultats pour les jeunes femmes et hommes de 15-24 ans sexuellement actifs. Dans l'ensemble, seulement 2 % des jeunes femmes ont déclaré avoir effectué un test du VIH à un moment quelconque. Comme pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, le dépistage du VIH est particulièrement plus fréquent chez les jeunes femmes de 15-24 ans ayant un niveau secondaire ou plus (10 %) et chez celles dont le ménage appartient au quintile le plus riche (8 %). On note également, bien que le niveau soit toujours faible, que le dépistage du VIH est plus fréquent chez les jeunes filles célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (8 %) que chez les autres (2 % parmi celles en union). On observe par ailleurs que seulement 1 % des jeunes femmes de 15-24 ans avaient effectué un test du VIH et avaient eu connaissance des résultats au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne les jeunes hommes, les résultats montrent que la proportion de ceux qui ont effectué un test de dépistage du VIH est sensiblement plus élevée que celle des femmes du même âge : respectivement 4 % contre 2 %. C'est particulièrement parmi les jeunes hommes ayant un niveau secondaire ou plus (7 %), ceux des régions de Kolda (6,7 %) et de Fatick (6 %), de Dakar (6 %) ainsi que parmi ceux vivant dans les ménages les plus riches (5 %) que la pratique du test du VIH est la plus fréquente.

Tableau 14.6.2 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats par les jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs

Parmi les jeunes de 15-24 ans et sexuellement actifs, pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH et pourcentage ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes							Hommes						
	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtés
Âge														
15-19	1,6	0,0	88,6	9,8	100,0	1,0	906	2,5	1,8	94,5	1,3	100,0	1,0	205
20-24	2,7	0,1	88,6	8,6	100,0	1,3	1 699	3,6	0,0	95,8	0,6	100,0	1,4	268
15-24	2,3	0,0	88,6	9,0	100,0	1,2	2 604	3,1	0,8	95,2	0,9	100,0	1,2	472
État matrimonial														
Célibataire : a déjà eu des rapports sexuels	7,7	0,0	82,8	9,5	100,0	7,7	71	1,9	0,5	94,1	3,5	100,0	0,9	1 756
En union	2,2	0,1	88,7	9,0	100,0	1,0	2 492	0,7	0,3	93,4	5,6	100,0	0,6	982
Divorcée/Séparée/Veuve	0,0	0,0	90,9	9,1	100,0	0,0	41	6,6	0,5	92,1	0,8	100,0	2,1	1 533
Milieu de résidence														
Urbain	4,4	0,0	86,0	9,6	100,0	2,7	895	4,1	0,5	95,1	0,3	100,0	1,7	229
Rural	1,2	0,1	90,0	8,8	100,0	0,4	1 709	2,6	1,3	94,4	1,7	100,0	0,8	195
Région														
Dakar	5,9	0,0	80,2	14,0	100,0	4,1	394	5,5	0,0	94,2	0,2	100,0	1,8	128
Diourbel	0,9	0,0	95,9	3,2	100,0	0,0	331	0,0	2,4	92,9	4,7	100,0	(0,0)	25
Fatick	1,6	0,0	89,3	9,1	100,0	0,5	129	1,6	4,5	93,9	0,0	100,0	*	18
Kaolack	1,0	0,0	90,6	8,4	100,0	0,6	377	0,0	0,0	95,5	4,5	100,0	(0,0)	44
Kolda	2,5	0,3	89,2	8,0	100,0	1,2	263	4,1	2,6	93,2	0,0	100,0	1,4	62
Louga	1,6	0,0	90,9	7,6	100,0	0,2	173	2,9	0,0	97,1	0,0	100,0	*	15
Matam	1,5	0,0	79,1	19,4	100,0	0,6	121	4,8	0,0	90,4	4,8	100,0	*	13
Saint-Louis	1,8	0,0	90,4	7,8	100,0	1,5	171	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	(0,0)	29
Tambacounda	2,6	0,2	81,0	16,2	100,0	0,2	219	1,7	0,0	98,3	0,0	100,0	(0,0)	42
Thiès	1,1	0,0	94,2	4,7	100,0	0,5	319	3,4	0,0	96,6	0,0	100,0	1,7	56
Ziguinchor	4,8	0,0	91,1	4,2	100,0	3,2	108	2,8	1,4	95,8	0,0	100,0	(1,5)	39
Niveau d'instruction														
Aucun	1,5	0,0	89,0	9,5	100,0	1,0	1 778	1,2	0,0	96,6	2,2	100,0	0,0	140
Primaire	2,5	0,0	90,3	7,2	100,0	0,7	649	2,5	0,4	96,4	0,7	100,0	2,0	147
Secondaire ou plus	10,1	0,2	78,6	11,1	100,0	5,1	177	5,1	1,7	93,3	0,0	100,0	1,5	184
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	0,5	0,0	88,4	11,1	100,0	0,1	635	1,0	2,1	96,9	0,0	100,0	0,0	76
Second	1,6	0,1	89,5	8,7	100,0	0,5	614	2,9	0,0	92,9	4,3	100,0	0,9	73
Moyen	2,2	0,1	91,1	6,6	100,0	1,3	545	3,0	1,0	95,6	0,4	100,0	1,7	81
Quatrième	1,4	0,0	88,1	10,5	100,0	0,4	428	2,1	0,6	96,5	0,8	100,0	1,1	93
Le plus riche	7,6	0,0	84,4	8,0	100,0	4,8	382	5,0	0,4	94,6	0,0	100,0	1,9	150
Total	2,3	0,0	88,6	9,0	100,0	1,2	2 604	3,1	0,8	95,2	0,9	100,0	1,2	472

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 14.6.3 présente les proportions de femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui ont reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale, qui ont été testées au cours des visites prénatales pour la naissance la plus récente et qui ont reçu, ou non, les résultats des tests, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 14.6.3 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH

Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont reçu des conseils, à qui on a proposé le test du VIH au cours des visites prénatales pour la naissance la plus récente, qui ont accepté de se faire tester et qui ont reçu les résultats du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	A reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale	A effectué volontairement un test du VIH au cours des visites prénatales et :		Pourcentage qui a reçu des conseils, a été testé et a reçu les résultats	Nombre de femmes qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Âge					
15-19	5,2	4,1	2,3	1,0	452
20-24	5,3	6,9	0,5	2,4	1 103
25-29	5,8	6,1	1,0	2,4	1 129
30-39	7,1	6,9	0,5	3,4	1 428
40-49	4,9	3,5	0,5	0,9	280
15-24	5,3	6,1	1,0	2,0	1 554
État matrimonial					
Célibataire	3,8	4,7	5,1	1,3	74
En union	5,9	6,1	0,7	2,4	4205
En rupture d'union	10,3	11,4	0,8	6,1	112
Milieu de résidence					
Urbain	7,0	11,8	1,1	3,9	1 608
Rural	5,4	2,9	0,6	1,6	2 783
Région					
Dakar	6,9	15,8	1,8	4,9	790
Diourbel	2,0	0,8	0,1	0,4	540
Fatick	10,6	5,9	1,8	4,6	265
Kaolack	2,5	3,5	0,7	1,0	578
Kolda	15,0	5,7	0,7	3,6	421
Louga	3,3	2,5	0,5	1,3	287
Matam	1,6	3,8	0,0	1,1	176
Saint-Louis	5,8	3,2	0,9	2,5	293
Tambacounda	1,5	3,6	0,3	0,7	318
Thiès	6,7	6,2	0,5	2,6	584
Ziguinchor	12,6	8,5	0,5	4,0	138
Niveau d'instruction					
Aucun	5,1	4,0	0,7	1,8	3 129
Primaire	7,6	10,7	1,2	3,7	954
Secondaire ou plus	9,4	14,2	0,4	5,7	308
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	6,6	2,6	0,7	1,9	1 023
Second	5,3	3,7	0,5	1,7	967
Moyen	4,5	4,4	0,6	1,5	936
Quatrième	5,8	10,0	1,5	3,4	812
Le plus riche	8,2	13,4	1,0	4,8	653
Total	6,0	6,2	0,8	2,5	4 391

Dans l'ensemble, on constate que parmi ces femmes, seulement 6 % ont reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale. Ce niveau varie peu avec l'âge ; par contre, on constate des écarts en fonction de l'état matrimonial, 10 % des femmes en rupture d'union ayant déclaré avoir reçu ces conseils durant une visite prénatale contre 6 % des femmes en union. En urbain, la proportion de femmes qui ont bénéficié de ces conseils est plus élevée qu'en rural (7 % contre 4 %). Il en est de même des femmes instruites par rapport à celles sans instruction (9 % contre 8 % pour le niveau primaire et 5 % pour celles sans instruction). Dans le quintile le plus riche, 8 % des femmes ont déclaré avoir reçu ce type de conseils au cours d'une visite prénatale contre seulement 5 % pour celles qui vivent dans un ménage du quintile moyen. Au niveau régional, il semble que dans les régions de Kolda (15 %), de Ziguinchor (13 %) et dans une moindre mesure dans celle de Fatick (11 %), les femmes ont été plus fréquemment informées. Le niveau le plus faible est observé à Tambacounda et Matam où moins de 2 % des femmes ont été conseillées.

En outre, parmi ces femmes, 6 % seulement d'entre elles ont effectué volontairement un test du VIH au cours de la visite prénatale pour la naissance la plus récente et en ont reçu les résultats. Il s'agit le plus souvent des femmes en rupture d'union (11 %), de celles du milieu urbain (12 %), de résidentes de la région de Dakar (16 %), des femmes instruites (plus de 10 %) et de femmes vivant dans un ménage des quatrième et cinquième quintiles (plus de 10 %). Enfin, un pourcentage extrêmement faible de femmes (moins de 3 %) ont, à la fois reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale, effectué un test et eu connaissance des résultats.

14.4 OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DE RAPPORTS PROTÉGÉS AVEC LE CONJOINT

La promotion de comportements sexuels sans risque est une des mesures essentielles destinées à contrôler l'épidémie. Il est donc important de savoir si les femmes ont le pouvoir de refuser des rapports sexuels à risque avec leurs mari/partenaires. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes si elles pensaient qu'il était justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand elle sait que celui-ci a une IST.

Dans l'ensemble, plus de huit femmes sur dix (82 %) pensent que cette attitude est justifiée (tableau 14.7). Cette proportion augmente avec l'âge, passant ainsi de 75 % chez les femmes de 15-19 ans à 86 % parmi celles de 40-49 ans. En ce qui concerne la situation matrimoniale, on constate que c'est

Tableau 14.7 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit proposer l'utilisation du condom, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage	Effectif d'enquêtées
Âge		
15-19	75,0	3 556
20-24	82,9	2 844
25-29	83,4	2 379
30-39	83,8	3 566
40-49	85,8	2 258
15-24	78,5	6 400
État matrimonial		
Célibataire	76,3	3 941
A déjà eu des rapports sexuels	86,5	224
N'a jamais eu de rapports sexuels	75,7	3 717
En union	83,6	9 866
Divorcée/Séparée/Veuve	85,8	795
Milieu de résidence		
Urbain	79,6	7 117
Rural	83,7	7 485
Région		
Dakar	71,1	3 866
Diourbel	88,4	1 548
Fatick	88,9	708
Kaolack	80,6	1 642
Kolda	92,9	1 047
Louga	80,9	915
Matam	73,9	543
Saint-Louis	73,5	947
Tambacounda	89,9	851
Thiès	89,5	1 974
Ziguinchor	93,1	562
Niveau d'instruction		
Aucun	81,7	8 699
Primaire	79,6	3 677
Secondaire ou plus	85,4	2 226
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	83,3	2 433
Second	84,3	2 565
Moyen	82,8	2 839
Quatrième	77,4	3 154
Le plus riche	81,7	3 610
Ensemble	81,7	14 602

parmi les femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels et les femmes en rupture d'union que cette proportion est la plus élevée (respectivement, 87 % et 86 %). Par ailleurs, dans les régions de Ziguinchor et de Kolda, les proportions de femmes pour qui cette attitude est justifiée sont très élevées (respectivement, 93 % dans les deux cas) à l'opposé des femmes de la région de Dakar (71 %) qui sont les plus réfractaires à cette attitude. Le niveau de bien-être économique n'a pratiquement aucune incidence sur l'opinion des femmes sur ce sujet. Enfin, les différences selon le niveau d'instruction sont faibles même si les femmes de niveau secondaire ou plus sont légèrement plus nombreuses à penser qu'il est justifié qu'une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire ou lui proposer l'utilisation du condom si elle sait que celui-ci a une IST.

14.5 CONNAISSANCE PAR LES JEUNES D'UN ENDROIT OÙ SE PROCURER DES CONDOMS

La pratique des rapports sexuels non protégés est un facteur de propagation du VIH. L'utilisation de condoms est un moyen efficace pour réduire la contamination du VIH par voie sexuelle, d'où l'importance de la connaissance de son niveau d'accessibilité. Le tableau 14.8 présente les résultats sur la connaissance des moyens de prévention du sida ainsi que sur la connaissance d'un endroit où on l'on peut se procurer un condom chez les jeunes de 15-24 ans.

Dans l'ensemble, seulement 19 % des jeunes femmes de 15-24 ans contre 24 % des hommes de 15-24 ans connaissent les moyens de prévention du VIH/sida. La proportion de jeunes femmes qui connaissent les moyens de prévention est particulièrement faible parmi celles qui n'ont aucune instruction (9 %), parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (9 %) et parmi celles des régions de Tambacounda (9 %) et de Matam (9 %).

Les résultats de ce tableau révèlent également que moins de la moitié des jeunes filles de 15-24 ans (46 %) connaissent un endroit où elles peuvent se procurer des condoms. Des variations importantes sont cependant observées selon les caractéristiques sociodémographiques. En milieu urbain, 60 % des jeunes filles ont déclaré connaître un endroit où se procurer des condoms alors qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 34 %. Le niveau de connaissance d'un endroit où l'on peut se procurer des condoms est plus élevé dans les régions de Ziguinchor (67 %), de Thiès (58 %), de Dakar (58 %) et de Kolda (51 %) que dans celles de Matam (27 %) et de Louga (28 %). Cette connaissance est très positivement associée au niveau d'instruction : 32 % des jeunes filles sans niveau d'instruction savent où se procurer des condoms, contre 52 % de celles ayant un niveau primaire et 78 % de celles de niveau secondaire ou plus. Enfin, le pourcentage d'adolescentes connaissant un endroit où elles peuvent se procurer des condoms augmente avec le niveau de bien être économique du ménage dans lequel elles vivent.

La proportion de jeunes hommes connaissant les moyens de prévention du VIH/sida est un peu plus élevée que celle observée chez les femmes 24 % contre 19 %. De même, la proportion de ceux qui connaissent un endroit où se procurer des condoms est nettement plus élevée que celle des femmes (69 % contre 46 %). Comme chez les femmes, les jeunes hommes urbains, les plus instruits, ceux issus des ménages les plus riches, ceux résidant à Dakar et à Ziguinchor sont les mieux informés.

Tableau 14.8 Connaissance par les jeunes des moyens de prévention du VIH et d'un endroit où se procurer des condoms

Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 qui connaissent les moyens de prévention du VIH et qui connaissent au moins un endroit où se procurer des condoms, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Connaissant les moyens de prévention du VIH/sida	Connaît un endroit où se procurer des condoms	Effectif des femmes	Connaissant les moyens de prévention de VIH/sida	Connaît un endroit où se procurer des condoms	Effectif d'hommes
Âge						
15-17	17,1	35,4	2 219	17,2	55,4	605
18-19	19,4	49,5	1 338	29,2	72,3	321
15-19	18,0	40,7	3 556	21,4	61,2	926
20-22	18,7	51,2	1 901	24,9	77,7	439
23-24	25,5	58,5	943	31,5	82,7	206
20-24	21,0	53,6	2 844	27,0	79,3	645
État matrimonial						
A déjà eu des rapports sexuels	26,1	60,2	147	29,3	85,5	467
N'a jamais eu des rapports sexuels	23,7	46,8	3 261	20,1	56,6	855
A déjà été marié	14,2	45,3	2 993	25,5	78,2	249
Milieu de résidence						
Urbain	27,4	59,7	3 155	30,5	82,7	808
Rural	11,5	33,5	3 245	10,8	47,8	640
Région						
Dakar	27,6	57,6	1 625	35,0	85,2	457
Diourbel	14,6	34,7	689	18,6	46,4	132
Fatick	22,8	41,5	293	11,6	50,2	78
Kaolack	15,3	39,9	761	17,7	54,1	158
Kolda	9,8	50,5	463	18,5	61,4	120
Louga	14,9	27,8	396	18,7	49,3	72
Matam	8,5	27,3	250	(15,8)	(57,2)	42
Saint-Louis	17,1	36,1	410	22,4	74,8	92
Tambacounda	9,3	32,8	369	13,4	59,1	102
Thiès	23,6	58,0	882	21,3	73,5	237
Ziguinchor	24,9	67,0	262	28,8	81,9	81
Niveau d'instruction						
Aucun	8,1	31,7	3 301	7,7	45,0	511
Primaire	18,7	52,4	1 939	14,3	68,3	510
Secondaire ou plus	52,0	78,2	1 160	47,3	91,0	549
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	8,9	29,8	1 042	6,9	35,6	231
Second	10,0	31,2	1 116	10,9	49,2	212
Moyen	17,4	45,3	1 248	19,0	67,1	302
Quatrième	21,5	52,8	1 380	30,3	79,7	339
Le plus riche	32,1	63,1	1 614	35,5	86,1	487
Ensemble 15-24	19,3	46,4	6 400	23,7	68,6	1 571

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.6 RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE ET UTILISATION DU CONDOM

Sont considérés comme étant des rapports sexuels à haut risque, des rapports sexuels qui ont lieu avec un partenaire non marital et non cohabitant. Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le VIH/sida. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

Le tableau 14.9 présente les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ainsi que les proportions de ceux/celles qui ont utilisé un condom au cours de ces rapports sexuels. Seulement 6 % des femmes et 43 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Près de quatre femmes sur dix (38 %) et plus six hommes sur dix (62 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. La définition des rapports sexuels à hauts risque incluant les rapports sexuels pré-nuptiaux, cela explique les proportions élevées de femmes et d'hommes de 15-19 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques. Cependant, on note dans ce groupe d'âges, que les proportions d'utilisateurs et d'utilisatrices de condoms sont parmi les plus faibles. En outre, la quasi-totalité des célibataires, hommes et femmes, ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois (respectivement 99,8 % et 99,5 %). Parmi eux, 30 % des femmes et 61 % des hommes ont utilisé des condoms. Selon la région, on constate que c'est à Ziguinchor que les rapports sexuels à hauts risques ont été les plus fréquents (30 % chez femmes et 72 % chez les hommes) ; parmi eux, 52 % des femmes et 73 % des hommes ont utilisé des condoms.

On constate également que les rapports sexuels à hauts risques sont plus fréquents en milieu urbain (9 % parmi les femmes et 50 % parmi les hommes) qu'en milieu rural (respectivement, 4 % et 32 %). En outre, les femmes et les hommes les plus instruits (respectivement, 18 % et 61 %) ont eu plus fréquemment que les autres des rapports sexuels à hauts risques ; enfin, on note que les catégories d'hommes et de femmes qui ont déclaré eu le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à hauts risques sont également ceux et celles qui ont déclaré le plus fréquemment avoir utilisé un condom.

Tableau 14.9 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif de femmes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'hommes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	14,1	906	31,2	128	97,8	205	44,1	200
20-24	9,1	1 699	39,2	154	85,6	268	59,6	229
25-29	6,5	1 766	45,4	115	54,9	346	70,7	190
30-39	3,6	2 964	34,8	107	26,2	614	76,4	161
40-49	2,3	1 904	35,7	45	12,2	551	63,1	67
15-24	10,8	2 604	35,6	282	90,9	472	52,4	429
État matrimonial								
Célibataire	99,5	112	29,9	112	99,8	470	60,5	469
En union	3,8	8 913	39,2	337	21,4	1442	63,7	309
En rupture d'union	46,8	213	40,2	100	97,7	71	63,4	69
Milieu de résidence								
Urbain	8,9	3 855	43,0	344	49,8	1001	71,4	499
Rural	3,8	5 382	28,2	204	32,1	846	43,9	271
Région								
Dakar	9,7	1 965	39,6	191	50,3	653	72,7	329
Diourbel	0,9	1 077	*	9	25,5	138	(40,9)	35
Fatick	2,7	509	*	14	35,0	86	(46,6)	30
Kaolack	3,2	1 140	(19,1)	37	31,8	184	46,6	58
Kolda	9,3	735	37,9	69	50,1	183	43,2	91
Louga	0,7	634	*	4	21,3	69	*	15
Matam	1,6	322	*	5	27,8	65	*	18
Saint-Louis	2,9	627	*	18	36,2	114	(57,3)	41
Tambacounda	6,0	611	(28,7)	36	40,5	142	48,9	58
Thiès	4,6	1 259	31,5	58	39,6	245	70,2	97
Ziguinchor	29,5	360	52,4	106	71,6	104	73,1	74
Niveau d'instruction								
Aucun	2,9	6 404	19,0	188	25,3	890	45,0	225
Primaire	10,6	1 963	42,0	208	52,1	506	60,4	263
Secondaire ou plus	17,5	870	54,2	152	61,1	587	73,6	359
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	3,1	1 885	20,1	58	29,6	328	37,5	97
Second	5,3	1 891	34,6	100	34,1	295	43,1	101
Moyen	6,0	1 882	38,6	114	39,0	332	58,5	129
Quatrième	5,9	1 826	44,5	107	42,5	434	68,4	185
Le plus riche	9,7	1 753	40,0	170	56,4	594	72,3	335
Ensemble	5,9	9 238	37,5	548	42,7	1 983	61,9	847

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.7 ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES

14.7.1 Âge aux premiers rapports sexuels des jeunes

En tant que déterminant de l'activité sexuelle, l'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. Pour cette raison, le tableau 14.10.1 présente les proportions d'hommes et de femmes âgés de 15-24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant les âges exacts de 15 et 18 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	15 ans	18 ans	Effectif d'enquêtées de 15-24 ans	15 ans	18 ans	Effectif d'enquêtés de 15-24 ans
Âge						
15-17	8,2	na	2 219	12,7	na	605
18-19	10,5	35,4	1 338	12,6	36,2	321
15-19	9,1	na	3 556	12,7	na	926
20-22	10,8	38,9	1 901	12,7	40,3	439
23-24	7,6	32,8	943	10,3	32,8	206
20-24	9,7	36,9	2 844	11,9	37,9	645
État matrimonial						
Célibataire	0,5	2,2	3 407	11,0	26,8	1 321
En union	19,7	62,3	2 849	20,2	58,8	194
En rupture d'union	15,6	61,9	143	16,9	75,6	56
Milieu de résidence						
Urbain	4,3	18,0	3 155	13,3	33,7	808
Rural	14,4	42,2	3 245	12,6	31,1	640
Région						
Dakar	2,5	14,3	1 625	12,1	31,1	457
Diourbel	10,3	33,3	689	5,5	19,5	132
Fatick	9,0	30,1	293	13,2	31,1	78
Kaolack	13,2	35,1	761	15,1	31,4	158
Kolda	19,7	56,2	463	19,8	46,5	120
Louga	9,6	32,1	396	11,4	22,2	72
Matam	15,6	44,8	250	(10,7)	(34,9)	42
Saint-Louis	8,7	28,1	410	11,0	36,1	92
Tambacounda	22,1	54,6	369	8,6	38,9	102
Thiès	5,2	22,8	882	12,7	28,9	237
Ziguinchor	11,8	38,6	262	15,2	50,7	81
Niveau d'instruction						
Aucun	13,8	42,0	3 301	8,3	27,5	511
Primaire	5,7	23,0	1 939	12,1	32,8	510
Secondaire ou plus	2,7	8,9	1 160	16,4	36,9	549
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	18,7	51,6	1 042	10,4	30,7	231
Second	16,2	45,3	1 116	12,7	34,5	212
Moyen	9,4	32,3	1 248	11,4	30,3	302
Quatrième	5,2	21,6	1 380	12,4	32,7	339
Le plus riche	2,3	11,9	1 614	13,7	33,7	487
Ensemble 15-24	9,4	na	6 400	12,4	na	1 571

Dans l'ensemble, 9 % des femmes de 15-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels à 15 ans ; chez les hommes de même âge, la proportion correspondante est plus élevée (12 %). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 8 % des jeunes filles et 13 % des jeunes garçons à 15-17 ans au moment de l'enquête, elle passe respectivement à 10 et 12 % pour dans le groupe 20-24 ans. Les proportions de femmes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels à 15 ans sont plus faibles parmi les jeunes filles du milieu urbain (4 %), parmi celles de la région de Dakar (3 %), parmi celles vivant dans les ménages les plus riches (2 %) et parmi celles qui sont les plus instruites (3 %). Par contre, chez les hommes de 15-24 ans, les proportions les plus faibles sont observées dans les régions de Diourbel (6 %) et de Tambacounda (9 %), ainsi que parmi ceux qui sont sans instruction (8 %).

Par ailleurs, le tableau 14.10.2 fournit les pourcentages d'hommes et de femmes âgés de 15-24 ans qui ont utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Une infime partie des femmes de 15-24 ans (6 %) ont eu recours au condom lors de leurs premiers rapports sexuels. Les femmes de 15-19 ans ont plus fréquemment utilisé un condom lors de ces rapports sexuels que celles de 20-24 ans : respectivement 7 % et 5 %. Les femmes célibataires (19 %, contre 12 % des femmes en rupture d'union et 5 % de celles en union) ont aussi déclaré plus fréquemment avoir utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels. Par ailleurs, les femmes du milieu urbain (10 % contre 4 % en rural), celles de la région de Ziguinchor (40 %), celles de niveau secondaires ou plus (22 %) et celles des ménages les plus aisés (10 %) ont eu plus souvent recours au condom lors des premiers rapports sexuels que les autres. Les niveaux d'utilisation les plus faibles sont observés dans les régions de Louga (0,5 %), de Matam (0,7 %), de Saint-Louis (1,1 %) et de Diourbel (1,4 %).

Le niveau d'utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels est plus de trois fois plus élevé chez les hommes de 15-24 ans (22 %) que parmi les femmes du même âge (6 %). On observe les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles déjà constatées chez les femmes.

Tableau 14.10.2 Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 qui ont utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels selon certaines, caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif des femmes ayant eu des rapports sexuels	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif d'hommes ayant eu des rapports sexuels
Âge				
15-17	8,4	444	12,8	153
18-19	6,3	589	31,3	136
15-19	7,2	1 034	21,5	289
20-22	5,8	1 252	19,2	268
23-24	4,8	701	26,2	143
20-24	5,4	1 953	21,7	411
État matrimonial				
Célibataire	19,0	147	17,0	467
En union	5,1	2 705	29,9	179
En rupture d'union	11,7	135	34,1	54
Connait un endroit où se procurer des condoms¹				
Oui	9,6	1 374	25,0	585
Non	3,0	1 613	4,3	115
Milieu de résidence				
Urbain	10,4	1 066	27,3	367
Rural	3,6	1 921	14,9	274
Région				
Dakar	9,5	489	21,8	199
Diourbel	1,4	349	(13,5)	36
Fatick	3,5	140	(19,3)	32
Kaolack	2,5	401	20,3	67
Kolda	8,3	340	19,1	76
Louga	0,5	184	*	23
Matam	0,7	151	*	19
Saint-Louis	1,1	187	(16,5)	40
Tambacounda	5,0	255	16,5	59
Thiès	3,9	353	18,2	94
Ziguinchor	40,1	138	53,2	55
Niveau d'instruction				
Aucun	2,3	2 014	17,6	205
Primaire	11,6	757	20,6	219
Secondaire ou plus	21,5	216	25,4	276
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	2,5	709	11,4	101
Second	4,5	695	17,6	99
Moyen	8,4	622	18,8	125
Quatrième	6,9	512	28,3	150
Le plus riche	9,7	448	25,0	224
Ensemble 15-24	6,1	2 987	21,6	700

¹

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.7.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom chez les jeunes

Le tableau 14.11 et le graphique 14.1 présentent les proportions des jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques et les proportions de ceux/celles qui ont utilisé des condoms au cours de ces derniers rapports sexuels. Les résultats montrent que 11 % des jeunes femmes et 91 % des jeunes hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi eux, 36 % des jeunes femmes et 52 % des jeunes hommes ont déclaré avoir utilisé des condoms au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

Tableau 14.11 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois par les jeunes de 15-24 ans

Parmi les jeunes de 15-24 ans et sexuellement actifs, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage engagé dans des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées sexuellement actives les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé le condom dans des rapports à hauts risques	Effectif d'enquêtées 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage engagé dans des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé le condom dans des rapports à hauts risques	Effectif d'hommes 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	14,0	906	31,0	128	97,8	205	44,1	200
20-24	9,0	1 699	39,0	154	85,6	268	59,6	229
État matrimonial								
Célibataire	99,0	71	22,0	71	100,0	276	47,5	276
En union	7,0	2 492	40,0	186	73,7	164	62,1	120
En rupture d'union	(62,0)	41	(38,0)	25	(100,0)	32	(58,1)	32
Milieu de résidence								
Urbain	18,0	895	38,0	158	95,4	229	66,0	219
Rural	7,0	1 709	32,0	124	86,1	195	36,9	168
Région								
Dakar	20,0	394	23,0	78	96,0	128	60,2	123
Diourbel	1,0	331	*	5	(90,3)	25	*	23
Fatick	7,0	129	*	9	*	18	*	16
Kaolack	4,0	377	*	17	*	44	(44,5)	37
Kolda	16,0	263	(43,0)	42	93,5	62	41,3	58
Louga	1,0	173	*	1	*	15	*	12
Matam	3,0	121	*	3	*	13	*	12
Saint-Louis	6,0	171	*	10	(95,2)	29	(51,2)	28
Tambacounda	9,0	219	*	20	(72,6)	42	(42,1)	31
Thiès	9,0	319	(30,0)	30	90,6	56	62,4	51
Ziguinchor	61,0	108	57,0	66	(97,7)	39	(74,2)	38
Niveau d'instruction								
Aucun	5,0	1 778	15,0	89	78,2	140	41,1	110
Primaire	18,0	649	42,0	118	94,0	147	47,7	139
Secondaire ou plus	43,0	177	50,0	76	98,1	184	62,8	181
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,0	635	(29,0)	37	75,0	76	26,9	57
Second	10,0	614	39,0	61	86,7	73	38,4	63
Moyen	13,0	545	40,0	69	93,9	81	50,8	76
Quatrième	11,0	428	(37,0)	45	94,8	93	62,1	88
Le plus riche	18,0	382	31,0	69	96,9	150	63,4	145
Ensemble 15-24	11,0	2 604	36,0	282	90,9	472	52,4	429

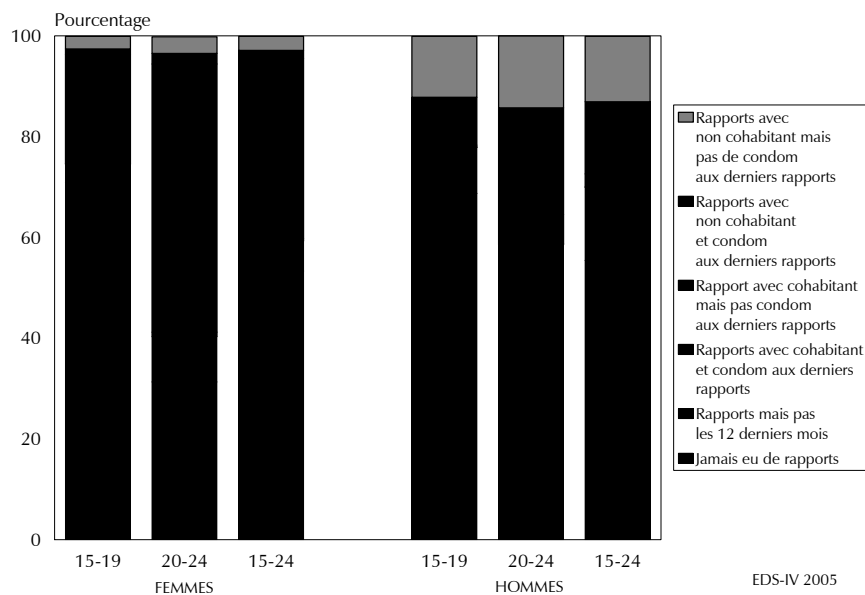
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant est plus élevé parmi celles âgées de 15-19 ans que parmi celles de 20-24 ans (14 % contre 9 %). Cependant, les plus jeunes de 15-19 ans ont moins utilisé un condom que celles de 20-24 ans (31% contre 39 %). On relève également que les rapports à hauts risques ont été plus fréquents parmi les femmes en rupture d'union (62 %) et celles vivant dans la région de Ziguinchor (61 %). De même, la fréquence de ces rapports augmente avec le niveau d'instruction : de 5 % parmi les femmes sans instruction, la proportion passe à 18 % chez celles ayant le niveau primaire et à 43 % chez les plus instruites. On relève ici, que les catégories de femmes qui ont le plus fréquemment déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques sont également celles qui ont été les plus grandes utilisatrices de condoms.

Chez les hommes, on constate que 91 %, largement plus que chez les femmes (23 %), ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Comme chez les femmes, il s'agit principalement des célibataires, ce qui va de soi, et des hommes en rupture d'union. C'est parmi ceux vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (75 %) et parmi ceux sans instruction (78 %) que cette proportion est la plus faible.

Graphique 14.1 Rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes de 15-24 ans cohabitant et non cohabitant



14.8 RAPPORTS SEXUELS PRÉMARITAUX ET UTILISATION DU CONDOM PARMIS LES CÉLIBATAIRES DE 15-24 ANS

Les jeunes célibataires constituent une population à risque dans la mesure où à ces âges les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Au cours de l'EDS-IV, il était donc important d'appréhender les types de comportement des jeunes enquêtés âgés de 15-24 ans en matière de prévention du VIH/sida. Le tableau 14.12 présente les proportions de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête et ceux qui ont utilisé des condoms au cours des derniers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Dans l'ensemble, les rapports sexuels pré maritaux au cours des 12 derniers mois chez les jeunes femmes de 15-24 ans sont peu fréquents (2 %). Ils sont un peu plus fréquents dans le groupe 20-24 ans (4 %). De plus, les résultats montrent que 22 % des femmes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels ; cette proportion est plus élevée parmi celles de 20-24 ans (31 %) que parmi les plus jeunes (10 %). Étant donné la faiblesse des effectifs, il est difficile de commenter les variations selon les différentes variables.

Tableau 14.12 Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces derniers, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes de 15-24 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes de 15-24 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois
Âge										
15-19	97,6	1,3	2 497	(10,4)	32	75,0	16,4	848	43,0	139
20-24	92,2	4,3	910	(31,3)	39	47,3	28,9	473	52,0	137
Milieu de résidence										
Urbain	96,4	2,2	2 114	(27,7)	46	62,7	21,8	789	57,0	172
Rural	95,8	2,0	1 293	(11,1)	25	68,6	19,5	532	31,7	104
Région										
Dakar	95,8	2,8	1 175	(18,0)	33	60,9	23,9	417	54,8	100
Diourbel	99,1	0,3	335	*	1	77,3	14,5	122	*	18
Fatick	93,8	3,2	157	*	5	62,3	18,9	74	*	14
Kaolack	94,1	2,4	353	*	8	61,1	24,1	149	(45,6)	36
Kolda	91,6	3,8	105	*	4	61,5	27,1	69	*	19
Louga	100,0	0,0	201	*	0	82,1	11,1	60	*	7
Matam	97,2	2,8	100	*	3	67,0	(18,6)	34	*	6
Saint-Louis	97,6	2,0	224	*	4	68,9	20,0	76	*	15
Tambacounda	99,7	0,0	90	*	0	73,7	13,8	51	*	7
Thiès	95,5	2,1	546	*	11	63,5	20,4	227	(58,8)	46
Ziguinchor	95,0	1,4	123	*	2	60,5	(21,5)	39	*	8
Niveau d'instruction										
Aucun	96,1	1,8	1 255	*	23	73,3	15,7	413	36,3	65
Primaire	96,3	1,6	1 194	*	19	66,9	19,3	433	44,6	83
Secondaire ou plus	96,2	3,0	958	(16,3)	29	56,2	27,0	475	55,0	128
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	94,5	3,9	306	*	12	74,3	14,6	169	(18,3)	25
Second	95,3	1,9	415	*	8	69,5	20,5	160	(27,8)	33
Moyen	94,9	2,4	625	*	15	69,6	16,6	248	(44,9)	41
Quatrième	96,6	1,5	882	*	13	62,4	21,9	303	54,1	66
Le plus riche	97,2	2,0	1 181	*	23	59,2	25,3	441	56,7	112
Ensemble 15-24	96,2	2,1	3 407	21,8	71	65,1	20,9	1 321	47,5	276

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

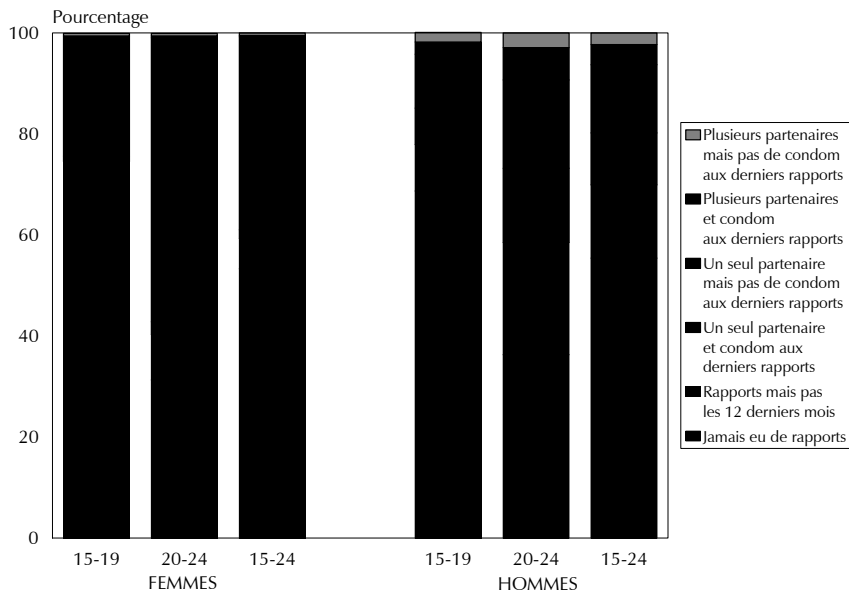
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Un homme célibataire sur cinq de 15-24 ans (21 %) a déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours de 12 derniers mois ; parmi eux, 48 % ont utilisé des condoms. Les rapports sexuels prémaritaux des 12 derniers mois sont plus fréquents chez les célibataires âgés de 20-24 ans (29 %) que chez les plus jeunes. Comme chez les femmes, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'effectuer un commentaire pertinent selon les différentes variables.

Le graphique 14.2 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes selon la catégorie de risque de contracter le VIH/sida à laquelle ils sont exposés. Ces résultats montrent que plus de la moitié des femmes de 15-24 ans (53 %) et des hommes de 15-24 ans (55 %) n'ont jamais eu de rapports sexuels alors que respectivement, 6 % et 15 % ont eu des rapports sexuels mais pas dans les douze derniers mois. De plus, 2 % des jeunes femmes de 15-24 ans et 10 % des hommes n'ont eu qu'un seul partenaire et ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Par contre, 38 % des jeunes femmes et 14 % des jeunes hommes n'ont eu qu'un seul partenaire, mais ils n'ont pas utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels.

En outre, 0,3 % des femmes de 15-24 ans et 4 % des hommes du même âge ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels et enfin moins de 1 % des femmes et 2,3 % des hommes ont couru le plus de risques puisqu'ils ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sans avoir utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels. C'est dans le groupe d'âges 15-19 ans que la proportion de jeunes qui courent le moins de risques de contracter le VIH/sida est la plus élevée puisque plus de la moitié d'entre eux n'ont jamais eu de rapports sexuels : 71 % parmi les femmes de 15-19 ans et 69 % des hommes du même âge. Dans le groupe d'âges 20-24 ans, plus de la moitié des femmes (56 %) et 18 % des hommes n'ont eu qu'un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels. Enfin, quel que soit le groupe d'âges, et même si les proportions sont faibles, on constate que les hommes ayant eu les comportements les plus à risques (rapports avec plus d'un partenaire et non utilisation de condom au cours des derniers rapports sexuels) sont toujours plus nombreux que les femmes.

Graphique 14.2 Abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans



EDS-IV 2005

14.9 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Dans la mesure où les infections sexuellement transmissibles (IST) favorisent la transmission du virus du SIDA, la prévention et la lutte contre ces infections constituent une priorité. Au cours de l'enquête, on a demandé aux hommes et aux femmes enquêtés si, à part le sida, ils connaissaient d'autres infections qui se transmettaient par contact sexuel et, si oui, s'ils connaissaient des signes ou symptômes caractéristiques de ces infections chez l'homme et chez la femme. De plus, en demandant aux enquêtés s'ils avaient eu une IST ou des symptômes associés à des IST, il a été possible d'établir une prévalence déclarée des IST. Enfin, certaines questions ont porté sur le comportement adopté en cas d'infection, en termes de conseil et de traitement.

14.9.1 Connaissance des IST

Le tableau 14.13.1 présente les résultats concernant la connaissance, par les femmes, des IST et des signes associés aux IST chez l'homme et chez la femme. Parmi les femmes enquêtées, 65 % ont déclaré ne pas connaître d'infections autres que le VIH/sida qui se transmettent sexuellement. Ces proportions sont élevées quel que soit l'âge. Selon l'état matrimonial, la proportion de femmes ne connaissant pas les IST varie de 54 % chez les femmes en rupture d'union à un maximum de 72 % chez les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels. En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate que les femmes du milieu rural connaissent moins fréquemment les IST que celles du milieu urbain (75 % contre 55 %). L'instruction influe sur le niveau de connaissance des IST puisque 73 % des femmes sans instruction ne les connaissent pas contre 64 % de celles ayant le niveau primaire et seulement 34 % des femmes les plus instruites. Enfin, les niveaux de connaissance des IST les plus élevés sont observés à Matam (81 %) et à Saint-Louis (80 %) ; tandis que les proportions les plus faibles de femmes ne connaissant pas les IST concernent les régions de Dakar (51 %) et de Ziguinchor (53 %).

De plus, 9 % des femmes ont été incapables de citer un symptôme caractéristique d'IST chez l'homme. Si l'on ajoute ce pourcentage aux 65 % de femmes qui ne savent pas qu'il existe des IST, ce sont 74 % des Sénégalaises qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance très limitée des IST chez l'homme. À l'opposé, 9 % des femmes ont cité au moins un symptôme d'IST chez les hommes, et 17 % ont été en mesure d'en citer au moins deux. Il s'agit surtout des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (39 %), celles de Ziguinchor (30 %) et, dans une moindre mesure, des femmes de Dakar (25 %).

Par ailleurs, 8 % des femmes ont été incapables de citer un symptôme caractéristique d'IST chez la femme. Si l'on ajoute cette proportion de femmes qui ignorent les symptômes d'IST chez la femme aux 65 % de celles qui ne savent pas qu'il existe des IST, il y a 73 % de Sénégalaises qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance très limitée des IST chez la femme. Par contre, 9 % ont cité au moins un symptôme d'IST chez les femmes et dans 18 % des cas, les femmes en ont cité au moins deux. Il s'agit essentiellement des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (41%), de celles de Ziguinchor (31 %) et de Dakar (28 %). On note également que la proportion de femmes qui connaissent au moins un symptôme d'IST chez les femmes diffère à peine de celles qui connaissent un symptôme chez l'homme (8,6 % contre 9,1 %).

Tableau 14.13.1 Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Femmes

Pourcentage des femmes qui connaissent les signes associés aux infections, sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune connaissance des IST	Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez l'homme				ND	Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez la femme				Effectif de femmes
		Pas de symptômes cités	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités			Pas de symptômes cités	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités	ND	
Âge											
15-19	79,5	6,1	5,9	8,2	0,3	5,9	5,6	8,7	0,3	3 556	
20-24	69,4	8,6	8,0	13,8	0,2	7,8	8,2	14,5	0,2	2 844	
25-29	61,9	10,0	10,0	18,0	0,1	9,2	9,5	19,3	0,1	2 379	
30-39	56,5	9,8	11,8	21,8	0,1	9,4	10,7	23,3	0,1	3 566	
40-49	52,9	11,6	10,6	24,5	0,4	10,4	9,6	26,7	0,4	2 258	
Etat matrimonial											
Célibataire	71,5	7,8	7,4	13,1	0,2	7,6	7,1	13,6	0,2	3 941	
A eu de rapports sexuels	64,4	4,5	13,8	17,2	0,0	4,4	10,4	20,7	0,0	224	
N'a jamais eu de rapports sexuels	71,9	8,0	7,0	12,9	0,2	7,8	6,9	13,2	0,2	3 717	
En union	63,2	9,2	9,6	17,8	0,2	8,4	9,1	19,1	0,2	9 866	
En rupture d'union	54,0	12,4	12,1	21,4	0,2	11,3	10,2	24,4	0,2	795	
Milieu de résidence											
Urbain	54,6	11,5	11,3	22,3	0,3	10,5	10,6	24,0	0,3	7 117	
Rural	74,8	6,6	7,1	11,4	0,1	6,3	6,7	12,1	0,1	7 485	
Région											
Dakar	50,5	12,3	11,4	25,1	0,6	10,6	10,5	27,8	0,6	3 866	
Diourbel	76,3	10,4	5,0	8,2	0,0	10,1	5,2	8,4	0,0	1 548	
Fatick	63,0	9,4	14,5	12,7	0,5	10,1	14,0	12,5	0,5	708	
Kaolack	71,2	4,9	11,9	11,9	0,1	5,1	10,4	13,2	0,1	1 642	
Kolda	65,0	6,3	7,8	20,9	0,0	5,0	8,0	21,9	0,0	1 047	
Louga	78,3	8,0	3,5	10,2	0,0	8,1	3,2	10,4	0,0	915	
Matam	80,9	5,3	2,0	11,7	0,1	4,3	1,9	12,8	0,1	543	
Saint-Louis	80,3	5,4	2,6	11,6	0,2	5,7	1,9	12,0	0,2	947	
Tambacounda	72,2	6,8	8,8	12,1	0,1	6,8	7,6	13,3	0,1	851	
Thiès	62,1	10,4	12,2	15,3	0,0	10,3	12,1	15,6	0,0	1 974	
Ziguinchor	53,0	7,6	9,1	30,2	0,0	6,1	10,0	30,8	0,0	562	
Niveau d'instruction											
Aucun	73,2	7,4	7,6	11,8	0,1	6,9	7,0	12,8	0,1	8 699	
Primaire	64,3	10,4	10,0	14,9	0,5	9,7	9,3	16,3	0,5	3 677	
Secondaire ou plus	33,8	13,0	14,0	39,1	0,1	11,9	13,7	40,5	0,1	2 226	
Ensemble	64,9	9,0	9,1	16,7	0,2	8,4	8,6	17,9	0,2	14 602	

Le tableau 14.13.2 présente les résultats sur la connaissance, par les hommes, des IST et de leurs symptômes chez les hommes et chez les femmes.

Parmi les hommes enquêtés, 47 % ont déclaré ne pas savoir qu'il existait des IST autres que le VIH/sida. Cette méconnaissance est particulièrement fréquente chez les jeunes de 15-19 ans (79 %) et chez les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (75 %). Les résultats montrent également que les hommes du milieu rural ont plus fréquemment déclaré que ceux du milieu urbain qu'ils ne connaissaient pas les IST (56 % contre 40 %) ; de même, la proportion d'hommes sans instruction qui ne connaissent pas les IST est près de deux fois plus élevée que celle des hommes de niveau secondaire ou plus (55 % contre 29 %).

Tableau 14.13.2 Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Hommes

Pourcentage des hommes qui connaissent les signes associés aux infections, sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune connaissance des IST	Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez l'homme				Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez la femme				Effectif d'hommes
		Pas de symptômes cités	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités	ND	Pas de symptômes cités	Un symptôme cité	Deux symptômes ou plus cités	ND	
Âge										
15-19	78,5	9,3	4,5	7,6	0,0	12,9	3,0	5,5	0,0	926
20-24	56,1	10,9	10,6	22,3	0,0	19,1	6,9	17,9	0,0	645
25-29	39,4	16,9	14,2	29,5	0,0	30,0	9,5	21,1	0,0	537
30-39	24,4	13,6	16,2	45,8	0,0	30,0	12,9	32,7	0,0	716
40-49	22,4	11,7	15,6	49,9	0,4	29,9	12,1	35,2	0,4	591
État matrimonial										
Célibataire	64,3	10,7	9,9	15,1	0,0	19,5	5,8	10,4	0,0	1 756
A eu de rapports sexuels	50,2	12,6	13,8	23,4	0,0	26,0	7,1	16,7	0,0	774
N'a jamais eu de rapports sexuels	75,4	9,2	6,7	8,7	0,0	14,4	4,8	5,4	0,0	982
En union	28,0	13,9	13,5	44,5	0,1	27,7	11,2	33,0	0,1	1 533
En rupture d'union	39,9	10,4	11,8	37,9	0,0	22,2	11,1	26,8	0,0	126
Milieu de résidence										
Urbain	40,4	14,1	13,9	31,5	0,1	28,2	10,3	21,1	0,1	1 760
Rural	55,9	9,8	9,3	24,9	0,0	17,4	6,9	19,7	0,0	1 419
Région										
Dakar	37,5	16,2	14,8	31,3	0,2	32,3	9,8	20,1	0,2	1 106
Diourbel	64,2	10,3	6,4	19,1	0,0	16,2	5,9	13,8	0,0	273
Fatick	63,8	6,4	8,0	21,8	0,0	8,5	8,3	19,4	0,0	156
Kaolack	58,5	9,1	8,4	24,0	0,0	19,7	7,4	14,5	0,0	328
Kolda	45,3	6,5	11,4	36,8	0,0	12,1	10,3	32,2	0,0	265
Louga	58,8	12,7	16,6	11,9	0,0	25,3	5,2	10,7	0,0	136
Matam	48,8	17,9	10,5	22,8	0,0	29,1	2,7	19,4	0,0	101
Saint-Louis	47,5	15,0	17,4	20,1	0,0	31,8	9,6	11,1	0,0	194
Tambacounda	43,7	10,3	5,0	41,0	0,0	14,0	4,7	37,5	0,0	220
Thiès	48,2	10,2	10,8	30,9	0,0	20,7	9,5	21,6	0,0	481
Ziguinchor	36,7	9,2	9,1	45,0	0,0	17,6	8,7	37,0	0,0	156
Niveau d'instruction										
Aucun	54,5	11,0	10,0	24,3	0,2	19,4	7,8	18,1	0,2	1 403
Primaire	55,9	9,7	10,8	23,5	0,0	20,8	5,8	17,5	0,0	966
Secondaire ou plus	29,0	15,8	14,4	40,8	0,0	30,7	11,6	28,7	0,0	1 046
Total	47,1	12,1	11,6	29,1	0,1	23,3	8,4	21,2	0,1	3 415

Par ailleurs, 12 % des hommes connaissent au moins un symptôme associé aux IST chez les hommes. Dans 29 % des cas les hommes ont déclaré en connaître au moins deux. Il s'agit plus particulièrement des hommes âgés de plus de 30 ans (50 % des 40-49 et 46 % des 30-39 ans), de ceux de Ziguinchor (45 %) et de ceux en union (45 %). La connaissance par les hommes des symptômes chez les femmes est légèrement moins bonne : 8 % ont pu citer au moins un symptôme d'IST chez la femme alors que cette proportion est de 12 % pour les symptômes chez l'homme. Néanmoins, 21 % des hommes ont été capables de citer au moins deux symptômes d'IST chez les femmes.

14.9.2 Prévalence déclarée d'IST

On a demandé aux femmes et hommes enquêtés s'ils avaient eu une IST au cours des 12 derniers mois et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. Le tableau 14.14 présente les proportions de femmes et d'hommes ayant eu des rapports sexuels qui ont déclaré spontanément avoir eu une IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des pertes vaginales anormales	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des écoulements du pénis	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels
Âge										
15-19	0,9	5,7	3,9	8,3	1 034	0,2	2,4	2,2	4,5	289
20-24	1,3	11,6	5,1	13,7	1 953	0,4	1,2	1,8	3,4	411
25-29	1,7	11,1	4,7	13,6	2 064	1,4	2,9	2,3	4,8	442
30-39	1,6	9,9	4,1	12,3	3 417	2,0	2,0	1,9	4,6	685
40-49	1,6	8,0	3,4	9,7	2 249	0,7	0,8	1,5	2,1	587
État matrimonial										
Célibataire	0,6	10,5	3,3	12,0	224	0,2	1,3	2,1	3,3	774
En union	1,5	9,5	4,4	11,8	9 710	1,4	1,8	1,7	3,8	1 517
En rupture d'union	1,7	10,9	2,5	12,4	782	3,0	4,8	2,4	7,1	123
Milieu de résidence										
Urbain	2,3	11,8	3,9	14,1	4 638	1,3	1,8	2,5	4,5	1 244
Rural	0,9	8,0	4,5	10,2	6 078	0,6	1,7	1,3	3,0	1 003
Région										
Dakar	2,6	14,4	3,5	16,6	2 463	1,9	2,1	2,9	5,3	795
Diourbel	0,7	6,3	5,5	10,0	1 188	0,0	0,0	1,1	1,1	158
Fatick	0,9	9,1	5,5	12,0	546	1,0	1,2	0,7	2,6	106
Kaolack	1,1	9,5	6,8	12,6	1 236	0,0	2,6	3,5	4,8	227
Kolda	1,2	5,4	2,8	6,3	922	2,0	2,3	0,2	4,0	219
Louga	0,7	9,4	2,3	10,3	685	1,8	3,3	2,6	6,1	80
Matam	1,2	13,2	4,4	14,1	436	3,0	0,9	3,9	4,8	73
Saint-Louis	1,8	11,4	3,4	12,6	693	0,0	1,6	0,0	1,6	135
Tambacounda	0,2	4,7	2,3	5,9	733	0,4	2,1	0,0	2,1	176
Thiès	1,2	7,2	5,0	9,9	1 382	0,0	1,0	1,7	2,6	318
Ziguinchor	3,6	12,6	4,5	15,0	434	1,4	1,3	0,8	2,7	127
Niveau d'instruction										
Aucun	0,9	7,9	4,2	10,0	7 284	1,4	1,7	1,7	3,6	1 038
Primaire	2,7	13,3	4,6	16,3	2 356	1,1	3,3	2,7	6,2	642
Secondaire ou plus	2,9	13,3	3,9	14,8	1 076	0,6	0,6	1,5	2,0	733
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,0	7,7	4,8	9,9	2 088	0,9	2,4	1,6	4,1	379
Second	1,0	6,9	3,5	8,5	2 130	0,8	1,8	1,9	3,4	349
Moyen	0,6	9,9	5,1	12,2	2 169	1,3	1,3	1,4	3,3	407
Quatrième	2,1	10,6	3,7	12,9	2 174	1,1	1,8	2,0	3,8	556
Le plus riche	2,7	13,1	4,1	15,7	2 155	1,2	1,7	2,1	4,2	724
Ensemble	1,5	9,7	4,2	11,9	10 716	1,1	1,8	1,9	3,8	2 414

Les résultats montrent que seulement 1,5 % des femmes et 1,1 % des hommes 15-49 ans ont déclaré avoir eu une IST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Il est fort probable que cette prévalence déclarée soit sous-estimée du fait que certaines personnes peuvent avoir des IST et ne pas savoir ou ne pas reconnaître qu'il s'agit d'une IST, et que certaines personnes avouent difficilement avoir eu de telles maladies, surtout au cours d'une enquête. Quelle que soit la variable, chez les femmes cette

prévalence déclarée est très faible : elle varie d'un minimum de 0,2 % dans Tambacounda à 3,6 % dans Ziguinchor.

Par ailleurs, on a essayé de déterminer si les enquêtés avaient présenté des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois : environ 10 % des femmes ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et 4 % ont déclaré avoir eu une plaie ou un ulcère génital. La prévalence totale déclarée d'IST (selon les déclarations spontanées et selon les symptômes) estimée ici à 12 % parmi les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels, doit être prise comme un ordre de grandeur et non comme une estimation précise car la présence de ces différents symptômes ou signes ne sont pas toujours la preuve d'une IST. Néanmoins, les femmes de la région de Dakar (17 %), celles des ménages les plus riches (16 %) et, dans une moindre mesure, celles de Ziguinchor (15 %) seraient celles qui auraient eu le plus fréquemment des IST.

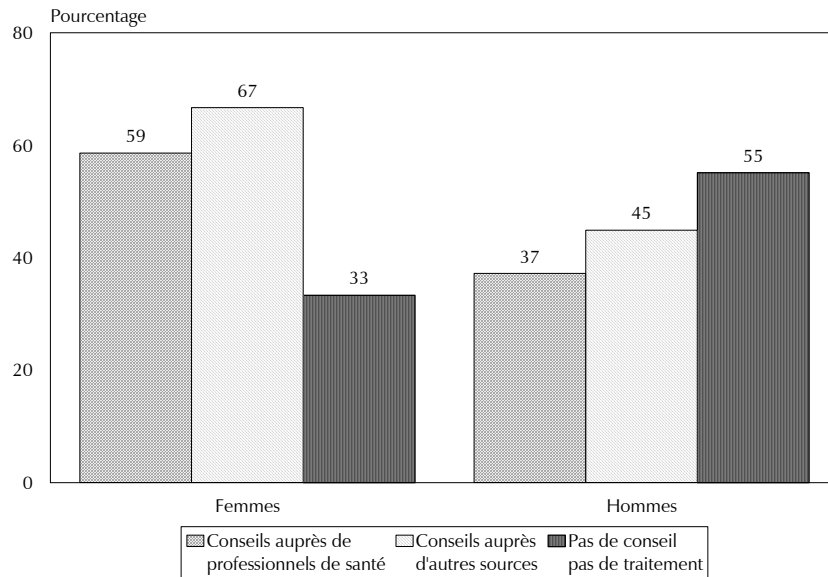
Une proportion d'hommes (1,1 %) quasiment identique à celle des femmes (1,5 %) ont déclaré spontanément avoir eu une IST. De plus, 1,8 % ont déclaré avoir eu un écoulement du pénis et 1,9 % une plaie ou un ulcère génital. Globalement, d'après les déclarations spontanées et/ou les symptômes, 3,8 % des hommes auraient eu une IST au cours des 12 derniers mois.

14.9.3 IST et comportement

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, on constate que près de sept femmes sur dix (67 %) ont déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement (tableau 14.15 et graphique 14.3). Cependant, près de six femmes sur dix (59 %) se sont adressées à un professionnel de la santé, à un hôpital, à une clinique ou à un médecin privé pour être traitées. Enfin, dans 2 % de cas, les femmes sont allées dans une boutique ou une pharmacie pour obtenir des médicaments ou des conseils et 2 % ont consulté un ami ou un parent proche.

Source du conseil ou du traitement	Femmes	Hommes
Clinique/hôpital/professionnel de santé	58,6	37,2
Conseil ou médicament d'une boutique/pharmacie	1,7	8,9
Conseil d'amis/parents	2,1	0,0
Conseil ou traitement de n'importe quelle source	66,7	44,9
Pas de conseil ou traitement	33,3	55,1
Effectif avec une IST et/ou des symptômes d'IST	1 272	92

Graphique 14.3 Recherche de conseils et de traitement pour les IST



EDS-IV 2005

Parmi les hommes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, on constate qu'une proportion plus importante que chez les femmes (55 % contre 33 %) n'a pas recherché un traitement ou un conseil quelconque (tableau 14.15). Dans 37 % des cas, les hommes se sont adressés à une clinique, un hôpital ou à un médecin privé. En outre, dans 9 % des cas, les hommes se sont adressés à une boutique ou à une pharmacie pour obtenir des conseils ou des médicaments.

14.10 SURVIE DES PARENTS ET CONDITIONS DE VIE DES ENFANTS

Avec l'émergence de l'épidémie du VIH/sida, surtout dans les pays à forte prévalence du VIH, on a observé une augmentation significative du nombre d'orphelins. Cette situation a conduit les programmes de lutte contre le sida à intégrer dans leurs préoccupations les conditions de vie des enfants survivant à leurs parents en raison de leur grande vulnérabilité. Au cours de l'EDS-IV, certaines questions ont été posées, en vue d'évaluer les conditions de vie des enfants orphelins de père et/ou de mère, quelle que soit la cause de décès des parents.

Le tableau 14.16 présente la répartition des enfants de moins de 18 ans par survie des parents et par résidence avec les parents. On constate que dans la quasi-totalité des cas (91 %), les deux parents sont en vie. Dans 5 % des cas, les enfants sont orphelins de père et dans 2 % des cas, c'est la mère qui est décédée. Moins de 1 % des enfants sont orphelins des deux parents.

En ce qui concerne la résidence des enfants, on constate que plus de la moitié des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents (58 %). Près du quart des enfants ne vivent qu'avec leur mère (24 %) ; dans moins de 4 % des cas (3,4 %), ils ne vivent qu'avec leur père, et 14 % des enfants de moins de 18 ans ne vivent ni avec leur mère, ni avec leur père, que ceux-ci soient encore en vie ou non.

Selon le milieu de résidence, il apparaît que la proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant avec leurs deux parents est plus élevée en milieu rural (60 %) qu'en milieu urbain (55 %). Selon la région, on constate que la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents varie d'un minimum de 46 % à Ziguinchor à un maximum de 69 % à Tambacounda. Quelle que soit la région, les proportions d'enfants vivant seulement avec leur mère (variant de 15 % à 34 %) l'emportent sur celles des enfants vivant avec seulement leur père ou vivant sans aucun des deux parents.

Tableau 14.16 Enfants orphelins et résidence avec les parents

Répartition (en %) des enfants (de droit) de moins de 18 ans, par survie des parents et par résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographiques	Orphelin						Orphelin Mère, père ou les deux décédés	Résidence avec les parents				Effectif d'enfants	
	Les deux parents décédés	Seule la mère est décédée	Seul le père est décédé	Les deux parents en vie	Informa- tion sur mère/ père manquante	Total		Ne vivant avec aucun des deux parents	Vivant avec la mère seule- ment	Vivant avec le père seule- ment	Vivant avec les deux parents		Total
Âge													
0-1	0,1	0,2	1,8	97,1	0,8	100,0	2,2	1,1	31,6	0,5	66,9	100,0	4 514
2-4	0,3	0,9	2,6	95,1	1,1	100,0	3,8	9,0	26,9	2,1	61,9	100,0	6 036
5-9	0,6	1,8	4,7	91,7	1,2	100,0	7,1	16,4	22,3	4,1	57,3	100,0	9 415
10-14	1,6	2,8	8,3	83,6	3,7	100,0	12,8	22,5	20,8	5,1	51,5	100,0	8 494
0-14	0,7	1,7	4,9	90,8	1,9	100,0	7,3	14,2	24,3	3,4	58,1	100,0	28 459
Sexe													
Masculin	0,7	1,6	5,1	90,9	1,7	100,0	7,4	13,2	23,7	4,0	59,2	100,0	14 319
Féminin	0,8	1,8	4,6	90,8	2,0	100,0	7,2	15,3	24,9	2,9	56,9	100,0	14 140
Milieu de résidence													
Urbain	1,0	1,6	5,5	89,4	2,6	100,0	8,1	14,5	27,1	3,4	54,9	100,0	9 724
Rural	0,6	1,7	4,5	91,9	1,2	100,0	6,9	14,2	22,4	3,5	60,0	100,0	16 886
Région													
Dakar	1,3	1,7	5,8	87,1	4,1	100,0	9,0	12,8	25,4	3,8	58,0	100,0	5 131
Diourbel	0,4	1,5	5,3	91,1	1,7	100,0	7,2	14,7	33,7	2,3	49,3	100,0	3 191
Fatick	0,8	1,6	5,3	90,4	1,8	100,0	7,8	16,8	20,8	3,4	59,0	100,0	1 791
Kaolack	1,5	1,4	4,9	90,6	1,5	100,0	7,9	14,0	17,8	2,4	65,8	100,0	3 648
Kolda	0,9	2,1	4,9	91,0	1,1	100,0	7,9	14,9	15,3	4,8	65,0	100,0	2 559
Louga	0,2	1,1	3,7	94,8	0,4	100,0	4,9	11,7	30,9	1,4	56,0	100,0	1 969
Matam	0,4	1,9	4,3	91,5	1,9	100,0	6,6	13,8	30,3	4,9	51,0	100,0	1 177
Saint-Louis	0,1	2,3	3,6	92,3	1,7	100,0	6,1	13,9	23,7	5,2	57,2	100,0	1 941
Tambacounda	0,4	2,2	5,0	90,5	1,9	100,0	7,6	9,0	19,1	3,3	68,5	100,0	2 016
Thiès	0,4	1,4	4,6	92,9	0,7	100,0	6,4	15,3	27,2	2,6	54,8	100,0	3 923
Ziguinchor	0,4	1,9	4,0	91,7	1,9	100,0	6,4	25,2	21,7	6,8	46,3	100,0	1 113
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	0,8	1,6	4,5	91,9	1,2	100,0	6,9	12,6	16,6	3,2	67,6	100,0	6 510
Second	0,7	1,8	4,4	91,6	1,4	100,0	7,0	14,2	21,8	3,6	60,4	100,0	6 377
Moyen	0,4	1,7	5,5	90,9	1,5	100,0	7,6	16,1	27,0	3,5	53,4	100,0	5 880
Quatrième	0,9	1,5	5,9	89,1	2,6	100,0	8,4	12,8	28,7	3,1	55,3	100,0	5 217
Le plus riche	0,9	1,8	4,1	90,1	3,1	100,0	6,9	15,7	30,4	3,7	50,2	100,0	4 476
Total ¹	0,7	1,7	4,9	90,8	1,9	100,0	7,3	14,2	24,3	3,4	58,1	100,0	28 459

¹ Le total inclut un cas dont le sexe est indéterminé

*Dr Aïssatou Gueye Ndiaye, Dr Astou Gueye Gaye, Ousmane Wade,
Ousmane Diouf et Pr Souleymane Mboup*

Au Sénégal, le sida est considéré comme une priorité de santé publique. Très tôt, dès l'identification du premier cas de sida en 1986, les autorités ont été sensibilisées sur la gravité du fléau. C'est ainsi qu'un comité national de lutte contre le sida a été mis en place la même année. Celui-ci a, par la suite, élaboré un programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) qui deviendra en 2002 le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) qui élabore des plans stratégiques quinquennaux de lutte contre le VIH /sida.

Le Chef de l'Etat et le gouvernement du Sénégal ne cessent de renforcer leur engagement dans la lutte contre le sida.

Le dernier plan stratégique 2002-2006 comporte plusieurs objectifs stratégiques incluant la surveillance sentinelle de l'infection à VIH, la sécurité de la transfusion sanguine, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission mère-enfant, le dépistage anonyme et volontaire, entre autres.

Le système de surveillance par sites sentinelles mis en place depuis 1989, couvre aujourd'hui les onze régions du pays, et permet d'avoir tous les ans, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les travailleuses du sexe enregistrées et les malades hospitalisés. Ces investigations fournissent également la prévalence de la syphilis chez certains groupes cibles tels les femmes enceintes et les travailleuses du sexe enregistrées, des estimations et des projections sur la prévalence du VIH au niveau national grâce à des modèles proposés par l'ONUSIDA.

Les résultats de cette surveillance ont montré une épidémie de type concentré (prévalence basse et stable autour de 1 % chez les femmes enceintes et entre 15 % et 30 % dans le groupe des prostituées enregistrées) avec une circulation des deux types de virus (VIH1 et du VIH2) (Mboup et al., 2004).

Après une décennie de surveillance sentinelle classique, plusieurs évaluations ont dégagé les points forts et les points faibles de ce système. Ces analyses ont permis, en 2000, d'élaborer et de mettre en place un système renforcé de surveillance « seconde génération » selon les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS, incluant :

- une surveillance sentinelle plus étendue ;
- des enquêtes de surveillance du comportement menées en 2001 et 2002 ; celle de 2002 ciblant des groupes dits passerelles (militaires, routiers, pêcheurs, travailleurs saisonniers) ;
- une étude pilote combinée menée à Dakar en 2003 pour les mêmes groupes passerelles ;
- un protocole d'enquête combinée élaboré et intégrant l'étude de la prévalence des IST ;
- des enquêtes spécifiques telles que l'enquête combinée chez les professionnelles du sexe et leurs partenaires sexuels masculins et l'enquête combinée chez les MSM (*men who have sex with men*).

Parallèlement, la sécurité transfusionnelle a été maintenue, des services de conseil et de dépistage volontaire ont été rendus disponibles à travers le pays, et la prise en charge médicale a été décentralisée.

Malgré l'abondance et la qualité de ces travaux, il a été montré que l'extrapolation des taux de prévalence du VIH estimés à partir des données du seul système de surveillance sentinelle à l'ensemble de la population des hommes et des femmes adultes avait des limites (UNAIDS et WHO, 2000). Tout d'abord, ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes car un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas les services de consultation prénatale. De plus, étant donné qu'en Afrique subsaharienne, la transmission se fait essentiellement au cours de rapports hétérosexuels non protégés (UNAIDS/WHO, 1999), les femmes enceintes sont plus exposées à l'infection par le VIH que les femmes qui se protègent du VIH et évitent la grossesse par l'utilisation de condoms ou que celles qui sont sexuellement moins actives. Par ailleurs, il a été établi dans une étude réalisée dans quatre villes d'Afrique subsaharienne que les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes sont plus élevés que ceux des hommes (Buvé et al., 2001).

Bien que les informations provenant du système de surveillance sentinelle aient été très utiles pour suivre les tendances de l'infection au VIH au Sénégal, l'inclusion du test du VIH dans l'EDS-IV permet de mieux connaître l'ampleur de l'épidémie dans la population générale d'âges reproductifs et de mieux appréhender le profil de l'infection. Les données sur le VIH fournissent également les informations nécessaires à la planification des actions de lutte contre l'épidémie, à l'évaluation de l'impact du programme en cours. L'estimation de la prévalence du VIH dans la population et l'analyse des facteurs sociaux, biologiques et comportementaux associés à l'infection par le VIH, fournissent de nouvelles perspectives sur la connaissance de l'épidémie du VIH au Sénégal. Ceci pourrait conduire à des interventions et des messages plus précis et ciblés. En outre, les résultats de l'EDS-IV permettront de réajuster les estimations de la prévalence basées sur les données annuelles de la surveillance sentinelle et constituent une référence pour apprécier les tendances de l'infection à VIH entre deux enquêtes dans la population générale. Enfin, les données de l'enquête, fournissant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, elles peuvent être utilisées pour mieux guider les programmes de prévention du VIH.

15.1 APPROCHE SUIVIE POUR LE TEST DU VIH ET DE L'HÉMOGLOBINE

15.1.1 Méthodologie

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la plupart des données actuelles sur la prévalence du VIH au Sénégal proviennent de la surveillance effectuée auprès de populations spécifiques telles que les femmes enceintes qui viennent en consultations prénatales et les professionnelles du sexe. Cependant, les résultats de ce type de surveillance ne permettent pas d'estimer la prévalence du VIH dans la population générale. Ce système ne prend pas en compte les hommes, ni les femmes qui ne sont pas enceintes. Par conséquent, le ministère de la Santé a décidé d'inclure le test du VIH dans la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV, 2005) au Sénégal.

L'objectif de ce test VIH est donc de fournir des données permettant d'estimer la prévalence du VIH (VIH-1 et VIH-2) au niveau national, en milieu urbain et en milieu rural et au niveau de chacune des onze régions du pays, à partir d'un échantillon représentatif de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans.

Enquête pilote

Une enquête pilote a été menée en novembre 2004 pour tester l'acceptabilité des tests de l'anémie et du VIH dans la population générale, la logistique utilisée pour les prélèvements de sang ainsi que tout

le processus de l'enquête depuis l'administration du questionnaire jusqu'au test de l'anémie et au prélèvement de gouttes de sang sur papier filtre pour le test du VIH.

Le taux d'acceptation du prélèvement sanguin et du test du VIH était suffisamment élevé au cours de ce pré-test pour démontrer que sa mise en oeuvre pendant l'enquête principale était possible mais également qu'après une bonne formation, des agents enquêteurs sans formation médicale, pouvaient correctement effectuer des prélèvements sanguins utilisables pour le test du VIH.

Enquête principale

Dans un ménage sur trois, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans hommes étaient éligibles pour le test du VIH. En outre les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Les résultats des tests d'anémie ont été présentés dans le chapitre 10 du présent rapport. Les taux de couverture des tests sont présentés au tableau 15.1.

Détection de l'infection au VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui ont accepté volontairement de s'y soumettre.

Le protocole utilisé pour le dépistage du VIH est basée sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique interne de ORC Macro (*Internal Review Board*). Le comité national d'Éthique du Sénégal a, après amendement, approuvé le protocole anonyme-lié de l'EDS-IV et la déclaration de consentement éclairé¹. Selon ce protocole, la technique de test de dépistage du VIH retenue pour l'EDS-IV consiste à prélever par piqûre au bout du doigt, des gouttes de sang sur papier-filtre. Généralement, l'échantillon de sang est obtenu à partir de la même piqûre que celle faite pour le test d'anémie. Les échantillons de sang séché sur papier-filtre étaient acheminés au Laboratoire National de Référence de Bactériologie et de virologie de l'hôpital A. Le Dantec en charge du test du VIH. Le test était anonyme, c'est-à-dire qu'aucun nom ou caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier l'enquêté ne peut être lié à l'échantillon de sang. Par conséquent, il n'a pas été possible de communiquer les résultats aux enquêtés. Cependant, une carte de couleur verte leur était remise, s'ils le souhaitaient, pour obtenir des conseils et un test volontaire gratuits auprès des Centres de Dépistage Volontaire (CDV). Au verso de cette carte était indiquée la liste de l'ensemble des CDV opérationnels dans le pays.

15.1.2 Formation et travail de terrain

La formation des enquêteurs s'est déroulée en deux phases. Une première formation d'une durée d'un mois (octobre 2004) à l'occasion de l'enquête pilote ; la plupart des personnes ayant participé à cette étape ont été utilisées par la suite comme chefs d'équipe et/ou enquêteur/technicien spécialement chargés des prélèvements. Une deuxième formation de six semaines (décembre 2004-janvier 2005) a été effectuée pour l'ensemble des personnels de terrain pour l'enquête principale.

Cette formation a porté sur le remplissage des questionnaires mais également sur les procédures de prélèvement des gouttes de sang pour le test d'anémie et de gouttes de sang sur papier filtre pour le test du VIH et, la manipulation et la conservation de ces prélèvements ainsi que sur leur transfert au laboratoire national de référence. Cette formation qui a comporté une phase théorique et une phase

¹ Le texte du consentement volontaire a été préparé sur la base du texte standard élaboré par ORC Macro puis soumis, avec le protocole de test du VIH, au Comité d'Éthique du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

pratique en salle et dans des formations sanitaires a été effectuée par l'équipe du Laboratoire de Bactériologie et de Virologie de l'Hôpital A. Le Dantec avec l'appui d'ORC Macro.

Pour effectuer les prélèvements de sang auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait au moins deux enquêteurs techniciens chargés des prélèvements qui, en plus de la formation d'enquêteur, avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des prélèvements de sang. Pour chaque personne éligible, l'enquêteur/technicien cherchait d'abord à obtenir son consentement éclairée après lui avoir expliquée l'intérêt et les avantages qu'elle pouvait tirer de l'enquête ainsi que la technique du prélèvement sanguin, la confidentialité et l'anonymat du test. La carte verte lui était alors proposée pour bénéficier, si elle le souhaitait, de conseils et de test de VIH gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Pour les hommes et femmes qui avaient accepté d'être testés, l'enquêteur-technicien, tout en respectant les précautions universelles d'hygiène et de sécurité, prélevait les gouttes de sang selon les étapes suivantes : après avoir nettoyé la peau avec un tampon alcoolisé, l'enquêteur technicien effectuait une piqûre au bout du doigt avec une lancette de taille adaptée. Pour les adultes, des lancettes de couleur bleue ou blanche et qui ont une lame de 2,4 mm de longueur, ont été utilisées. Lorsque le sang apparaissait, une compresse de gaze stérile était utilisée pour essuyer la première goutte de sang. S'il s'agissait d'un enfant, la seconde goutte était aussi essuyée et la troisième goutte était utilisée pour le test d'anémie. Si l'enquêtée était un adulte, les seconde et troisième gouttes étaient prélevées sur papier filtre pour le test du VIH et la quatrième utilisée pour effectuer le test d'anémie.

Les gouttes de sang prélevées sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants dont le rôle est d'absorber 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 du le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) à Dakar. Au CRDH, ils étaient immédiatement vérifiés et placés au frais avant leur enregistrement et leur acheminement au laboratoire de référence de Bactériologie Virologie de l'Hôpital A. Le Dantec.

Contrairement au test d'anémie dont le résultat était communiqué immédiatement aux participants, le résultat du test de VIH n'était pas annoncé sur le terrain. Le test du VIH était anonyme lié et aucun nom ou toute autre caractéristique individuelle ou géographique n'était lié à l'échantillon du sang. Seule une étiquette contenant un code barre, était collée sur l'échantillon de sang afin de pouvoir constituer un fichier anonyme de laboratoire contenant les résultats de test. Une autre étiquette avec le même code barre que celui utilisé pour l'échantillon de sang était collé sur le questionnaire ménage. L'utilisation de ces codes barres a permis, à la fin du traitement des données, la fusion des résultats des analyses de sang avec les caractéristiques sociodémographiques contenues dans les questionnaires. Néanmoins, avant de fusionner les fichiers, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (le numéro de grappe d'enquête et le numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à maintenir le caractère anonyme des données.

15.1.3 Procédures de laboratoire

Choix du laboratoire

Pour la mise en œuvre de l'EDS-IV, le choix du Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (LBV) a été fait par CRDH qui a exécuté l'enquête. La procédure du test de VIH a été placée sous la responsabilité du LBV qui est une référence nationale et internationale en matière de diagnostic de l'infection à VIH et qui possède une grande expérience dans le dépistage de l'infection à VIH à partir de

gouttes de sang séchées. Ce laboratoire est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Il participe ainsi 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). Il a été assisté par ORC Macro à travers son programme mondial MEASURE DHS.

Tests de validation des gouttes de sang séchées par rapport au plasma

Avant le début des travaux de terrain, l'équipe de Macro International a effectué des visites au laboratoire de référence Bactériologie Virologie pour rencontrer et discuter avec le personnel ; un questionnaire destiné à évaluer les compétences du laboratoire a également été administré au responsable de l'unité de virologie du laboratoire, en charge du diagnostic de l'infection à VIH.

Auparavant, lors d'une évaluation de tests rapides de diagnostic de l'infection au VIH conduite en collaboration avec le CDC d'Atlanta, le laboratoire a effectué la détection de l'infection à VIH sur 1500 paires d'échantillons (gouttes de sang séché « Dried Blood Spots » (DBS) + plasma) en utilisant deux ELISA (Genscreen puis Murex) comme tests de screening et le Western blot (HIV Blot 2.2) comme test de confirmation. Tous les 215 VIH-1 et les 8 VIH-2 ainsi que les 1587 négatifs ont été correctement identifiés aussi bien sur le plasma que sur les gouttes de sang séché. Cependant, des cas de faux positifs ont été obtenus à la suite du dépistage par les deux ELISA aussi bien sur le plasma (15/1587) que sur le DBS (40/1586). L'utilisation de test de confirmation a permis de bien caractériser ces faux positifs sur les deux types de prélèvement.

Procédure des tests

Les copies des fiches de transmission et les échantillons de gouttes de sang séchées étaient acheminés au laboratoire de référence dans de grands sachets Ziploc contenant les petits sachets dont chacun contenait un papier-filtre correspondant à l'échantillon de sang d'un participant. Après vérification de la conformité entre les nombres d'échantillons contenus dans les grands Ziplocs et ceux mentionnés sur la fiche de transmission et du degré d'humidité, la saisie des numéros d'échantillons était effectuée grâce au lecteur de code barre mis à la disposition du laboratoire de référence par ORC Macro. Grâce au logiciel CSPro (*Census and Survey Processing System*), les codes barres ont été transformés en numéro d'ordre. Le logiciel établissait, en fonction du nombre d'échantillons, un plan de travail qui était ensuite utilisé pour effectuer les tests de dépistage.

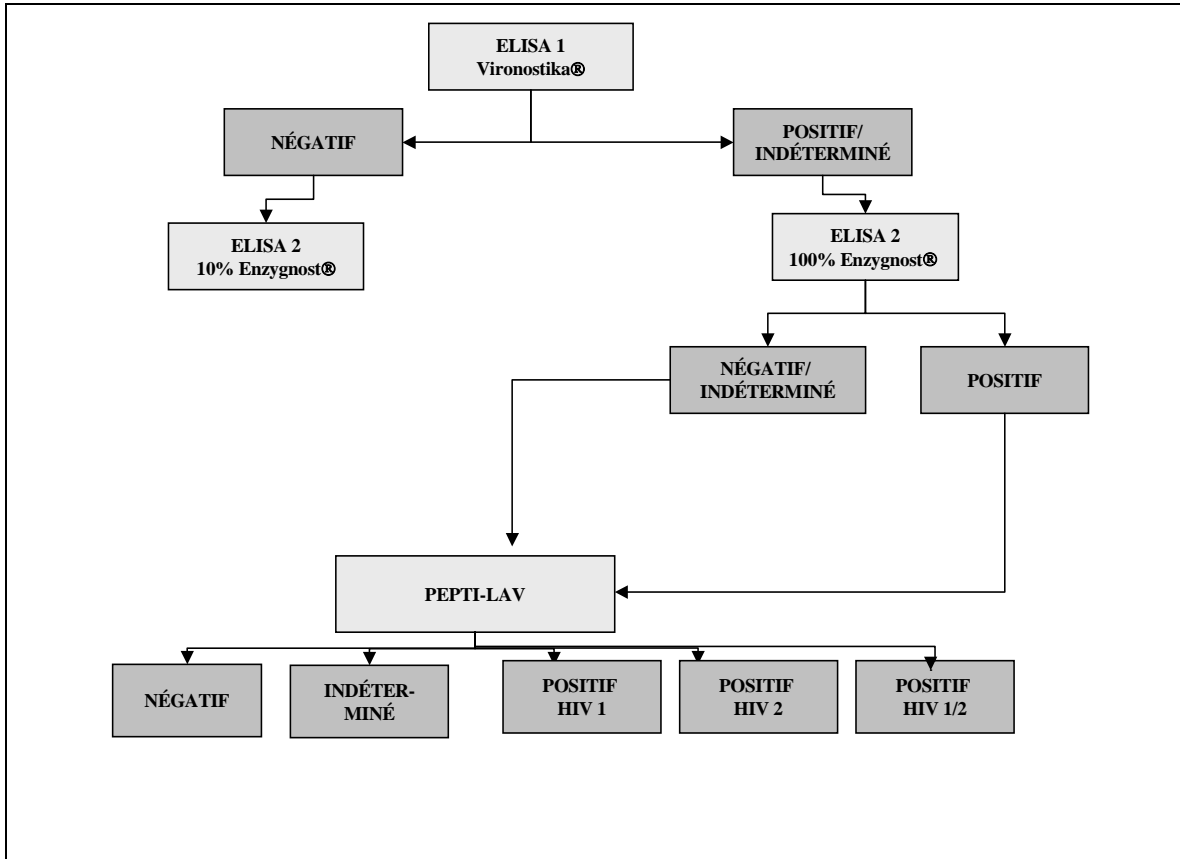
Le programme de saisie a été conçu pour tenir compte de l'algorithme de dépistage utilisé dans l'EDS-IV et il était lié au programme de lecture de plaque ELISA, si bien qu'après chaque série d'ELISA, les résultats étaient automatiquement capturés par le programme. Seuls les résultats de Western blot ont été saisis manuellement. Au fur et à mesure de l'entrée des codes barres et des résultats de tests ELISA, un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les trousseaux utilisés) a été effectué. Toutes les deux semaines environ, les responsables du laboratoire de référence fournissaient au CRDH les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce qu'ils puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

En outre, en ce qui concerne les procédures de test en laboratoire, après l'enregistrement de chaque échantillon reçu, on perforait le papier filtre contenant les gouttes de sang séchées à l'aide d'une poinçonneuse. Le cercle de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre, était ensuite plongé dans 150 microlitres de PBS pour extraction et reconstitution de la solution de sang entier.

Dépistage

L'algorithme (graphique 15.1) utilisé a consisté à tester tous les échantillons au ELISA 1 qui est le Vironostika® HIV Uni-Form II plus O (Biomérieux) selon le protocole fourni par le Fabricant. Il s'agit d'un ELISA de type sandwich qui permet la détection de VIH-1, VIH-2 et de VIH-1 groupe O, donc très sensible, d'où son utilisation en première intention.

Graphique 15.1 Algorithme de dépistage du VIH
Laboratoire Bactériologie Virologie de l'Hôpital Le Dantec, Dakar
EDS-IV SÉNÉGAL



Confirmation

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

Contrôle de qualité

Il a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, selon les critères du fabricant des trousse de test. En effet, dans chaque plaque de tests, étaient inclus des contrôles positifs et négatifs fournis avec la trousse de dépistage par le fabricant.
- Tous les échantillons positifs ou discordants aux deux ELISA étaient re-testés en Pepti-Lav qui avait permis de confirmer les Positifs aux deux ELISA et de les typer en VIH-1 et VIH-2.
- Les 14 discordants (positifs en Vironostika Uniform II et Négatif en Enzygnost) ont été confirmés négatif par le Pepti-lav.
- Les 10 % de négatifs (soit 809 échantillons) et tous les positifs ont été reconfirmés par la technique de l'Axym par un technicien différent de celui ayant effectué les premiers tests.

15.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH

La population éligible pour le test du VIH est la population adulte enquêtée dans un ménage sur trois, âgés de 15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes, ayant dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview.

Le tableau 15.1 fournit les taux de couverture du test de VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence et le motif pour lequel le prélèvement de sang n'a pas été effectué. Globalement, on constate que le taux de couverture est élevé puisque sur les 9 725 personnes éligibles, 80 % ont accepté d'effectuer le test de VIH. Ce niveau global cache cependant des disparités importantes selon le lieu de résidence. En effet, le taux de couverture varie de 71 % à Matam à environ 90 % dans les régions de Ziguinchor (91 %), Fatick (89 %) et Kolda (89 %) ; à Dakar, il est de 73 %. Il est également plus élevé en milieu rural (83 %) qu'en milieu urbain (78 %).

Par ailleurs, les taux de couverture sont nettement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, cela quel que soit le lieu de résidence. Dans l'ensemble, il est de 85 % chez femmes contre 76 % chez les hommes. Les taux sont particulièrement élevés chez les femmes des régions de Fatick (95 % contre 83 % pour les hommes), Ziguinchor (94 % contre 88 % chez les hommes) et Kolda (94 % contre 84 % pour les hommes). Les taux les plus faibles ont été observés chez les hommes de Louga et de Matam (66 % dans les deux cas). Les cas de refus concernent 13 % des personnes éligibles (10 % des femmes et 16 % des hommes) tandis que les absences sont inférieures à 1% aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, on distingue quatre catégories en fonction des raisons pour lesquelles le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué. Il s'agit de celles :

- qui ont refusé le test après lecture du consentement par l'enquêteur (14 % en milieu urbain contre 12 % en milieu rural) ;
- qui ont répondu à l'enquête, mais n'étaient pas présentes lors du passage du technicien pour effectuer le prélèvement de sang (0,7 % en urbain et 0,6 % en rural) ;
- qui n'étaient pas à la maison (après au minimum trois passages) ni au moment de l'interview, ni au moment du test et donc n'ont été ni enquêtées, ni testées (0,3 % en urbain et 0,2 % en rural) ; et ceux

- dont le résultat du test est classé « Autre ou manquant » et qui sont considérées comme « non testé » pour des raisons diverses : parce qu'elles étaient incapables de donner leur consentement au test, parce qu'il y avait discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement de sang sur le papier filtre, ou parce qu'il y avait eu des difficultés techniques pour prélever le sang, ou encore parce que l'échantillon de sang n'était pas utilisable pour le test (8 % en milieu urbain et 5 % en milieu rural).

Tableau 15.1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence : Échantillon non pondéré

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont été testés ou non, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

	Milieu de résidence		Région											Ensemble
	Urbain	Rural	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaolack	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Femmes														
Testées	81,9	86,6	76,1	84,2	94,8	87,5	93,5	81,3	74,7	78,1	82,7	88,2	93,8	84,5
Refus	11,1	9,0	11,7	9,0	3,3	7,0	4,7	14,3	16,0	18,3	10,9	7,8	4,4	9,9
Absentes pour le test	0,8	0,9	1,0	0,6	0,5	1,3	0,0	0,8	2,1	1,6	0,0	0,9	0,3	0,8
Enquêtées	0,7	0,7	0,6	0,0	0,5	1,1	0,0	0,8	1,9	1,6	0,0	0,9	0,0	0,7
Non enquêtées	0,1	0,2	0,3	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Autre/manquant	6,3	3,5	11,2	6,3	1,4	4,3	1,8	3,6	7,2	2,0	6,4	3,1	1,6	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 377	2 973	624	543	366	560	448	476	474	447	451	575	386	5 350
Hommes														
Testés	73,1	77,9	69,9	67,9	82,6	79,1	83,9	66,4	65,5	68,3	78,3	77,3	87,6	75,5
Refus	16,7	15,4	14,4	20,0	11,2	15,4	11,1	28,6	23,7	25,1	14,5	14,0	5,7	16,0
Absentes pour le test	1,1	0,7	0,5	0,0	1,2	0,9	0,7	1,8	0,9	1,2	0,2	2,3	0,5	0,9
Enquêtés	0,7	0,4	0,2	0,0	1,2	0,2	0,2	1,4	0,3	1,2	0,2	1,2	0,3	0,5
Non enquêtés	0,4	0,3	0,3	0,0	0,0	0,7	0,5	0,4	0,6	0,0	0,0	1,0	0,3	0,4
Autre/manquant	9,1	6,0	15,2	12,1	5,0	4,7	4,3	3,2	9,8	5,4	6,9	6,4	6,2	7,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 160	2 215	578	365	322	449	440	283	316	334	433	485	370	4 375
Ensemble (femmes et hommes)														
Testés	77,7	82,9	73,1	77,6	89,1	83,7	88,7	75,8	71,0	73,9	80,5	83,2	90,7	80,4
Refus	13,8	11,7	13,0	13,4	7,0	10,7	7,9	19,6	19,1	21,3	12,7	10,7	5,0	12,7
Absentes pour le test	0,9	0,8	0,7	0,3	0,9	1,1	0,3	1,2	1,6	1,4	0,1	1,5	0,4	0,9
Enquêtés	0,7	0,6	0,4	0,0	0,9	0,7	0,1	1,1	1,3	1,4	0,1	1,0	0,1	0,6
Non enquêtés	0,3	0,2	0,3	0,3	0,0	0,4	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0	0,5	0,3	0,2
Autre/manquant	7,6	4,6	13,1	8,6	3,1	4,5	3,0	3,4	8,2	3,5	6,7	4,6	3,8	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 537	5 188	1 202	908	688	1 009	888	759	790	781	884	1 060	756	9 725

Chez les femmes et les hommes, les résultats montrent que le refus est la raison la plus importante de non-participation au test de VIH. Les taux de refus sont plus élevés chez les hommes et les femmes du milieu urbain (17 % pour les hommes et 11 % pour les femmes) que chez ceux du milieu rural (15 % pour les hommes et 9 % pour les femmes). Les taux de refus les plus élevés concernent les femmes de Saint-Louis (18 %) et de Matam (16 %) ainsi que les hommes de Louga (29 %) et de Saint-Louis (25 %).

Le tableau 15.2.1 présente les taux de couverture selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes ; le tableau 15.2.2 présente ces résultats pour les hommes et au tableau 15.2.3 figurent les taux de couverture pour l'ensemble de la population.

Tableau 15.2.1 Couverture du test du VIH chez les femmes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon le résultat du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (données non pondérées), EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Statut du test				Total	Effectif
	Testées	Refus	Absentes pour le test	Autre/manquant		
Groupe d'âges						
15-19	84,8	9,2	0,8	5,1	100,0	1 365
20-24	82,4	11,9	1,0	4,7	100,0	1 038
25-29	86,6	8,7	0,5	4,2	100,0	860
30-34	84,5	10,4	0,7	4,4	100,0	682
35-39	85,3	7,4	1,6	5,6	100,0	551
40-44	84,6	10,9	0,4	4,1	100,0	468
45-49	82,9	11,1	1,0	4,9	100,0	386
Niveau d'instruction						
Aucun	83,9	10,3	0,9	4,9	100,0	3 335
Primaire	85,4	9,9	0,9	3,7	100,0	1 285
Secondaire ou plus	86,1	7,6	0,4	5,9	100,0	696
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	90,0	7,4	0,4	2,1	100,0	984
Second	87,2	8,4	0,6	3,8	100,0	1 039
Moyen	82,3	12,2	1,4	4,2	100,0	1 330
Quatrième	83,2	11,0	1,0	4,7	100,0	969
Le plus riche	80,5	9,9	0,7	8,9	100,0	1 028
Ensemble	84,5	9,9	0,8	4,7	100,0	5 350

Dans l'ensemble, le taux de couverture du test du VIH ne présente aucune variation particulière selon l'âge des tous les enquêtés (femmes et hommes confondus). On constate que c'est parmi les enquêtés des ménages du quintile le plus pauvre (87 %) ainsi que parmi ceux de niveau secondaire ou plus (83 % contre 82 % pour le niveau primaire et 79 % pour ceux sans instruction) que les proportions de ceux qui ont effectué le test sont les plus élevées.

En ce qui concerne les femmes de 15-49 ans, on ne constate aucune tendance dans le taux de couverture du test de VIH en fonction de l'âge puisque les proportions de celles qui ont effectué le test passent de 82 % à 20-24 ans à 83 % à 45-49 ans. C'est parmi le groupe d'âges 25-29 ans que la proportion de celles qui ont été testées est la plus importante (87 %). En ce qui concerne les hommes, on ne constate pas non plus de tendance avec l'âge, les proportions évoluant de manière irrégulière des plus jeunes aux plus âgés. Par ailleurs, on note également que le taux de couverture chez les femmes ne varie pratiquement pas avec le niveau d'instruction (84 % parmi celles sans instruction contre 85 % parmi celles ayant un niveau primaire et 86 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus). Par contre, chez les hommes, le taux de couverture augmente avec le niveau d'instruction : de 71 % pour les non instruits, il passe à 81 % chez ceux de niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne l'indice de bien-être, les résultats montrent que c'est parmi les enquêtés des ménages des deux quintile les plus pauvres que le taux de participation des femmes et des hommes est le plus élevé (87 % à 90 % pour les femmes et 76 % à 84 % pour les hommes). Chez les hommes on observe même une tendance assez nette à la baisse du taux de participation avec le niveau de bien-être économique.

Tableau 15.2.2 Couverture du test du VIH chez les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon le résultat du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (données non pondérées), EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Statut du test				Total	Effectif
	Testés	Refus	Absents pour le test	Autre/manquant		
Groupe d'âges						
15-19	80,9	12,3	0,9	5,9	100,0	1 148
20-24	78,6	14,8	0,5	6,1	100,0	742
25-29	71,7	17,7	0,9	9,7	100,0	565
30-34	70,5	20,4	0,8	8,3	100,0	481
35-39	71,2	19,3	1,4	8,1	100,0	358
40-44	74,6	15,9	1,5	8,0	100,0	339
45-49	70,3	19,4	0,9	9,4	100,0	330
50-54	74,2	17,3	1,2	7,3	100,0	248
54-59	75,0	14,0	0,6	10,4	100,0	164
Niveau d'instruction						
Aucun	71,1	19,5	0,8	8,6	100,0	2 051
Primaire	78,6	13,5	0,9	7,0	100,0	1 171
Secondaire ou plus	81,1	11,7	0,9	6,4	100,0	1 035
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	84,0	11,9	0,4	3,7	100,0	755
Second	76,3	15,8	0,7	7,1	100,0	814
Moyen	74,2	17,6	0,9	7,2	100,0	1060
Quatrième	72,8	18,0	1,1	8,1	100,0	892
Le plus riche	71,7	15,8	1,3	11,2	100,0	854
Ensemble	75,5	16,0	0,9	7,5	100,0	4 375

D'une manière générale, le taux de couverture du test du VIH ne présente aucune tendance particulière selon l'âge de tous les enquêtés (femmes et hommes confondus). Par ailleurs, les enquêtés qui ont le plus participé au test de dépistage sont ceux des ménages les plus pauvres (87 %) ainsi que ceux de niveau secondaire ou plus (83 % contre 82 % pour le niveau primaire et 79 % pour les non scolarisés).

Pour les femmes de 15-49 ans, le taux de couverture du test reste pratiquement invariable aux différents âges : passant de 82 % chez les 20-24 ans à 87 % pour les 25-29 ans. Chez les hommes de 15-59 ans, mis à part à 15-19 ans où il est légèrement plus élevé (81 %), le taux de couverture du test du VIH est sensiblement invariable selon l'âge. On note également que le taux de couverture chez les femmes ne varie pratiquement pas avec le niveau d'instruction (84 % parmi les sans instruction contre 85 % chez celles du primaire et 86 % chez celles ayant le niveau secondaire ou plus). Par contre, chez les hommes, le taux de couverture augmente avec le niveau d'instruction : de 71 % pour les non instruits, il passe à 81 % chez ceux de niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne l'indice de bien-être, le taux de participation des femmes et des hommes vivant dans les ménages des deux premiers quintiles (les pauvres) sont meilleurs (87 à 90 % pour les femmes et 76 à 84 % pour les hommes). Chez les hommes on observe même une tendance assez nette à la baisse du taux de participation avec l'augmentation du niveau de bien-être économique.

Tableau 15.2.3 Couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Femmes et Hommes

Répartition (en %) de l'ensemble des personnes (toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans) éligibles pour le test du VIH selon le résultat du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (données non pondérées), EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	Statut du test				Total	Effectif
	Testés	Refus	Absents pour le test	Autre/manquant		
Groupe d'âges						
15-19	83,0	10,6	0,8	5,5	100,0	2 513
20-24	80,8	13,1	0,8	5,3	100,0	1 780
25-29	80,7	12,3	0,6	6,4	100,0	1 425
30-34	78,7	14,5	0,8	6,0	100,0	1 163
35-39	79,8	12,1	1,5	6,6	100,0	909
40-44	80,4	13,0	0,9	5,7	100,0	807
45-49	77,1	14,9	1,0	7,0	100,0	716
50-54	74,2	17,3	1,2	7,3	100,0	248
54-59	75,0	14,0	0,6	10,4	100,0	164
Niveau d'instruction						
Aucun	79,1	13,8	0,8	6,3	100,0	5 386
Primaire	82,2	11,6	0,9	5,3	100,0	2 456
Secondaire ou plus	83,1	10,1	0,7	6,2	100,0	1 731
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	87,4	9,4	0,4	2,8	100,0	1 739
Second	82,4	11,7	0,6	5,3	100,0	1 853
Moyen	78,7	14,6	1,2	5,5	100,0	2 390
Quatrième	78,2	14,4	1,1	6,3	100,0	1 861
Le plus riche	76,5	12,6	1,0	9,9	100,0	1 882
Ensemble	80,4	12,7	0,9	6,0	100,0	9 725

15.3 PRÉVALENCE DU VIH

15.3.1 Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge²

Les résultats du tableau 15.3 montrent que 0,7 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs, infectés par le VIH-1 ou le VIH-2 (0,5 % infectés par le VIH-1 et 0,2 % infectés par le VIH-2). Le taux de séoprévalence chez les femmes de 15-49 ans est estimé à 0,9 % (0,7 % de VIH-1 et 0,2 % de VIH-2) et il est supérieur à celui observé chez les hommes du même groupe d'âges qui est de 0,4 % (moins de 0,1 % de VIH-1 et moins de 0,4 % de VIH-2). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2,25 ; autrement dit, il y a 225 femmes infectées pour 100 hommes. Ce chiffre, comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, confirme que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH. À ces taux de prévalence du VIH, on

² Dans le tableau 15.3, nous présentons la prévalence du VIH-1, du VIH-2 et le total. Dans les tableaux qui suivent, seule la prévalence totale est présentée (VIH-1 et VIH-2). Par ailleurs, il faut noter que dans le tableau 15.3, la prévalence du VIH est présentée à partir du questionnaire ménage (c'est-à-dire toutes les personnes qui ont accepté d'être testées qu'elles soient enquêtées individuellement ou non), tandis que les tableaux qui suivent, sont basés sur les questionnaires individuels des femmes et des hommes (c'est-à-dire les personnes qui ont accepté d'être interviewées et également testées). Ainsi, l'effectif total des femmes et des hommes âgés de 15-49 ans qui ont été testés s'élève à 7 503 (tableau 15.3), mais celui des femmes et des hommes âgés de 15-49 ans qui ont été testés et enquêtés selon les questionnaires individuels est de 7 412 (tableaux 15.4 à 15.6).

peut estimer la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans) qui serait séropositive à environ 32 200 personnes (21 700 femmes et 10 500 hommes) à la fin de 2004³.

Il ne se dégage aucune tendance nette de la proportion de séropositifs selon l'âge. Toutefois, on note que la séoprévalence est plus importante entre 40 et 49 ans (1,7 % pour les personnes de 40-44 ans et 1,3 % de celles 45-49 ans). C'est parmi les enquêtés de 15-19 ans que l'on observe le niveau le plus faible. Comme observé dans d'autres études, les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent selon le sexe. Le graphique 15.2 illustre ces différentiels. Dès l'âge de 15-19 ans, 0,2 % des femmes sont séropositives ; ce taux augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 1,5 % à 25-29 ans ; ce taux diminue ensuite pour atteindre 0,6 % à 35-39 ans avant de remonter à 1,8 % parmi celles de 45-49 ans. Chez les hommes, les taux de prévalence les plus élevés sont observés parmi ceux de 40-44 ans (1,6 %) et de 30-34 ans (1,2 %).

Tableau 15.3 Prévalence du VIH selon l'âge

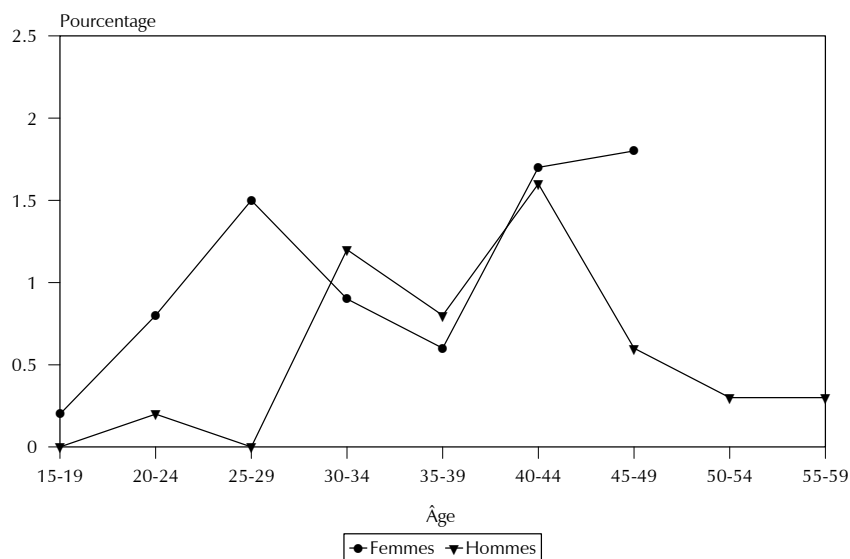
Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans séropositifs selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Femmes				Hommes				Ensemble			
	Pourcentage de positifs			Effectif	Pourcentage de positifs			Effectif	Pourcentage de positifs			Effectif
	VIH-1	VIH-2	Les deux		VIH-1	VIH-2	Les deux		VIH-1	VIH-2	Les deux	
15-19	0,2	0,0	0,2	1 064	0,0	0,0	0,0	929	0,1	0,0	0,1	1 993
20-24	0,8	0,0	0,8	804	0,2	0,0	0,2	618	0,5	0,0	0,5	1 423
25-29	1,2	0,2	1,5	725	0,0	0,0	0,0	474	0,8	0,1	0,9	1 199
30-34	0,7	0,1	0,9	564	1,2	0,0	1,2	384	0,9	0,1	1,0	948
35-39	0,0	0,6	0,6	446	0,4	0,4	0,8	290	0,2	0,5	0,7	736
40-44	1,2	0,5	1,7	370	1,3	0,3	1,6	292	1,2	0,4	1,7	662
45-49	1,0	0,8	1,8	305	0,6	0,0	0,6	238	0,8	0,4	1,3	542
50-54	na	na	na	na	0,3	0,0	0,3	193	0,3	0,0	0,3	193
55-59	na	na	na	na	0,3	0,0	0,3	127	0,3	0,0	0,3	127
Ensemble 15-49 ans	0,7	0,2	0,9	4 278	0,4	0,1	0,4	3 226	0,5	0,2	0,7	7 503
Ensemble 15-54 ans	na	na	na	na	0,4	0,1	0,4	3 545	0,5	0,2	0,7	7 823

na = Non applicable

³ Ces estimations sont basées sur une population de 2 370 316 hommes de 15-59 ans et de 2 412 466 femmes de 15-49 ans à la fin de 2004 au Sénégal (Source : L'estimation de la population du Sénégal au 31 décembre 2004 est basée sur les « Projections de population du Sénégal en 2004 », Direction de la Prévision et de la Statistique, janvier 2005 ; et les rapports de masculinité et la structure par âge du RGPH 1988 ont été appliqués à l'estimation de la population totale en 2004).

Graphique 15.2 Prévalence du VIH par sexe et âge



EDS-IV 2005

15.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau 15.4 mettent également en évidence des écarts du taux de prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques. Les femmes des régions de Ziguinchor (3,4 %) et de Kolda (2,8 %), celles qui travaillaient au moment de l'enquête (1,4 %) et celles de niveau primaire (1,2 %) ont des taux de séroprévalence nettement plus élevés que les autres. Chez les hommes, c'est parmi ceux de la région de Kolda (1,1 %), et, dans une moindre mesure, parmi ceux des régions de Fatick (0,9 %) Ziguinchor et Matam (0,8 % dans chacune d'elle) que le niveau de la séroprévalence est le plus élevé.

Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence du VIH présente de très fortes variations selon l'état matrimonial. Les femmes en rupture d'union (3,8 %) ont une prévalence environ quatre fois plus élevée que celles en union (0,9 %). Les femmes en union sont elles aussi environ trois fois plus fréquemment infectées que les célibataires (0,9 % contre 0,3 %). On retrouve un résultat similaire chez les hommes ; ce sont les hommes en rupture d'union qui sont les plus fréquemment infectés (2,2 % contre 0,9 % parmi ceux en union).

Par ailleurs, ce tableau montre que les femmes ayant déclaré être enceintes sont deux fois plus infectées que les autres : 1,6 % contre 0,8 % des femmes qui ne sont pas enceintes ou qui n'en sont pas sûres. Enfin, il est intéressant de noter que ce taux de prévalence chez les femmes enceintes est pratiquement identique à celui obtenu en estimant la prévalence du VIH à partir des données du système de surveillance sentinelle basé sur les femmes enceintes (1,5 %) pour 2003 (Mboup et al., 2004).

Tableau 15.4 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques						
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005						
Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage de positives	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif
État matrimonial						
Actuellement en union	0,9	2 760	0,9	1 378	0,9	4 138
En rupture d'union	3,8	234	2,2	106	3,3	339
Célibataire	0,3	1 235	0,0	1 700	0,1	2 935
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	1,6	334	na	na	na	na
Milieu de résidence						
Urbain	0,9	2 183	0,4	1 826	0,7	4 009
Rural	0,8	2 045	0,5	1 358	0,7	3 403
Région						
Dakar	0,8	1 233	0,5	1 047	0,6	2 280
Diourbel	0,1	409	0,0	251	0,1	660
Fatick	0,9	183	0,9	145	0,9	328
Kaolack	1,0	444	0,2	304	0,7	748
Kolda	2,8	288	1,1	243	2,0	531
Louga	0,7	249	0,0	126	0,5	375
Matam	0,5	159	0,8	88	0,6	247
Saint-Louis	0,7	261	0,0	183	0,4	444
Tambacounda	0,3	229	0,5	207	0,4	436
Thiès	0,4	601	0,3	444	0,4	1 044
Ziguinchor	3,4	172	0,8	146	2,2	318
Niveau d'instruction						
Aucun	0,9	2 395	0,6	1 274	0,8	3 669
Primaire	1,2	1 076	0,6	895	0,9	1 971
Secondaire ou plus	0,4	758	0,2	888	0,3	1 646
Situation par rapport à l'emploi						
Travaille actuellement	1,4	1 584	0,4	2 000	0,8	3 584
Ne travaille pas actuellement	0,6	2 645	0,5	1 183	0,6	3 828
Pas enceinte/pas sûre/ND	0,8	3 895	na	na	na	na

15.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risque

Certains comportements sexuels sont des facteurs de risque qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST. Le tableau 15.5 présente ainsi la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête qui peut ne pas toujours refléter un comportement sexuel antérieur. Les résultats devraient donc être interprétés avec prudence.

Tableau 15.5 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristiques du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage de positives	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 15	1,7	480	0,0	289	1,1	769
15-17	0,9	1 087	0,7	650	0,8	1 737
18-19	1,7	520	0,4	379	1,1	900
20+	0,7	669	0,9	872	0,8	1 541
Rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	3,4	178	0,7	804	1,2	982
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	0,8	2 432	0,8	1 006	0,8	3 439
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois/ND	1,8	402	0,3	397	1,1	799
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	1,8	402	0,3	387	1,1	789
1 ou plus	1,0	2 596	0,7	1 810	0,9	4 406
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	1,0	3 368	0,6	1 391	0,9	4 202
1 ou plus	3,3	899	0,7	806	1,2	993

Chez les femmes et comme chez les hommes, la prévalence du VIH ne semble pas être positivement associée à la précocité des premiers rapports sexuels. En effet, chez les femmes la prévalence est plus élevée chez celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 15 ans et à 18-19 ans (1,7 % dans chaque groupe d'âge) ; chez les hommes, c'est chez ceux qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus que la prévalence est la plus élevée (0,9 %).

On note également que la séroprévalence est plus importante chez les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques : 3,4 % contre 1,8 % chez celles n'ayant pas eu de rapports au cours des douze derniers mois et 0,8 % parmi celles ayant eu des rapports sexuels non à hauts risques. Chez les hommes, les prévalences sont à peine différentes chez les hommes sexuellement actifs qu'ils aient eu ou non des rapports à risque (0,7 % et 0,8 %) ; par contre, la prévalence est plus faible parmi ceux n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des douze derniers mois (0,3 %).

Chez les femmes, contrairement à ce à quoi l'on s'attendait, on constate que le niveau de prévalence est plus important chez celles qui n'ont pas eu de partenaires au cours des 12 derniers mois que chez celles ayant eu au moins un partenaire : respectivement, 1,8 % et 1,0 %. Chez les hommes, on observe la tendance inverse. Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 mois précédant l'enquête : de 1,0 % chez les femmes qui n'ont pas eu de partenaires sexuels à hauts risques, la prévalence passe à 3,3 % chez les femmes qui en ont eu au moins un. Par contre, chez les hommes, la prévalence varie à peine avec le nombre des partenaires sexuels à hauts risques dans les 12 derniers mois : 0,6 % parmi ceux n'ayant eu aucune partenaire à hauts risques et 0,7 % parmi ceux qui en ont eu au moins une.

15.3.4 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

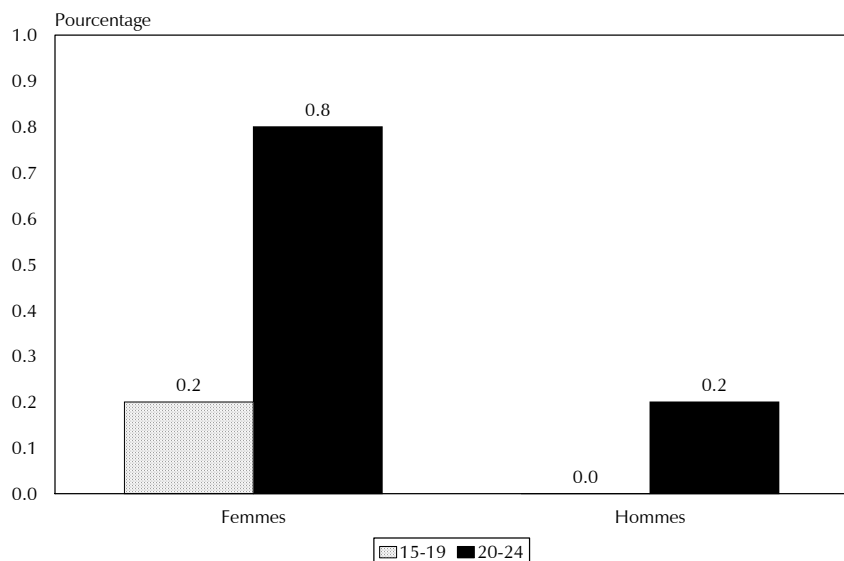
Le tableau 15.6 présente la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Etant donné que peu d'enfants infectés au VIH survivent jusqu'à l'adolescence, l'infection chez les jeunes fournit une indication des infections récentes et peut fournir, indirectement, une estimation de l'incidence de nouveaux cas.

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif
Âge						
15-19	0,2	1 058	0,0	908	0,1	1 966
20-24	0,8	794	0,2	611	0,5	1 405
État matrimonial						
Actuellement en union	0,6	742	0,0	171	0,5	913
En rupture d'union	(0,0)	39	(2,7)	42	1,4	81
Célibataire	0,4	1 071	0,0	1 307	0,2	2 377
Milieu de résidence						
Urbain	0,5	987	0,0	899	0,2	1887
Rural	0,4	864	0,2	620	0,3	1484
Région						
Dakar	0,3	537	0,0	468	0,2	1 005
Diourbel	0,0	179	0,0	124	0,0	302
Fatick	1,2	76	0,0	75	0,6	151
Kaolack	0,4	195	0,0	152	0,2	347
Kolda	2,3	121	0,0	113	1,2	234
Louga	0,5	106	0,0	65	0,3	171
Matam	0,0	78	0,0	40	0,0	119
Saint-Louis	0,0	107	0,0	88	0,0	195
Tambacounda	0,0	98	1,2	97	0,6	195
Thiès	0,4	269	0,0	223	0,2	491
Ziguinchor	0,6	84	0,0	77	0,3	161

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 0,3 %, soit 0,4 % chez les femmes et 0,1 % chez les hommes. Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec l'âge : 0,2 % chez les 15-19 ans contre 0,8 % chez les 20-24 ans. Chez les jeunes hommes, la progression est moins rapide 0,0 % à 15-19 ans contre 0,2 % à 20-24 ans (graphique 15.3).

En outre, on relève que chez les femmes, la prévalence est au même niveau dans les villes et dans les campagnes (0,5 % contre 0,4 % respectivement). Par contre, elle est plus élevée parmi les femmes de Kolda (2,3 %) et de Fatick (1,2 %) que parmi celles des autres régions. Chez les hommes, vu les faibles effectifs et la très faible prévalence, les variations régionales ne semblent pas suffisamment significatives pour être prises en compte dans cette analyse.

Graphique 15.3 Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans



EDS-IV 2005

En résumé, une surveillance minutieuse de la prévalence du VIH/sida permet d'apprécier les tendances, d'estimer l'importance de l'épidémie et d'évaluer l'impact des interventions au Sénégal. Les résultats de l'EDS-IV montrent, après ceux du système de surveillance sentinelle, que la prévalence du VIH est basse dans le pays (autour de 1 %). Comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, jusqu'à présent les estimations de la prévalence du VIH au Sénégal ont été principalement obtenues à partir du système de surveillance sentinelle dans des services de consultations prénatales. En collectant des données sur la séroprévalence et les comportements sexuels dans un échantillon représentatif de la population générale au niveau national, le Sénégal se dote d'informations essentielles qui, ajoutées à celles du système de surveillance sentinelle, permettront de mieux estimer l'ampleur de l'épidémie et de mieux comprendre le profil de l'infection.

RÉFÉRENCES

ACC/SCN. 2000. *Fourth report on the world nutrition situation*. Geneva : CC/SCN in collaboration with IFPRI.

Buvé, A., M. Carael, R.J. Hayes et al. 2001. The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: Summary and conclusions. *AIDS Suppl 4* : S127-S131.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3)* : 1-29.

DeMaeyer, E.M. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care : A guide for health administrators and programme managers*. E.M. DeMaeyer with the collaboration of P. Dallman et al. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Direction de la Prévision et de la Statistique [Sénégal]. 1992. *Population du Sénégal : Structure par sexe et par âge en 1988 et projections de 1989 à 2015*. Dakar, Sénégal.

Direction de la Prévision et de la Statistique [Sénégal]. 1995. *Projection de population au Sénégal en 2004*. Dakar, Sénégal.

Institut National de la Statistique (INS) [Sénégal] et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé au Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.

Mboup, S., P.M. Ndoeye, et A. Gueye-Gaye. 2004. Surveillance du VIH. *Bulletin séro-épidémiologique du VIH N° 11*. Laboratoire de Bactériologie et de Virologie, C.H.U. Le Dantec, Dakar, Sénégal. Dakar, Sénégal : Laboratoire de Bactériologie et de Virologie.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale [Sénégal]. 2004. *Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)*. Article internet : <http://www.sante.gouv.sn>

Nations Unies. 1982. *Model Life Tables for developing countries*. Population Studies No. 77. New York : Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales Internationales.

Ndamobissi, R., G. Mboup et E.O. Nguélébé. 1995. *Enquête Démographique et de Santé République Centrafricaine, 1994-95*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Direction des Statistiques Démographiques et Sociales [RCA] et Macro International Inc.

Ndiaye, S., I. Sarr, et M. Ayad. 1988. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986*. Columbia, Maryland : Ministère de l'Économie et des Finances [Sénégal] et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Ndiaye, S., M. Ayad, et A. Gaye. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1997*. Calverton, Maryland : Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan [Sénégal] et Macro International Inc.

Ndiaye, S., P. Demba Diouf, et M. Ayad. 1994. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1992/93*. Calverton, Maryland : Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan [Sénégal] et Macro International Inc.

Sullivan, J.M., G.T. Bicego, et S.O. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. Dans *An assessment of DHS-I data quality*. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland, USA : Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

Trussell, J., et G. Rodriguez. 1990. A Note on the Sisterhood Estimate of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning* 21(6) : 344-346.

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

Yip, R. 1994. Changes in iron metabolism with age. In *Iron metabolism in health and disease*, ed. J.H. Brock, J. Halliday et L. Powell. London : W.B. Sanders. 427-448.

A.1 INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-IV) fait suite à celles réalisées en 1986, 1992-1993 et 1997. Elle vise un échantillon représentatif national d'environ 7 950 ménages. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête seront éligibles pour être enquêtées. De plus, un sous échantillon d'un ménage sur trois sélectionnés pour l'enquête femme a été sélectionné pour une enquête auprès des hommes. Dans les ménages de ce sous échantillon, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont éligibles pour être enquêtés. Comme les trois enquêtes précédentes, l'EDS-IV a pour principal objectif de recueillir des informations sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la mortalité maternelle et infanto-juvénile, et les infections sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l'enquête sont présentés pour l'ensemble du territoire national, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des onze régions administratives.

A.2 BASE DE SONDAGE

La Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) dispose d'un fichier informatique de 9768 districts de recensement (DR) créés pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002 (RGPH-2002). Dans ce fichier, chaque DR apparaît avec tous ses identifiants (région, département, commune/arrondissement et code d'identification), sa taille en nombre de ménages et son type de milieu de résidence (urbain ou rural). Les limites de chaque DR sont clairement identifiables sur des cartes créées pour le RGPH-2002. La répartition des DR sur les onze régions est donnée dans le tableau A.1. La répartition des ménages des onze régions selon le milieu de résidence est donnée dans le tableau A.2.

Région administrative	Nombre de DRs			Taille moyenne de DR en ménages
	Urbain	Rural	Total	
Dakar	2 061	51	2 112	143
Diourbel	166	922	1 088	94
Fatick	79	513	592	107
Kaolack	227	731	958	110
Kolda	109	717	826	96
Louga	105	549	654	102
Matam	50	290	340	127
Saint-Louis	268	424	692	117
Tambacounda	110	466	576	106
Thiès	561	842	1 403	96
Ziguinchor	225	302	527	107
Sénégal	3 961	5 807	9 768	112

Tableau A.2 Répartition des ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002)

Région administrative	Nombre de ménages			Proportion des ménages	
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
Dakar	294 997	6 754	301 751	0,978	0,276
Diourbel	17 281	85 504	102 785	0,168	0,094
Fatick	9 395	53 874	63 269	0,148	0,058
Kaolack	28 664	76 536	105 200	0,272	0,096
Kolda	12 461	66 444	78 905	0,158	0,072
Louga	13 518	53 441	66 959	0,202	0,061
Matam	6 114	37 022	43 136	0,142	0,039
Saint-Louis	30 293	50 957	81 250	0,373	0,074
Tambacounda	12 956	47 889	60 845	0,213	0,056
Thiès	63 053	71 289	134 342	0,469	0,123
Ziguinchor	25 070	31 089	56 159	0,446	0,051
Sénégal	513 802	580 799	1 094 601	0,469	1,000

Tableau A.3 Répartition de l'échantillon de ménages et de femmes par région et selon le milieu de résidence

Région administrative	Ménages à sélectionner			Femmes attendues enquêtées avec succès		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Dakar	112	871	983	159	1 300	1 459
Diourbel	528	223	751	793	349	1 142
Fatick	479	186	666	729	285	1 015
Kaolack	476	279	755	729	412	1 142
Kolda	500	203	703	761	317	1 078
Louga	457	217	674	698	317	1 015
Matam	437	165	603	666	254	920
Saint-Louis	403	304	707	602	444	1 046
Tambacounda	442	218	660	666	317	983
Thiès	415	388	803	634	571	1 205
Ziguinchor	341	303	644	507	444	951
Sénégal	4 590	3 358	7 948	6 945	5 010	11 955

A.3 ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDS-IV est un échantillon aérotaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est le DR tel que défini pour le recensement de 2002. Chaque région a été divisée en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 377 DRs ont été tirés avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans le DR. Un dénombrement des ménages dans chaque DR sélectionné a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grand DR a été divisé en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur du DR. Au second degré, dans chacun des DR sélectionnés au premier degré, un nombre fixe de ménages (21 ménages par grappe) sont sélectionnés, avec un tirage systématique de probabilité égale à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Au total, 7 948 ménages sont sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes.

Tous les membres des ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire du ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans identifiée dans le ménage est enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur trois est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés. À tous les hommes de 15 à 59 ans et à toutes les femmes de 15 à 49 ans dans ce sous échantillon, est demandé un consentement volontaire à participer au test du VIH.

Le tableau A.3 donne la répartition de l'échantillon entre les régions et par milieu de résidence. Au total, 377 DRs ont été sélectionnés, dont 158 dans le milieu urbain et 219 dans le milieu rural. Pour les ménages, 7 948 sont sélectionnés au total, dont 3 358 en milieu urbain et 4 590 en milieu rural. Le nombre attendu de femmes enquêtées avec succès était de 11 955 dont 5 010 dans le milieu urbain et 6 945 dans le milieu rural.

A.4 PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. Pour chaque strate h , les notations sont les suivantes :

P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré du DR i .

P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré des ménages dans le DR i .

Soient a_h le nombre de grappes tirées dans la strate h , M_{hi} le nombre de ménages du DR i , M_h le nombre total de ménages de la strate h .

Au premier degré, la probabilité d'inclusion de cette grappe i dans l'échantillon est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{M_h}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de ménages ont été tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés dans la grappe i de la strate h lors de l'opération de dénombrement des ménages et de mise à jour des cartes. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Le taux de pondération pour les individus de la grappe i dans la strate h a été calculé en utilisant la formule suivante :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} P_{2hi}}$$

A.5 RÉSULTAT DES ENQUÊTES

Les tableaux A.4 et A.5 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménages, femmes et hommes selon le milieu de résidence. À la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{a}{a + b + c + d + e + i}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes sont calculés de la manière suivante :

$$\frac{(1)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et du taux de réponse des hommes.

Par ailleurs, les tableaux A.6, A.7.1 et A.7.2 donnent le taux de couverture du test du VIH parmi les femmes et les hommes selon certaines variables sociodémographiques et de comportement sexuel.

Tableau A.4 Résultats de l'enquête : Femmes

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et de l'enquête femme, et taux de réponse global, selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Résultat	Milieu de résidence		Région											Ensemble
	Urbain	Rural	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaolack	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
Ménages sélectionnés														
Remplis (a)	93,8	94,7	91,1	97,2	96,3	97,7	97,2	90,6	90,3	92,6	93,1	95,1	96,4	94,3
Ménage présent mais pas d'enquêteur compétent à la maison (b)	1,4	0,3	1,9	0,7	0,3	0,4	0,1	0,1	1,0	0,3	0,9	1,5	0,8	0,8
Différé (c)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Refusé (d)	1,0	0,2	1,9	0,3	0,0	0,5	0,0	1,0	0,5	0,4	0,3	0,4	0,0	0,5
Logement non trouvé (e)	0,2	0,1	0,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Ménage absent (f)	1,2	2,6	1,3	0,8	0,9	0,5	0,7	4,0	4,9	4,9	2,2	0,6	1,8	2,0
Logement vide/pas de logement à l'adresse (g)	1,7	1,7	2,2	0,7	1,9	0,3	1,7	3,7	1,1	1,2	3,1	1,9	0,8	1,7
Logement détruit (h)	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre (i)	0,5	0,4	0,5	0,3	0,6	0,4	0,0	0,3	2,0	0,4	0,2	0,5	0,0	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de ménages sélectionnés	3 320	4 539	969	726	674	755	710	672	611	692	650	797	603	7 859
Taux de réponse des ménages ¹	97,2	99,4	95,3	99,0	99,7	98,9	99,9	98,5	98,4	99,2	98,4	98,1	99,0	98,5
Femme éligible														
Rempli (1)	93,5	93,8	90,5	93,7	97,1	95,6	94,8	93,5	91,8	93,5	89,0	96,0	95,6	93,7
Pas à la maison (2)	3,4	3,7	4,4	4,6	2,1	2,4	3,2	4,3	4,3	3,7	5,4	2,2	2,9	3,6
Différé (3)	0,3	0,1	0,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2
Refusé (4)	1,4	1,0	2,5	0,7	0,2	0,6	1,0	0,6	2,2	0,7	3,7	0,3	0,8	1,2
Partiellement rempli (5)	0,4	0,2	0,9	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,4	0,4	0,5	0,1	0,1	0,3
Incapacité (6)	1,0	1,1	0,8	0,7	0,5	1,3	1,0	1,1	1,3	1,7	1,2	1,1	0,6	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	6 748	8 839	1 698	1 626	1 174	1 699	1 360	1 403	1 336	1 330	1 313	1 597	1 051	15 587
Taux de réponse des femmes éligibles ²	93,5	93,8	90,5	93,7	97,1	95,6	94,8	93,5	91,8	93,5	89,0	96,0	95,6	93,7
Taux de réponse général ³	90,9	93,2	86,2	92,7	96,8	94,6	94,6	92,2	90,3	92,8	87,6	94,1	94,6	92,2

¹ A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (7)}$$

² A la suite du classement des femmes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête femme est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g)}$$

³ Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : $TRG = TRM * TRF/100$

Tableau A.5 Résultats de l'enquête : Hommes

Répartition (en %) des ménages et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et de l'enquête homme, et taux de réponse global, selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Resultat	Milieu de résidence		Région											Ensemble
	Urbain	Rural	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaolack	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
Ménages sélectionnés														
Remplis (a)	92,4	94,9	89,4	97,5	94,7	96,0	98,3	91,5	90,2	92,2	94,5	92,8	96,5	93,8
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (b)	1,5	0,3	2,2	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0	1,0	0,0	1,8	1,9	0,5	0,8
Différé (c)	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (d)	1,6	0,2	3,4	0,4	0,0	0,8	0,0	1,3	0,0	0,9	0,5	0,4	0,0	0,8
Logement non trouvé (e)	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Ménage absent (f)	1,5	2,7	1,9	1,3	1,3	1,2	0,0	2,7	5,4	6,0	0,9	1,1	3,0	2,2
Logement vide/pas de logement à l'adresse (g)	2,0	1,5	1,6	0,0	3,1	0,4	1,7	4,0	1,5	0,9	2,3	3,0	0,0	1,7
Logement détruit (h)	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre (i)	0,6	0,4	0,6	0,4	0,9	0,8	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de ménages sélectionnés	1 105	1 509	322	237	226	252	237	223	204	232	217	263	201	2 614
Taux de réponse des ménages ¹	96,5	99,4	93,5	99,1	100,0	98,4	100,0	98,1	98,9	99,1	97,6	97,6	99,5	98,2
Homme éligible														
Rempli (1)	85,5	86,4	86,0	82,7	90,7	85,3	89,3	83,0	75,6	85,9	86,1	86,8	91,6	86,0
Pas à la maison (2)	10,1	9,7	9,7	13,2	6,8	11,6	6,8	13,8	14,9	10,8	10,2	8,0	5,7	9,9
Différé (3)	0,2	0,1	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Refusé (4)	2,8	2,0	3,5	2,7	1,6	1,6	1,1	2,1	6,0	2,1	2,5	3,1	0,3	2,4
Partiellement rempli (5)	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	1,1	0,3
Incapacité (6)	0,9	1,6	0,0	1,1	0,9	1,3	2,0	1,1	2,5	1,2	0,9	1,9	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des hommes	2 160	2 215	578	365	322	449	440	283	316	334	433	485	370	4 375
Taux de réponse des hommes éligibles ²	85,5	86,4	86,0	82,7	90,7	85,3	89,3	83,0	75,6	85,9	86,1	86,8	91,6	86,0
Taux de réponse général ³	82,5	85,9	80,4	82,0	90,7	83,9	89,3	81,4	74,8	85,1	84,1	84,7	91,2	84,4

¹ A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé comme suit :

$$100 * \frac{(1)}{(1) + (2) + (4)}$$

² A la suite du classement des hommes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête homme est calculé comme suit :

$$100 * \frac{(a)}{(a) + (b) + (d) + (e) + (f) + (g)}$$

³ Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRM/100

Tableau A.6 Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Caractéristique sociodémographique	A été testée	Absente pour le test			Total	Effectif non pondéré
		A refusé	Autre/ND			
FEMMES						
État matrimonial						
Actuellement en union	89,0	7,2	0,7	3,1	100,0	3 478
Rupture d'union	85,2	9,8	0,8	4,1	100,0	250
Célibataire	86,8	8,7	0,7	3,8	100,0	1 333
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	87,6	8,9	1,1	2,4	100,0	450
Pas enceinte/pas sûre/ND	88,3	7,6	0,7	3,4	100,0	4 611
Ensemble	88,2	7,7	0,7	3,4	100,0	5 061
HOMMES						
État matrimonial						
Actuellement en union	84,9	9,8	0,6	4,7	100,0	1 589
Rupture d'union	81,2	12,0	0,7	6,2	100,0	150
Célibataire	88,7	7,3	0,7	3,3	100,0	1 665
Ensemble	86,6	8,7	0,6	4,1	100,0	3 404

Tableau A.7.1 Couverture du test du VIH parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines variables à risque : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines variables à risque (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Variable à risque	A été testée	A refusé	Absente pour le test	Autre/ND	Total	Effectif non pondéré
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 15	87,8	7,3	1,2	3,8	100,0	662
16-17	89,7	6,8	0,5	3,0	100,0	1 459
18-19	88,4	7,8	0,5	3,3	100,0	601
20+	87,9	8,1	0,8	3,1	100,0	713
Rapports sexuels avec partenaire non marital/non cohabitant au cours des 12 derniers mois						
A eu des rapports sexuels à hauts risques	92,1	5,6	0,9	1,4	100,0	216
A eu des rapports sexuels mais pas à hauts risques	89,0	7,2	0,8	3,1	100,0	3 020
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	86,4	8,6	0,6	4,4	100,0	499
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	86,4	8,6	0,6	4,4	100,0	499
1+	89,3	7,0	0,8	2,9	100,0	3 225
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	88,7	7,3	0,7	3,3	100,0	3 497
1+	92,1	5,7	0,9	1,3	100,0	227
Ensemble	88,8	7,3	0,7	3,2	100,0	3 735

Tableau A.7.2 Couverture du test du VIH parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines variables à risque : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines variables à risque (non pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Variable à risque	A été testé	A refusé	Absent pour le test	Autre/ND	Total	Effectif non pondéré
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 15	89,3	9,1	0,3	1,3	100,0	318
15-17	87,1	8,7	0,0	4,2	100,0	734
18-19	84,9	10,5	0,7	3,8	100,0	418
20+	83,6	10,3	0,8	5,3	100,0	928
Rapports sexuels avec partenaire non marital/non cohabitant au cours des 12 derniers mois						
A eu des rapports sexuels à hauts risques	88,4	8,1	0,1	3,4	100,0	853
A eu des rapports sexuels mais pas à hauts risques	83,0	11,3	0,6	5,1	100,0	1 122
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	87,0	8,8	0,7	3,6	100,0	445
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	87,3	8,8	0,7	3,2	100,0	432
1+	85,3	9,9	0,4	4,4	100,0	1 975
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	84,2	10,6	0,6	4,5	100,0	1 550
1+	88,3	8,1	0,1	3,5	100,0	857
Ensemble	85,6	9,7	0,5	4,2	100,0	2 420

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en œuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en œuvre de l'EDS-IV, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDS-IV n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne puisse pas être mesurée exactement, elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons que la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance se trouve. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95%.

Si l'échantillon avait été tiré à partir d'un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDS-IV étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant une méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_{h-1}} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}, \text{ et } z_h = y_h - rx_h$$

- où
- h représente la strate qui va de 1 à H ,
 - m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h ,
 - y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h ,

x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h , et
 f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDS-IV, il y a 376 grappes non-vides. Par conséquent, 376 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^k (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 376 grappes,
 $r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 375 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue),
 k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace du point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDS-IV ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats de l'enquête sont présentés dans cette annexe pour le Sénégal, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des 11 régions administratives. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.15 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % ($M \pm 2ET$) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants*, l'EDS-IV a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 2,655 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,041 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et de caractéristiques identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre $2,655 - 2 \times 0,041$ et $2,655 + 2 \times 0,041$, soit 2,573 et 2,737.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 0,5 % et 22,3 % avec une moyenne de 4,7 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des estimations de très faible valeur (par

exemple, parmi les femmes actuellement en union qui *Utilise actuellement* le DIU). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 2,8 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans les cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible 2,5 %. Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est plus élevée 5,8 %.

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans*, l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 1,7 %, 3,3 % et 5,8 % pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et Dakar.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,68 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,68 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Alphabétisées	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction secondaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	Proportion	Tous les enfants 7-12
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Actuellement enceinte	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le DIU	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mères reçues injection antitétanique	Proportion	Dernière naissances dans les 5 dernières années
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé, vue	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids pour taille (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Taille pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Poids pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Anémie chez les femmes	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice de masse corporelle sous 18,5	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Taux de mortalité maternelle (deniers 10 ans) ²	Taux	Nombre de naissances dans les 10 dernières années
Prévalence de VIH	Proportion	Toutes les femmes 15-49 testées
HOMMES		
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes 15-59
Alphabétisé	Proportion	Tous les hommes 15-59
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-59
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-59
Jamais mariée (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Prévalence de VIH (15-49) ³	Proportion	Tous les hommes 15-49 testés
Prévalence de VIH (15-59) ³	Proportion	Tous les hommes 15-59 testés

¹ 5 dernières années pour le taux national, et 10 dernières années pour le taux régional.

² Le taux de mortalité maternelle n'est calculé que pour l'échantillon national.

³ Les taux de prévalence de VIH pour les hommes de 15 à 49 ans et de 15 à 59 ans sont calculés pour tous les hommes testés pour l'échantillon national, et pour tous les hommes testés et interviewés pour les échantillons de domaine.

Tableau B.2 Erreurs de sondage, échantillon national, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,487	0,013	14602	14602	3,150	0,027	0,461	0,513
Alphabétisée	0,346	0,013	14602	14602	3,354	0,038	0,320	0,372
Sans instruction	0,596	0,014	14602	14602	3,533	0,024	0,567	0,624
Instruction secondaire ou plus	0,152	0,010	14602	14602	3,318	0,065	0,133	0,172
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,575	0,013	11707	10776	1,711	0,022	0,549	0,600
Jamais mariée (en union)	0,270	0,007	14602	14602	1,849	0,025	0,256	0,283
Actuellement mariée (en union)	0,676	0,007	14602	14602	1,832	0,011	0,661	0,690
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,610	0,011	10944	11046	2,305	0,018	0,589	0,632
Actuellement enceinte	0,085	0,003	14602	14602	1,124	0,030	0,080	0,090
Enfants nés vivants	2,655	0,041	14602	14602	1,693	0,016	2,573	2,737
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,408	0,109	2261	2258	1,718	0,017	6,191	6,626
Enfants survivants	2,257	0,033	14602	14602	1,581	0,014	2,192	2,322
Connait une méthode contraceptive	0,941	0,004	10221	9866	1,878	0,005	0,933	0,950
A utilisé une méthode	0,286	0,009	10221	9866	2,076	0,032	0,268	0,305
Utilise actuellement une méthode	0,118	0,005	10221	9866	1,643	0,044	0,108	0,129
Utilise actuellement la pilule	0,036	0,003	10221	9866	1,461	0,075	0,031	0,041
Utilise actuellement le DIU	0,005	0,001	10221	9866	1,554	0,223	0,003	0,007
Utilise actuellement le condom	0,015	0,002	10221	9866	1,252	0,099	0,012	0,018
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,001	10221	9866	1,333	0,185	0,003	0,007
Utilise actuellement la continence périodique	0,006	0,001	10221	9866	1,398	0,173	0,004	0,009
Utilise une source du secteur publique	0,702	0,022	1023	1084	1,561	0,032	0,657	0,747
Ne veut plus d'enfants	0,210	0,005	10221	9866	1,341	0,026	0,199	0,221
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,390	0,006	10221	9866	1,268	0,016	0,378	0,402
Nombre d'enfants idéal	5,409	0,055	11318	11676	2,517	0,010	5,299	5,518
Mères reçues injection antitétanique	0,879	0,006	7157	6927	1,572	0,007	0,867	0,892
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,519	0,014	10944	10530	2,395	0,028	0,491	0,548
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,223	0,008	10106	9709	1,774	0,035	0,208	0,239
A reçu le traitement SRO	0,150	0,010	2126	2168	1,201	0,064	0,131	0,169
A consulté du personnel médical	0,202	0,013	2126	2168	1,491	0,066	0,175	0,229
Ayant une carte de santé, vue	0,700	0,014	2138	2040	1,317	0,019	0,673	0,727
A reçu vaccination BCG	0,917	0,008	2138	2040	1,298	0,009	0,901	0,933
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,783	0,012	2138	2040	1,351	0,016	0,758	0,808
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,729	0,015	2138	2040	1,507	0,021	0,699	0,759
A reçu vaccination rougeole	0,735	0,014	2138	2040	1,384	0,019	0,707	0,763
Vacciné contre toutes les maladies	0,587	0,016	2138	2040	1,480	0,028	0,555	0,620
Poids pour taille (-2ET)	0,076	0,006	3142	2921	1,133	0,079	0,064	0,088
Taille pour âge (-2ET)	0,164	0,010	3142	2921	1,241	0,059	0,145	0,183
Poids pour âge (-2ET)	0,174	0,010	3142	2921	1,202	0,055	0,155	0,193
Anémie chez les enfants	0,826	0,010	2722	2517	1,268	0,012	0,806	0,845
Anémie chez les femmes	0,591	0,011	4354	4439	1,475	0,018	0,570	0,613
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,182	0,008	4088	4168	1,296	0,043	0,167	0,198
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,257	0,133	na	40484	1,952	0,025	4,992	5,522
Quotient de mortalité néonatale (0-4 ans)	34,678	2,359	11024	10632	1,243	0,068	29,960	39,396
Quotient de mortalité post-néonatale (0-4 ans)	26,394	1,776	11058	10663	1,152	0,067	22,842	29,946
Quotient de mortalité infantile (0-4 ans)	61,072	3,030	11060	10666	1,249	0,050	55,012	67,131
Quotient de mortalité juvénile (0-4 ans)	64,145	4,006	11304	10909	1,457	0,062	56,133	72,156
Quotient de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans)	121,299	5,465	11342	10945	1,552	0,045	110,369	132,228
Prévalence VIH	0,009	0,002	4520	4278	1,087	0,171	0,006	0,012
HOMMES								
Milieu urbain	0,559	0,016	3761	3761	2,027	0,029	0,526	0,592
Alphabétisé	0,535	0,017	3761	3761	2,082	0,032	0,501	0,569
Sans instruction	0,431	0,018	3761	3761	2,219	0,042	0,395	0,467
Instruction secondaire ou plus	0,301	0,021	3761	3761	2,792	0,069	0,259	0,343
Jamais marié (en union)	0,468	0,015	3761	3761	1,847	0,032	0,438	0,498
Actuellement marié (en union)	0,496	0,014	3761	3761	1,734	0,028	0,468	0,525
Prévalence VIH (15-49)	0,004	0,001	2996	3226	1,194	0,326	0,002	0,007
Prévalence VIH (15-59)	0,004	0,001	3303	3545	1,170	0,308	0,002	0,007

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage, échantillon urbain, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	6312	7117	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,526	0,022	6312	7117	3,554	0,042	0,482	0,571
Sans instruction	0,375	0,023	6312	7117	3,712	0,060	0,330	0,420
Instruction secondaire ou plus	0,272	0,019	6312	7117	3,457	0,071	0,233	0,311
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,747	0,017	4025	4024	1,785	0,022	0,714	0,780
Jamais mariée (en union)	0,359	0,010	6312	7117	1,730	0,029	0,338	0,380
Actuellement mariée (en union)	0,563	0,011	6312	7117	1,696	0,019	0,542	0,584
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,464	0,017	4641	5372	2,272	0,036	0,430	0,497
Actuellement enceinte	0,061	0,004	6312	7117	1,208	0,060	0,054	0,069
Enfants nés vivants	2,094	0,062	6312	7117	1,835	0,029	1,971	2,218
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,605	0,185	937	1068	1,884	0,033	5,234	5,975
Enfants survivants	1,867	0,053	6312	7117	1,753	0,028	1,762	1,973
Connaît une méthode contraceptive	0,976	0,005	3741	4005	1,982	0,005	0,966	0,986
A utilisé une méthode	0,467	0,016	3741	4005	1,952	0,034	0,435	0,498
Utilise actuellement une méthode	0,203	0,011	3741	4005	1,742	0,056	0,180	0,226
Utilise actuellement la pilule	0,067	0,006	3741	4005	1,397	0,085	0,055	0,078
Utilise actuellement le DIU	0,011	0,002	3741	4005	1,465	0,232	0,006	0,015
Utilise actuellement le condom	0,027	0,004	3741	4005	1,345	0,131	0,020	0,034
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,006	0,002	3741	4005	1,403	0,292	0,003	0,010
Utilise actuellement la continence périodique	0,013	0,003	3741	4005	1,412	0,203	0,008	0,018
Utilise une source du secteur publique	0,672	0,029	686	786	1,605	0,043	0,614	0,729
Ne veut plus d'enfants	0,242	0,010	3741	4005	1,494	0,043	0,221	0,263
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,351	0,011	3741	4005	1,416	0,031	0,329	0,373
Nombre d'enfants idéal	4,688	0,078	5161	5948	2,830	0,017	4,533	4,844
Mères reçues injection antitétanique	0,922	0,008	2484	2689	1,539	0,009	0,905	0,939
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,846	0,015	3583	3842	2,042	0,017	0,816	0,875
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,222	0,015	3365	3612	2,032	0,070	0,191	0,253
A reçu le traitement SRO	0,195	0,021	605	801	1,398	0,110	0,152	0,238
A consulté du personnel médical	0,223	0,028	605	801	1,740	0,125	0,167	0,279
Ayant une carte de santé, vue	0,688	0,024	747	779	1,360	0,035	0,639	0,736
A reçu vaccination BCG	0,920	0,013	747	779	1,300	0,015	0,893	0,947
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,796	0,021	747	779	1,358	0,026	0,754	0,838
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,730	0,026	747	779	1,537	0,036	0,678	0,782
A reçu vaccination rougeole	0,774	0,022	747	779	1,376	0,029	0,729	0,818
Vacciné contre toutes les maladies	0,588	0,030	747	779	1,565	0,050	0,529	0,648
Poids pour taille (-2ET)	0,056	0,009	1018	1022	1,208	0,162	0,038	0,075
Taille pour âge (-2ET)	0,086	0,013	1018	1022	1,247	0,156	0,059	0,112
Poids pour âge (-2ET)	0,096	0,012	1018	1022	1,165	0,126	0,072	0,121
Anémie chez les enfants	0,768	0,021	903	889	1,360	0,028	0,726	0,811
Anémie chez les femmes	0,544	0,018	1901	2217	1,646	0,034	0,507	0,581
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,179	0,012	1824	2129	1,343	0,066	0,155	0,203
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,091	0,183	na	19764	1,800	0,045	3,724	4,458
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	31,631	3,443	6761	7244	1,482	0,109	24,745	38,516
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	20,513	2,156	6769	7249	1,173	0,105	16,201	24,825
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	52,144	4,021	6769	7249	1,360	0,077	44,102	60,186
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	41,119	3,887	6799	7272	1,320	0,095	33,344	48,893
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	91,118	5,113	6807	7277	1,320	0,056	80,891	101,345
Prévalence VIH	0,009	0,002	1932	2183	1,119	0,262	0,004	0,014
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1847	2101	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,702	0,025	1847	2101	2,368	0,036	0,651	0,752
Sans instruction	0,258	0,025	1847	2101	2,475	0,098	0,208	0,309
Instruction secondaire ou plus	0,453	0,034	1847	2101	2,939	0,075	0,384	0,521
Jamais marié (en union)	0,531	0,023	1847	2101	1,984	0,043	0,485	0,577
Actuellement marié (en union)	0,429	0,022	1847	2101	1,881	0,051	0,386	0,472
Prévalence VIH (15-49)	0,004	0,002	1445	1826	1,300	0,541	0,000	0,008
Prévalence VIH (15-59)	0,004	0,002	1557	1970	1,271	0,515	0,000	0,008

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage, échantillon rural, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base			Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N \square)	Effet de grappe (REPS)		M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	8290	7485	na	na	0,000	0,000
Alphabétisée	0,175	0,009	8290	7485	2,165	0,052	0,157	0,193
Sans instruction	0,805	0,010	8290	7485	2,281	0,012	0,786	0,825
Instruction secondaire ou plus	0,039	0,004	8290	7485	1,758	0,096	0,031	0,046
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,472	0,017	7682	6753	1,853	0,036	0,438	0,506
Jamais mariée (en union)	0,185	0,007	8290	7485	1,714	0,040	0,170	0,200
Actuellement mariée (en union)	0,783	0,008	8290	7485	1,723	0,010	0,767	0,799
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,749	0,008	6303	5674	1,540	0,011	0,732	0,766
Actuellement enceinte	0,108	0,004	8290	7485	1,094	0,035	0,100	0,115
Enfants nés vivants	3,188	0,045	8290	7485	1,344	0,014	3,097	3,279
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,131	0,101	1324	1189	1,301	0,014	6,928	7,334
Enfants survivants	2,627	0,034	8290	7485	1,216	0,013	2,560	2,695
Connaît une méthode contraceptive	0,918	0,006	6480	5860	1,893	0,007	0,905	0,931
A utilisé une méthode	0,163	0,009	6480	5860	1,995	0,056	0,145	0,181
Utilise actuellement une méthode	0,060	0,005	6480	5860	1,595	0,078	0,051	0,070
Utilise actuellement la pilule	0,015	0,002	6480	5860	1,559	0,158	0,010	0,019
Utilise actuellement le DIU	0,001	0,000	6480	5860	0,997	0,457	0,000	0,001
Utilise actuellement le condom	0,007	0,001	6480	5860	1,053	0,153	0,005	0,009
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,004	0,001	6480	5860	1,195	0,225	0,002	0,006
Utilise actuellement la continence périodique	0,002	0,001	6480	5860	1,230	0,351	0,001	0,003
Utilise une source du secteur publique	0,783	0,026	337	297	1,160	0,033	0,730	0,835
Ne veut plus d'enfants	0,188	0,005	6480	5860	1,069	0,028	0,178	0,199
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,417	0,007	6480	5860	1,132	0,017	0,403	0,431
Nombre d'enfants idéal	6,157	0,061	6157	5729	2,006	0,010	6,034	6,279
Mères reçues injection antitétanique	0,852	0,008	4673	4238	1,602	0,010	0,835	0,869
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,332	0,016	7361	6688	2,463	0,049	0,299	0,365
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,224	0,008	6741	6097	1,585	0,037	0,208	0,241
A reçu le traitement SRO	0,123	0,011	1521	1367	1,204	0,088	0,102	0,145
A consulté du personnel médical	0,189	0,014	1521	1367	1,299	0,072	0,162	0,217
Ayant une carte de santé, vue	0,707	0,016	1391	1261	1,291	0,023	0,675	0,739
A reçu vaccination BCG	0,915	0,010	1391	1261	1,318	0,011	0,894	0,935
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,775	0,016	1391	1261	1,369	0,020	0,744	0,806
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,729	0,018	1391	1261	1,501	0,025	0,692	0,765
A reçu vaccination rougeole	0,711	0,017	1391	1261	1,404	0,024	0,676	0,746
Vacciné contre toutes les maladies	0,587	0,019	1391	1261	1,428	0,033	0,548	0,625
Poids pour taille (-2ET)	0,087	0,008	2124	1898	1,165	0,091	0,071	0,102
Taille pour âge (-2ET)	0,206	0,012	2124	1898	1,240	0,058	0,182	0,231
Poids pour âge (-2ET)	0,216	0,012	2124	1898	1,229	0,057	0,191	0,240
Anémie chez les enfants	0,857	0,010	1819	1628	1,156	0,011	0,838	0,876
Anémie chez les femmes	0,639	0,011	2453	2223	1,158	0,018	0,617	0,662
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,186	0,010	2264	2039	1,211	0,053	0,166	0,206
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,371	0,125	na	20636	1,349	0,020	6,121	6,621
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,780	2,482	14178	12904	1,288	0,054	40,816	50,744
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	35,795	2,038	14194	12919	1,211	0,057	31,719	39,871
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	81,575	3,378	14196	12921	1,336	0,041	74,818	88,332
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	85,091	4,382	14366	13082	1,543	0,051	76,327	93,855
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	159,725	6,233	14386	13101	1,748	0,039	147,260	172,191
Prévalence VIH	0,008	0,002	2533	2045	0,989	0,215	0,005	0,012
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	1914	1660	na	na	0,000	0,000
Alphabétisé	0,324	0,018	1914	1660	1,683	0,056	0,288	0,361
Sans instruction	0,650	0,018	1914	1660	1,654	0,028	0,614	0,686
Instruction secondaire ou plus	0,110	0,011	1914	1660	1,497	0,098	0,088	0,131
Jamais marié (en union)	0,388	0,013	1914	1660	1,207	0,035	0,361	0,415
Actuellement marié (en union)	0,581	0,012	1914	1660	1,104	0,021	0,557	0,606
Prévalence VIH (15-49)	0,005	0,002	1503	1358	1,009	0,359	0,001	0,009
Prévalence VIH (15-59)	0,005	0,002	1694	1530	0,998	0,340	0,002	0,008

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage, échantillon Dakar, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,982	0,003	1536	3866	0,773	0,003	0,977	0,988
Alphabétisée	0,572	0,035	1536	3866	2,788	0,061	0,502	0,643
Sans instruction	0,322	0,034	1536	3866	2,889	0,107	0,254	0,391
Instruction secondaire ou plus	0,316	0,033	1536	3866	2,751	0,103	0,251	0,381
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,780	0,023	850	1938	1,327	0,029	0,735	0,826
Jamais mariée (en union)	0,383	0,016	1536	3866	1,315	0,043	0,350	0,415
Actuellement mariée (en union)	0,526	0,016	1536	3866	1,225	0,030	0,495	0,558
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,400	0,024	1193	3012	1,701	0,060	0,352	0,449
Actuellement enceinte	0,046	0,005	1536	3866	0,897	0,105	0,036	0,055
Enfants nés vivants	1,981	0,101	1536	3866	1,509	0,051	1,778	2,184
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,424	0,316	222	575	1,498	0,058	4,792	6,056
Enfants survivants	1,791	0,087	1536	3866	1,441	0,049	1,616	1,966
Connait une méthode contraceptive	0,972	0,008	817	2035	1,341	0,008	0,956	0,987
A utilisé une méthode	0,539	0,024	817	2035	1,400	0,045	0,490	0,588
Utilise actuellement une méthode	0,214	0,021	817	2035	1,444	0,097	0,172	0,255
Utilise actuellement la pilule	0,083	0,011	817	2035	1,115	0,130	0,061	0,104
Utilise actuellement le DIU	0,016	0,004	817	2035	0,998	0,271	0,008	0,025
Utilise actuellement le condom	0,021	0,006	817	2035	1,172	0,281	0,009	0,033
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,006	0,003	817	2035	1,204	0,552	0,000	0,012
Utilise actuellement la continence périodique	0,013	0,004	817	2035	1,082	0,334	0,004	0,021
Utilise une source du secteur publique	0,657	0,047	183	439	1,333	0,071	0,563	0,751
Ne veut plus d'enfants	0,260	0,017	817	2035	1,135	0,067	0,225	0,295
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,311	0,019	817	2035	1,180	0,062	0,272	0,349
Nombre d'enfants idéal	4,397	0,110	1283	3206	2,049	0,025	4,177	4,617
Mères reçues injection antitétanique	0,919	0,015	560	1365	1,253	0,016	0,890	0,948
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,921	0,012	788	1903	1,122	0,013	0,896	0,945
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,279	0,025	740	1791	1,447	0,091	0,228	0,330
A reçu le traitement SRO	0,212	0,032	193	500	1,066	0,151	0,148	0,276
A consulté du personnel médical	0,241	0,040	193	500	1,270	0,164	0,162	0,320
Ayant une carte de santé, vue	0,667	0,044	150	351	1,092	0,065	0,579	0,754
A reçu vaccination BCG	0,899	0,023	150	351	0,889	0,025	0,853	0,944
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,773	0,033	150	351	0,917	0,042	0,707	0,838
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,685	0,039	150	351	0,981	0,056	0,608	0,763
A reçu vaccination rougeole	0,780	0,042	150	351	1,200	0,054	0,696	0,864
Vacciné contre toutes les maladies	0,556	0,053	150	351	1,268	0,096	0,449	0,663
Poids pour taille (-2ET)	0,053	0,017	199	451	1,116	0,325	0,019	0,088
Taille pour âge (-2ET)	0,068	0,025	199	451	1,051	0,370	0,018	0,118
Poids pour âge (-2ET)	0,060	0,018	199	451	1,020	0,294	0,025	0,095
Anémie chez les enfants	0,688	0,042	174	387	1,157	0,061	0,604	0,771
Anémie chez les femmes	0,516	0,031	470	1217	1,369	0,060	0,454	0,579
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,174	0,020	453	1172	1,112	0,112	0,135	0,213
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	3,659	0,293	na	10818	1,449	0,080	3,073	4,244
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	29,877	5,947	1473	3585	1,256	0,199	17,983	41,772
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	14,527	3,089	1473	3585	0,975	0,213	8,349	20,706
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	44,405	6,772	1473	3585	1,203	0,153	30,861	57,948
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	36,581	6,739	1477	3593	1,178	0,184	23,103	50,059
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	79,361	7,758	1477	3593	1,038	0,098	63,844	94,878
Prévalence VIH	0,008	0,004	471	1233	0,974	0,516	0,000	0,015
HOMMES								
Milieu urbain	0,983	0,004	497	1186	0,614	0,004	0,976	0,990
Alphabétisé	0,740	0,037	497	1186	1,891	0,050	0,666	0,815
Sans instruction	0,236	0,036	497	1186	1,915	0,155	0,163	0,309
Instruction secondaire ou plus	0,474	0,055	497	1186	2,452	0,116	0,364	0,584
Jamais marié (en union)	0,542	0,036	497	1186	1,602	0,066	0,470	0,614
Actuellement marié (en union)	0,422	0,034	497	1186	1,512	0,080	0,355	0,489
Prévalence VIH (15-49)	0,005	0,004	368	1047	0,965	0,697	0,000	0,012
Prévalence VIH (15-59)	0,005	0,003	401	1126	0,971	0,696	0,000	0,012

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage, échantillon Diorubal, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,188	0,019	1523	1548	1,866	0,100	0,150	0,225
Alphabétisée	0,174	0,018	1523	1548	1,810	0,101	0,139	0,209
Sans instruction	0,817	0,017	1523	1548	1,703	0,021	0,783	0,851
Instruction secondaire ou plus	0,048	0,007	1523	1548	1,211	0,138	0,035	0,061
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,284	0,044	1104	1152	2,285	0,154	0,197	0,372
Jamais mariée (en union)	0,230	0,019	1523	1548	1,727	0,081	0,192	0,267
Actuellement mariée (en union)	0,736	0,023	1523	1548	2,009	0,031	0,690	0,781
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,687	0,013	1119	1144	0,960	0,019	0,660	0,713
Actuellement enceinte	0,105	0,009	1523	1548	1,172	0,088	0,087	0,124
Enfants nés vivants	2,892	0,136	1523	1548	1,760	0,047	2,619	3,165
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,160	0,317	237	236	1,882	0,044	6,526	7,795
Enfants survivants	2,358	0,090	1523	1548	1,445	0,038	2,177	2,539
Connait une méthode contraceptive	0,922	0,014	1075	1139	1,753	0,016	0,894	0,951
A utilisé une méthode	0,127	0,020	1075	1139	1,978	0,159	0,086	0,167
Utilise actuellement une méthode	0,040	0,008	1075	1139	1,377	0,206	0,023	0,056
Utilise actuellement la pilule	0,015	0,004	1075	1139	1,094	0,266	0,007	0,024
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	1075	1139	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	1075	1139	0,722	0,728	0,000	0,002
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,007	0,003	1075	1139	1,120	0,420	0,001	0,012
Utilise actuellement la continence périodique	0,002	0,001	1075	1139	1,047	0,777	0,000	0,004
Utilise une source du secteur publique	0,761	0,053	52	40	0,894	0,070	0,654	0,868
Ne veut plus d'enfants	0,171	0,011	1075	1139	0,931	0,062	0,150	0,193
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,430	0,015	1075	1139	0,986	0,035	0,400	0,460
Nombre d'enfants idéal	6,297	0,145	1273	1302	2,199	0,023	6,006	6,587
Mères reçues injection antitétanique	0,880	0,021	762	812	1,854	0,024	0,838	0,923
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,508	0,058	1169	1272	3,299	0,114	0,392	0,624
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,191	0,014	1075	1151	1,131	0,072	0,163	0,218
A reçu le traitement SRO	0,097	0,022	197	219	1,031	0,223	0,054	0,140
A consulté du personnel médical	0,105	0,023	197	219	1,035	0,214	0,060	0,151
Ayant une carte de santé, vue	0,627	0,045	229	244	1,393	0,071	0,537	0,716
A reçu vaccination BCG	0,880	0,032	229	244	1,395	0,036	0,816	0,943
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,783	0,044	229	244	1,557	0,056	0,695	0,871
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,675	0,051	229	244	1,633	0,076	0,572	0,778
A reçu vaccination rougeole	0,632	0,050	229	244	1,532	0,079	0,532	0,731
Vacciné contre toutes les maladies	0,497	0,055	229	244	1,647	0,110	0,387	0,606
Poids pour taille (-2ET)	0,089	0,022	337	353	1,230	0,246	0,045	0,133
Taille pour âge (-2ET)	0,163	0,036	337	353	1,714	0,220	0,091	0,235
Poids pour âge (-2ET)	0,198	0,034	337	353	1,262	0,172	0,130	0,266
Anémie chez les enfants	0,924	0,023	269	291	1,525	0,025	0,878	0,971
Anémie chez les femmes	0,728	0,024	410	428	1,085	0,032	0,681	0,775
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,191	0,023	427	421	1,191	0,121	0,145	0,237
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,224	0,422	na	4256	1,709	0,068	5,380	7,068
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	52,510	5,296	2230	2422	1,056	0,101	41,917	63,103
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	36,500	6,233	2232	2425	1,612	0,171	24,034	48,966
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	89,009	8,560	2232	2425	1,327	0,096	71,889	106,130
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	98,138	14,510	2263	2458	2,059	0,148	69,118	127,157
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	178,412	18,847	2265	2462	2,127	0,106	140,719	216,105
Prévalence VIH	0,001	0,001	452	409	0,735	1,037	0,000	0,003
HOMMES								
Milieu urbain	0,208	0,039	302	309	1,654	0,186	0,130	0,285
Alphabétisé	0,287	0,049	302	309	1,893	0,172	0,188	0,385
Sans instruction	0,716	0,048	302	309	1,842	0,067	0,620	0,812
Instruction secondaire ou plus	0,133	0,025	302	309	1,291	0,190	0,083	0,184
Jamais marié (en union)	0,487	0,033	302	309	1,159	0,069	0,420	0,554
Actuellement marié (en union)	0,490	0,035	302	309	1,212	0,071	0,420	0,560
Prévalence VIH (15-49)	0,000	0,000	216	251	na	na	0,000	0,000
Prévalence VIH (15-59)	0,000	0,000	243	285	na	na	0,000	0,000

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage, échantillon Fatick, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N \square)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,174	0,016	1140	708	1,439	0,093	0,141	0,206
Alphabétisée	0,281	0,038	1140	708	2,842	0,135	0,205	0,357
Sans instruction	0,678	0,044	1140	708	3,145	0,064	0,591	0,765
Instruction secondaire ou plus	0,112	0,023	1140	708	2,417	0,202	0,067	0,157
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,602	0,054	1050	688	2,297	0,090	0,494	0,711
Jamais mariée (en union)	0,236	0,016	1140	708	1,234	0,066	0,205	0,267
Actuellement mariée (en union)	0,730	0,015	1140	708	1,118	0,020	0,700	0,759
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,685	0,028	858	541	1,747	0,040	0,630	0,741
Actuellement enceinte	0,081	0,008	1140	708	0,988	0,099	0,065	0,097
Enfants nés vivants	3,390	0,163	1140	708	1,660	0,048	3,063	3,716
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,192	0,343	199	129	1,563	0,048	6,505	7,878
Enfants survivants	2,797	0,135	1140	708	1,699	0,048	2,527	3,066
Connait une méthode contraceptive	0,940	0,011	790	517	1,353	0,012	0,917	0,963
A utilisé une méthode	0,166	0,027	790	517	2,003	0,160	0,113	0,219
Utilise actuellement une méthode	0,082	0,019	790	517	1,975	0,236	0,043	0,120
Utilise actuellement la pilule	0,013	0,004	790	517	0,948	0,290	0,006	0,021
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	790	517	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,004	0,002	790	517	1,031	0,580	0,000	0,009
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,002	790	517	1,164	0,999	0,000	0,005
Utilise actuellement la continence périodique	0,001	0,001	790	517	0,687	1,004	0,000	0,002
Utilise une source du secteur publique	0,943	0,024	69	36	0,865	0,026	0,894	0,991
Ne veut plus d'enfants	0,245	0,018	790	517	1,145	0,072	0,210	0,280
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,447	0,021	790	517	1,163	0,046	0,406	0,488
Nombre d'enfants idéal	5,945	0,148	995	609	2,054	0,025	5,649	6,241
Mères reçues injection antitétanique	0,883	0,013	583	386	1,034	0,015	0,856	0,910
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,352	0,040	961	639	2,182	0,112	0,273	0,432
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,186	0,019	888	587	1,509	0,103	0,147	0,224
A reçu le traitement SRO	0,178	0,038	166	109	1,206	0,211	0,103	0,253
A consulté du personnel médical	0,169	0,045	166	109	1,522	0,268	0,078	0,259
Ayant une carte de santé, vue	0,756	0,040	178	117	1,276	0,053	0,676	0,836
A reçu vaccination BCG	0,922	0,029	178	117	1,489	0,032	0,863	0,980
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,791	0,039	178	117	1,302	0,049	0,714	0,869
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,732	0,054	178	117	1,676	0,074	0,623	0,841
A reçu vaccination rougeole	0,753	0,057	178	117	1,810	0,076	0,638	0,867
Vacciné contre toutes les maladies	0,622	0,062	178	117	1,730	0,099	0,499	0,746
Poids pour taille (-2ET)	0,069	0,022	260	174	1,406	0,312	0,026	0,112
Taille pour âge (-2ET)	0,129	0,034	260	174	1,488	0,263	0,061	0,197
Poids pour âge (-2ET)	0,159	0,025	260	174	1,132	0,160	0,108	0,209
Anémie chez les enfants	0,887	0,028	243	162	1,380	0,032	0,830	0,944
Anémie chez les femmes	0,668	0,029	343	213	1,147	0,044	0,610	0,726
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,166	0,021	322	199	0,996	0,125	0,124	0,207
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,763	0,324	na	1958	1,469	0,048	6,116	7,410
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	55,827	6,509	1809	1208	1,031	0,117	42,808	68,846
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	22,890	3,921	1809	1208	1,080	0,171	15,048	30,733
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	78,717	7,046	1809	1208	0,982	0,090	64,624	92,810
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	82,205	9,752	1836	1227	1,302	0,119	62,700	101,710
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	154,451	12,494	1836	1227	1,232	0,081	129,464	179,439
Prévalence VIH	0,009	0,002	346	183	0,347	0,197	0,005	0,012
HOMMES								
Milieu urbain	0,162	0,017	292	174	0,805	0,107	0,127	0,197
Alphabétisé	0,373	0,040	292	174	1,405	0,107	0,293	0,453
Sans instruction	0,553	0,045	292	174	1,548	0,082	0,463	0,643
Instruction secondaire ou plus	0,179	0,035	292	174	1,551	0,195	0,109	0,249
Jamais marié (en union)	0,533	0,040	292	174	1,357	0,074	0,454	0,613
Actuellement marié (en union)	0,467	0,040	292	174	1,357	0,085	0,387	0,546
Prévalence VIH (15-49)	0,009	0,006	237	145	1,006	0,684	0,000	0,022
Prévalence VIH (15-59)	0,008	0,005	264	162	0,991	0,674	0,000	0,019

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage, échantillon Kaolack, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,263	0,018	1625	1642	1,684	0,070	0,226	0,299
Alphabétisée	0,239	0,020	1625	1642	1,919	0,085	0,198	0,279
Sans instruction	0,743	0,021	1625	1642	1,930	0,028	0,701	0,784
Instruction secondaire ou plus	0,085	0,010	1625	1642	1,475	0,120	0,065	0,106
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,441	0,040	1296	1354	1,796	0,091	0,361	0,521
Jamais mariée (en union)	0,245	0,018	1625	1642	1,716	0,075	0,208	0,282
Actuellement mariée (en union)	0,712	0,019	1625	1642	1,669	0,026	0,675	0,750
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,696	0,020	1194	1207	1,500	0,029	0,656	0,736
Actuellement enceinte	0,106	0,007	1625	1642	0,886	0,064	0,093	0,120
Enfants nés vivants	3,031	0,097	1625	1642	1,272	0,032	2,836	3,225
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,118	0,200	241	238	1,120	0,028	6,718	7,518
Enfants survivants	2,507	0,081	1625	1642	1,278	0,032	2,346	2,668
Connait une méthode contraceptive	0,921	0,016	1132	1170	1,968	0,017	0,890	0,953
A utilisé une méthode	0,190	0,017	1132	1170	1,468	0,090	0,156	0,224
Utilise actuellement une méthode	0,066	0,007	1132	1170	0,914	0,102	0,052	0,079
Utilise actuellement la pilule	0,014	0,004	1132	1170	1,050	0,260	0,007	0,022
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	1132	1170	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,005	0,003	1132	1170	1,197	0,498	0,000	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,008	0,003	1132	1170	1,101	0,361	0,002	0,014
Utilise actuellement la continence périodique	0,006	0,002	1132	1170	0,961	0,372	0,002	0,010
Utilise une source du secteur publique	0,822	0,066	72	67	1,446	0,080	0,690	0,953
Ne veut plus d'enfants	0,215	0,013	1132	1170	1,046	0,059	0,190	0,241
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,433	0,009	1132	1170	0,597	0,020	0,416	0,451
Nombre d'enfants idéal	5,905	0,105	1421	1432	1,660	0,018	5,695	6,116
Mères reçues injection antitétanique	0,875	0,019	827	861	1,641	0,021	0,838	0,913
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,346	0,032	1331	1395	2,030	0,093	0,281	0,410
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,332	0,020	1204	1260	1,458	0,059	0,293	0,371
A reçu le traitement SRO	0,123	0,024	386	418	1,357	0,196	0,075	0,171
A consulté du personnel médical	0,148	0,027	386	418	1,443	0,184	0,094	0,202
Ayant une carte de santé, vue	0,743	0,035	255	264	1,291	0,047	0,673	0,813
A reçu vaccination BCG	0,914	0,016	255	264	0,937	0,018	0,882	0,947
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,767	0,037	255	264	1,423	0,049	0,693	0,842
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,745	0,032	255	264	1,196	0,044	0,680	0,810
A reçu vaccination rougeole	0,691	0,039	255	264	1,339	0,056	0,613	0,768
Vacciné contre toutes les maladies	0,562	0,038	255	264	1,221	0,067	0,487	0,638
Poids pour taille (-2ET)	0,060	0,012	365	370	0,974	0,201	0,036	0,084
Taille pour âge (-2ET)	0,140	0,024	365	370	1,235	0,174	0,091	0,189
Poids pour âge (-2ET)	0,113	0,012	365	370	0,741	0,110	0,088	0,138
Anémie chez les enfants	0,876	0,021	339	348	1,065	0,024	0,834	0,917
Anémie chez les femmes	0,658	0,023	484	490	1,069	0,035	0,612	0,704
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,171	0,024	439	440	1,323	0,140	0,123	0,219
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,920	0,318	na	4474	1,560	0,054	5,285	6,556
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	43,890	6,035	2516	2667	1,463	0,138	31,820	55,960
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	34,727	3,603	2521	2671	0,975	0,104	27,520	41,933
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	78,617	7,308	2521	2671	1,330	0,093	64,000	93,233
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	83,891	8,410	2553	2705	1,194	0,100	67,071	100,710
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	155,912	11,398	2558	2710	1,419	0,073	133,117	178,708
Prévalence VIH	0,010	0,004	484	444	0,872	0,388	0,002	0,018
HOMMES								
Milieu urbain	0,346	0,028	383	369	1,168	0,082	0,289	0,402
Alphabétisé	0,445	0,051	383	369	2,010	0,115	0,342	0,547
Sans instruction	0,533	0,047	383	369	1,825	0,087	0,440	0,626
Instruction secondaire ou plus	0,241	0,029	383	369	1,333	0,121	0,183	0,300
Jamais marié (en union)	0,487	0,027	383	369	1,070	0,056	0,432	0,542
Actuellement marié (en union)	0,494	0,028	383	369	1,107	0,057	0,437	0,550
Prévalence VIH (15-49)	0,002	0,002	310	304	0,878	1,013	0,000	0,007
Prévalence VIH (15-59)	0,002	0,002	346	339	0,879	1,014	0,000	0,007

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage, échantillon Kolda, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N \square)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,149	0,011	1289	1047	1,117	0,074	0,127	0,171
Alphabétisée	0,183	0,020	1289	1047	1,883	0,111	0,142	0,223
Sans instruction	0,780	0,017	1289	1047	1,461	0,022	0,746	0,813
Instruction secondaire ou plus	0,042	0,009	1289	1047	1,660	0,220	0,024	0,061
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,668	0,036	1226	989	1,873	0,054	0,596	0,741
Jamais mariée (en union)	0,104	0,011	1289	1047	1,264	0,104	0,082	0,125
Actuellement mariée (en union)	0,860	0,015	1289	1047	1,548	0,017	0,830	0,890
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,822	0,023	982	806	1,846	0,027	0,777	0,867
Actuellement enceinte	0,120	0,007	1289	1047	0,738	0,056	0,107	0,133
Enfants nés vivants	3,389	0,111	1289	1047	1,356	0,033	3,166	3,612
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,894	0,249	215	178	1,373	0,036	6,396	7,392
Enfants survivants	2,645	0,070	1289	1047	1,103	0,027	2,504	2,786
Connait une méthode contraceptive	0,980	0,006	1086	901	1,398	0,006	0,969	0,992
A utilisé une méthode	0,251	0,028	1086	901	2,135	0,112	0,195	0,308
Utilise actuellement une méthode	0,101	0,010	1086	901	1,062	0,096	0,082	0,120
Utilise actuellement la pilule	0,006	0,002	1086	901	1,032	0,402	0,001	0,011
Utilise actuellement le DIU	0,003	0,002	1086	901	1,045	0,579	0,000	0,006
Utilise actuellement le condom	0,025	0,003	1086	901	0,688	0,131	0,018	0,031
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,004	0,002	1086	901	0,976	0,467	0,000	0,008
Utilise actuellement la continence périodique	0,005	0,003	1086	901	1,470	0,632	0,000	0,011
Utilise une source du secteur publique	0,637	0,048	116	74	1,062	0,075	0,542	0,732
Ne veut plus d'enfants	0,168	0,014	1086	901	1,236	0,084	0,140	0,196
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,421	0,021	1086	901	1,425	0,051	0,378	0,464
Nombre d'enfants idéal	6,455	0,184	1016	827	2,372	0,028	6,088	6,822
Mères reçues injection antitétanique	0,851	0,013	752	638	1,054	0,016	0,824	0,877
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,258	0,023	1137	968	1,531	0,089	0,212	0,304
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,165	0,025	1003	851	2,102	0,151	0,115	0,215
A reçu le traitement SRO	0,102	0,028	169	140	1,119	0,271	0,047	0,157
A consulté du personnel médical	0,244	0,061	169	140	1,845	0,251	0,122	0,367
Ayant une carte de santé, vue	0,700	0,028	232	196	0,933	0,040	0,645	0,756
A reçu vaccination BCG	0,950	0,012	232	196	0,838	0,012	0,927	0,974
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,713	0,041	232	196	1,394	0,058	0,631	0,795
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,733	0,045	232	196	1,549	0,061	0,643	0,822
A reçu vaccination rougeole	0,755	0,040	232	196	1,420	0,053	0,676	0,835
Vacciné contre toutes les maladies	0,599	0,046	232	196	1,428	0,076	0,508	0,690
Poids pour taille (-2ET)	0,082	0,018	346	294	1,256	0,226	0,045	0,119
Taille pour âge (-2ET)	0,353	0,031	346	294	1,166	0,087	0,292	0,415
Poids pour âge (-2ET)	0,320	0,030	346	294	1,156	0,094	0,259	0,380
Anémie chez les enfants	0,800	0,022	307	254	0,969	0,028	0,756	0,845
Anémie chez les femmes	0,524	0,024	398	325	0,949	0,045	0,476	0,571
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,163	0,024	359	295	1,212	0,144	0,116	0,210
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,324	0,225	na	2896	1,324	0,036	5,875	6,774
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	52,525	8,059	2260	1919	1,585	0,153	36,407	68,644
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	47,841	6,481	2263	1922	1,155	0,135	34,879	60,803
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	100,366	8,055	2264	1923	1,103	0,080	84,256	116,477
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	115,833	8,150	2290	1946	1,061	0,070	99,533	132,133
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	204,574	11,161	2295	1950	1,164	0,055	182,252	226,895
Prévalence VIH	0,028	0,008	416	288	0,986	0,287	0,012	0,044
HOMMES								
Milieu urbain	0,180	0,034	393	295	1,745	0,188	0,113	0,248
Alphabétisé	0,401	0,032	393	295	1,309	0,081	0,336	0,466
Sans instruction	0,545	0,038	393	295	1,514	0,070	0,469	0,621
Instruction secondaire ou plus	0,161	0,029	393	295	1,553	0,179	0,103	0,219
Jamais marié (en union)	0,262	0,036	393	295	1,613	0,137	0,190	0,333
Actuellement marié (en union)	0,682	0,033	393	295	1,390	0,048	0,617	0,747
Prévalence VIH (15-49)	0,011	0,006	326	243	1,095	0,580	0,000	0,023
Prévalence VIH (15-59)	0,011	0,006	364	272	1,062	0,524	0,000	0,023

na = Non applicable

Tableau B.10 Erreurs de sondage, échantillon Louga, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N \square)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,226	0,024	1312	915	2,040	0,104	0,179	0,273
Alphabétisée	0,212	0,028	1312	915	2,475	0,132	0,156	0,268
Sans instruction	0,784	0,028	1312	915	2,472	0,036	0,727	0,840
Instruction secondaire ou plus	0,057	0,012	1312	915	1,863	0,210	0,033	0,081
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,420	0,029	1107	772	1,423	0,069	0,362	0,479
Jamais mariée (en union)	0,239	0,020	1312	915	1,668	0,082	0,199	0,278
Actuellement mariée (en union)	0,734	0,021	1312	915	1,691	0,028	0,693	0,775
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,738	0,016	985	686	1,120	0,021	0,707	0,769
Actuellement enceinte	0,099	0,011	1312	915	1,333	0,111	0,077	0,121
Enfants nés vivants	2,721	0,098	1312	915	1,250	0,036	2,524	2,918
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,444	0,185	200	136	0,905	0,029	6,075	6,813
Enfants survivants	2,392	0,090	1312	915	1,303	0,038	2,212	2,572
Connait une méthode contraceptive	0,931	0,018	946	672	2,178	0,019	0,895	0,967
A utilisé une méthode	0,156	0,021	946	672	1,805	0,137	0,113	0,198
Utilise actuellement une méthode	0,062	0,009	946	672	1,110	0,140	0,045	0,080
Utilise actuellement la pilule	0,022	0,002	946	672	0,445	0,095	0,018	0,027
Utilise actuellement le DIU	0,002	0,001	946	672	0,484	0,344	0,001	0,004
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	946	672	0,817	0,997	0,000	0,002
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,001	946	672	0,946	0,704	0,000	0,005
Utilise actuellement la continence périodique	0,001	0,001	946	672	0,765	1,005	0,000	0,002
Utilise une source du secteur publique	0,837	0,050	65	39	1,087	0,060	0,736	0,937
Ne veut plus d'enfants	0,198	0,013	946	672	0,985	0,065	0,172	0,223
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,405	0,017	946	672	1,070	0,042	0,371	0,439
Nombre d'enfants idéal	5,408	0,110	764	517	1,650	0,020	5,188	5,629
Mères reçues injection antitétanique	0,849	0,017	646	453	1,220	0,020	0,815	0,884
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,494	0,041	988	692	2,064	0,082	0,412	0,575
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,173	0,019	936	654	1,468	0,107	0,136	0,210
A reçu le traitement SRO	0,137	0,026	155	113	0,962	0,192	0,085	0,190
A consulté du personnel médical	0,293	0,031	155	113	0,834	0,107	0,230	0,356
Ayant une carte de santé, vue	0,704	0,044	198	136	1,326	0,063	0,616	0,792
A reçu vaccination BCG	0,933	0,030	198	136	1,650	0,032	0,874	0,992
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,863	0,029	198	136	1,196	0,034	0,804	0,922
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,847	0,033	198	136	1,296	0,039	0,781	0,914
A reçu vaccination rougeole	0,739	0,034	198	136	1,093	0,047	0,670	0,808
Vacciné contre toutes les maladies	0,706	0,038	198	136	1,165	0,054	0,630	0,782
Poids pour taille (-2ET)	0,123	0,026	269	181	1,135	0,213	0,071	0,176
Taille pour âge (-2ET)	0,182	0,033	269	181	1,298	0,182	0,116	0,248
Poids pour âge (-2ET)	0,207	0,029	269	181	1,122	0,138	0,149	0,264
Anémie chez les enfants	0,873	0,027	239	159	1,269	0,030	0,820	0,927
Anémie chez les femmes	0,664	0,032	364	252	1,301	0,049	0,599	0,729
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,247	0,032	343	238	1,383	0,131	0,182	0,312
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,607	0,287	na	2529	1,306	0,051	5,034	6,181
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	28,228	4,668	1917	1366	1,120	0,165	18,891	37,565
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	24,652	3,309	1919	1367	0,909	0,134	18,034	31,271
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	52,880	5,832	1919	1367	1,083	0,110	41,217	64,544
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	45,268	7,147	1931	1376	1,320	0,158	30,975	59,562
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	95,755	10,945	1933	1378	1,438	0,114	73,865	117,645
Prévalence VIH	0,007	0,004	379	249	0,973	0,577	0,000	0,016
HOMMES								
Milieu urbain	0,283	0,043	235	155	1,475	0,154	0,196	0,370
Alphabétisé	0,287	0,042	235	155	1,426	0,147	0,202	0,371
Sans instruction	0,648	0,036	235	155	1,157	0,056	0,576	0,721
Instruction secondaire ou plus	0,102	0,025	235	155	1,239	0,240	0,053	0,151
Jamais marié (en union)	0,457	0,037	235	155	1,148	0,082	0,382	0,532
Actuellement marié (en union)	0,497	0,037	235	155	1,121	0,074	0,424	0,570
Prévalence VIH (15-49)	0,000	0,000	164	126	na	na	0,000	0,000
Prévalence VIH (15-59)	0,000	0,000	184	142	na	na	0,000	0,000

na = Non applicable

Tableau B.11 Erreurs de sondage, échantillon Matam, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N \square)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,137	0,028	1226	543	2,890	0,207	0,080	0,194
Alphabétisée	0,181	0,028	1226	543	2,515	0,153	0,126	0,237
Sans instruction	0,779	0,028	1226	543	2,340	0,036	0,724	0,835
Instruction secondaire ou plus	0,048	0,012	1226	543	1,924	0,246	0,024	0,071
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,493	0,036	996	435	1,653	0,073	0,421	0,565
Jamais mariée (en union)	0,201	0,024	1226	543	2,098	0,120	0,153	0,249
Actuellement mariée (en union)	0,735	0,025	1226	543	2,003	0,034	0,685	0,786
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,764	0,020	916	403	1,390	0,026	0,725	0,803
Actuellement enceinte	0,103	0,010	1226	543	1,144	0,097	0,083	0,123
Enfants nés vivants	2,609	0,100	1226	543	1,248	0,038	2,409	2,808
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,079	0,215	152	68	0,838	0,035	5,649	6,508
Enfants survivants	2,273	0,085	1226	543	1,226	0,037	2,104	2,443
Connait une méthode contraceptive	0,808	0,037	875	399	2,781	0,046	0,734	0,882
A utilisé une méthode	0,081	0,016	875	399	1,699	0,194	0,049	0,112
Utilise actuellement une méthode	0,012	0,004	875	399	1,096	0,337	0,004	0,020
Utilise actuellement la pilule	0,003	0,002	875	399	1,082	0,671	0,000	0,007
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	875	399	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	875	399	1,112	0,997	0,000	0,004
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,000	0,000	875	399	0,566	1,003	0,000	0,001
Utilise actuellement la continence périodique	0,000	0,000	875	399	na	na	0,000	0,000
Utilise une source du secteur publique	0,716	0,163	14	4	1,305	0,228	0,390	1,000
Ne veut plus d'enfants	0,128	0,015	875	399	1,291	0,114	0,099	0,157
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,331	0,032	875	399	1,990	0,096	0,268	0,395
Nombre d'enfants idéal	6,221	0,131	692	300	1,137	0,021	5,959	6,482
Mères reçues injection antitétanique	0,807	0,017	626	286	1,064	0,020	0,774	0,840
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,404	0,039	946	440	2,008	0,097	0,326	0,482
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,227	0,023	897	416	1,705	0,102	0,180	0,273
A reçu le traitement SRO	0,222	0,037	202	94	1,286	0,166	0,148	0,295
A consulté du personnel médical	0,289	0,033	202	94	1,035	0,113	0,224	0,354
Ayant une carte de santé, vue	0,560	0,037	178	80	0,975	0,066	0,486	0,634
A reçu vaccination BCG	0,867	0,039	178	80	1,473	0,045	0,790	0,944
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,645	0,060	178	80	1,625	0,092	0,526	0,764
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,537	0,056	178	80	1,455	0,104	0,426	0,648
A reçu vaccination rougeole	0,590	0,048	178	80	1,263	0,081	0,495	0,685
Vacciné contre toutes les maladies	0,407	0,037	178	80	0,990	0,091	0,333	0,482
Poids pour taille (-2ET)	0,107	0,019	245	110	0,909	0,180	0,069	0,146
Taille pour âge (-2ET)	0,231	0,046	245	110	1,530	0,197	0,140	0,322
Poids pour âge (-2ET)	0,289	0,042	245	110	1,562	0,146	0,205	0,373
Anémie chez les enfants	0,846	0,029	211	90	1,079	0,034	0,788	0,903
Anémie chez les femmes	0,579	0,032	339	149	1,171	0,055	0,515	0,642
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,265	0,029	329	145	1,178	0,108	0,208	0,323
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,681	0,337	na	1480	1,295	0,059	5,008	6,354
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	38,443	4,408	1752	811	0,882	0,115	29,627	47,259
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	29,548	4,658	1753	811	1,063	0,158	20,232	38,864
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	67,991	7,248	1753	811	1,103	0,107	53,495	82,487
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	45,148	5,194	1766	818	0,951	0,115	34,761	55,535
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	110,069	9,435	1767	819	1,115	0,086	91,200	128,938
Prévalence VIH	0,005	0,003	345	159	0,930	0,735	0,000	0,011
HOMMES								
Milieu urbain	0,182	0,040	239	109	1,607	0,221	0,101	0,262
Alphabétisé	0,315	0,035	239	109	1,177	0,112	0,244	0,386
Sans instruction	0,648	0,051	239	109	1,642	0,078	0,546	0,749
Instruction secondaire ou plus	0,106	0,028	239	109	1,422	0,268	0,049	0,163
Jamais marié (en union)	0,390	0,044	239	109	1,403	0,114	0,301	0,479
Actuellement marié (en union)	0,585	0,042	239	109	1,325	0,072	0,501	0,670
Prévalence VIH (15-49)	0,008	0,008	180	88	1,196	0,987	0,000	0,024
Prévalence VIH (15-59)	0,007	0,007	196	97	1,187	0,989	0,000	0,022
na = Non applicable								

Tableau B.12 Erreurs de sondage, échantillon Saint-Louis, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,404	0,027	1244	947	1,909	0,066	0,351	0,457
Alphabétisée	0,341	0,036	1244	947	2,682	0,106	0,269	0,414
Sans instruction	0,602	0,039	1244	947	2,824	0,065	0,523	0,680
Instruction secondaire ou plus	0,115	0,023	1244	947	2,571	0,202	0,069	0,162
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,595	0,040	949	721	1,849	0,066	0,516	0,674
Jamais mariée (en union)	0,273	0,015	1244	947	1,160	0,054	0,243	0,302
Actuellement mariée (en union)	0,674	0,021	1244	947	1,575	0,031	0,632	0,716
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,639	0,026	934	710	1,645	0,041	0,587	0,691
Actuellement enceinte	0,094	0,011	1244	947	1,282	0,113	0,073	0,116
Enfants nés vivants	2,667	0,098	1244	947	1,187	0,037	2,470	2,864
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,415	0,247	205	157	1,248	0,039	5,920	6,910
Enfants survivants	2,332	0,080	1244	947	1,103	0,034	2,173	2,492
Connait une méthode contraceptive	0,922	0,020	813	638	2,108	0,022	0,882	0,961
A utilisé une méthode	0,248	0,027	813	638	1,809	0,111	0,193	0,302
Utilise actuellement une méthode	0,106	0,021	813	638	1,990	0,203	0,063	0,148
Utilise actuellement la pilule	0,048	0,010	813	638	1,352	0,211	0,028	0,068
Utilise actuellement le DIU	0,003	0,001	813	638	0,495	0,307	0,001	0,005
Utilise actuellement le condom	0,000	0,000	813	638	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	813	638	0,984	0,476	0,000	0,010
Utilise actuellement la continence périodique	0,003	0,002	813	638	0,956	0,604	0,000	0,007
Utilise une source du secteur publique	0,806	0,055	87	66	1,296	0,069	0,696	0,917
Ne veut plus d'enfants	0,208	0,014	813	638	0,974	0,067	0,180	0,236
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,420	0,017	813	638	0,969	0,040	0,387	0,454
Nombre d'enfants idéal	5,129	0,109	779	580	1,332	0,021	4,911	5,346
Mères reçues injection antitétanique	0,886	0,014	570	446	1,054	0,016	0,858	0,913
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,483	0,049	839	663	2,393	0,102	0,384	0,582
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,212	0,020	792	626	1,379	0,095	0,172	0,252
A reçu le traitement SRO	0,130	0,027	169	133	1,006	0,207	0,076	0,183
A consulté du personnel médical	0,234	0,038	169	133	1,124	0,164	0,157	0,310
Ayant une carte de santé, vue	0,726	0,039	169	135	1,153	0,053	0,648	0,803
A reçu vaccination BCG	0,950	0,016	169	135	1,002	0,017	0,917	0,983
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,900	0,021	169	135	0,942	0,024	0,858	0,943
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,828	0,028	169	135	0,990	0,034	0,771	0,884
A reçu vaccination rougeole	0,870	0,029	169	135	1,135	0,033	0,812	0,927
Vacciné contre toutes les maladies	0,767	0,033	169	135	1,041	0,043	0,700	0,833
Poids pour taille (-2ET)	0,118	0,027	240	185	1,089	0,226	0,065	0,171
Taille pour âge (-2ET)	0,240	0,023	240	185	0,792	0,094	0,195	0,285
Poids pour âge (-2ET)	0,283	0,024	240	185	0,771	0,084	0,236	0,330
Anémie chez les enfants	0,832	0,026	218	169	1,037	0,031	0,780	0,884
Anémie chez les femmes	0,608	0,024	345	264	0,927	0,040	0,559	0,657
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,198	0,025	312	237	1,094	0,125	0,149	0,248
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,252	0,294	na	2634	1,358	0,056	4,663	5,841
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	26,765	5,926	1629	1290	1,373	0,221	14,914	38,617
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	25,634	5,462	1630	1290	1,406	0,213	14,710	36,557
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	52,399	8,273	1631	1291	1,408	0,158	35,854	68,944
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	42,433	7,454	1636	1295	1,240	0,176	27,524	57,342
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	92,609	11,552	1639	1298	1,461	0,125	69,505	15,712
Prévalence VIH	0,007	0,005	346	261	1,209	0,785	0,000	0,018
HOMMES								
Milieu urbain	0,445	0,049	287	210	1,679	0,111	0,346	0,543
Alphabétisé	0,453	0,044	287	210	1,481	0,096	0,366	0,540
Sans instruction	0,515	0,047	287	210	1,606	0,092	0,420	0,610
Instruction secondaire ou plus	0,232	0,043	287	210	1,708	0,184	0,147	0,318
Jamais marié (en union)	0,448	0,051	287	210	1,742	0,114	0,345	0,550
Actuellement marié (en union)	0,509	0,044	287	210	1,502	0,087	0,420	0,597
Prévalence VIH (15-49)	0,000	0,000	214	183	na	na	0,000	0,000
Prévalence VIH (15-59)	0,000	0,000	228	195	na	na	0,000	0,000

na = Non applicable

Tableau B.13 Erreurs de sondage, échantillon Tambacounda, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,215	0,024	1169	851	1,976	0,110	0,167	0,262
Alphabétisée	0,144	0,013	1169	851	1,306	0,093	0,117	0,170
Sans instruction	0,805	0,020	1169	851	1,729	0,025	0,765	0,846
Instruction secondaire ou plus	0,053	0,009	1169	851	1,326	0,164	0,035	0,070
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,540	0,059	1088	737	2,360	0,110	0,421	0,659
Jamais mariée (en union)	0,109	0,015	1169	851	1,696	0,142	0,078	0,139
Actuellement mariée (en union)	0,867	0,019	1169	851	1,926	0,022	0,828	0,905
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,851	0,025	885	649	2,069	0,029	0,801	0,901
Actuellement enceinte	0,132	0,014	1169	851	1,448	0,109	0,103	0,161
Enfants nés vivants	3,321	0,091	1169	851	1,024	0,027	3,139	3,503
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,836	0,209	178	131	0,904	0,031	6,419	7,253
Enfants survivants	2,658	0,054	1169	851	0,749	0,020	2,550	2,765
Connait une méthode contraceptive	0,871	0,021	996	737	2,016	0,025	0,828	0,914
A utilisé une méthode	0,171	0,017	996	737	1,456	0,102	0,136	0,206
Utilise actuellement une méthode	0,063	0,009	996	737	1,135	0,139	0,046	0,080
Utilise actuellement la pilule	0,012	0,003	996	737	0,864	0,248	0,006	0,018
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	996	737	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,014	0,004	996	737	1,109	0,299	0,005	0,022
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	996	737	1,067	0,502	0,000	0,009
Utilise actuellement la continence périodique	0,002	0,001	996	737	0,859	0,592	0,000	0,005
Utilise une source du secteur publique	0,739	0,070	63	40	1,262	0,095	0,598	0,880
Ne veut plus d'enfants	0,179	0,014	996	737	1,134	0,077	0,151	0,206
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,394	0,021	996	737	1,379	0,054	0,351	0,437
Nombre d'enfants idéal	5,952	0,115	892	654	1,461	0,019	5,722	6,182
Mères reçues injection antitétanique	0,755	0,037	664	498	2,261	0,049	0,681	0,830
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,273	0,043	1060	794	2,660	0,158	0,187	0,359
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,236	0,018	964	720	1,305	0,077	0,200	0,273
A reçu le traitement SRO	0,100	0,034	226	170	1,663	0,338	0,032	0,168
A consulté du personnel médical	0,247	0,038	226	170	1,335	0,154	0,171	0,323
Ayant une carte de santé, vue	0,622	0,031	183	137	0,868	0,050	0,560	0,684
A reçu vaccination BCG	0,895	0,028	183	137	1,243	0,031	0,839	0,950
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,673	0,050	183	137	1,456	0,075	0,573	0,774
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,666	0,049	183	137	1,401	0,073	0,568	0,763
A reçu vaccination rougeole	0,645	0,038	183	137	1,060	0,058	0,569	0,720
Vacciné contre toutes les maladies	0,547	0,046	183	137	1,234	0,083	0,456	0,639
Poids pour taille (-2ET)	0,092	0,022	297	205	1,239	0,245	0,047	0,137
Taille pour âge (-2ET)	0,253	0,033	297	205	1,261	0,130	0,187	0,319
Poids pour âge (-2ET)	0,243	0,029	297	205	1,083	0,118	0,186	0,300
Anémie chez les enfants	0,884	0,027	222	148	1,132	0,030	0,831	0,938
Anémie chez les femmes	0,652	0,037	351	250	1,453	0,057	0,577	0,726
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,155	0,018	317	224	0,887	0,118	0,118	0,192
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,211	0,279	na	2352	1,394	0,045	5,653	6,769
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	55,924	7,557	2075	1561	1,406	0,135	40,810	71,039
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	43,855	5,661	2078	1564	1,259	0,129	32,534	55,176
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	99,779	11,832	2078	1564	1,707	0,119	76,116	123,443
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	111,267	12,295	2112	1594	1,242	0,111	86,676	135,858
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	199,944	19,997	2115	1596	1,940	0,100	159,951	239,938
Prévalence VIH	0,003	0,003	361	229	1,021	1,013	0,000	0,009
HOMMES								
Milieu urbain	0,255	0,040	373	247	1,765	0,156	0,176	0,335
Alphabétisé	0,348	0,033	373	247	1,338	0,095	0,282	0,414
Sans instruction	0,601	0,041	373	247	1,632	0,069	0,519	0,684
Instruction secondaire ou plus	0,141	0,025	373	247	1,384	0,177	0,091	0,191
Jamais marié (en union)	0,235	0,039	373	247	1,778	0,166	0,157	0,314
Actuellement marié (en union)	0,677	0,035	373	247	1,431	0,051	0,608	0,747
Prévalence VIH (15-49)	0,005	0,005	302	207	1,239	0,960	0,000	0,016
Prévalence VIH (15-59)	0,005	0,005	335	230	1,247	0,967	0,000	0,015

na = Non applicable

Tableau B.14 Erreurs de sondage, échantillon Thiès,, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _W)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,592	0,025	1533	1974	2,004	0,043	0,541	0,642
Alphabétisée	0,384	0,034	1533	1974	2,756	0,089	0,316	0,453
Sans instruction	0,535	0,037	1533	1974	2,939	0,070	0,460	0,610
Instruction secondaire ou plus	0,161	0,023	1533	1974	2,497	0,146	0,114	0,208
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,587	0,031	1231	1537	1,118	0,053	0,525	0,650
Jamais mariée (en union)	0,315	0,018	1533	1974	1,524	0,057	0,279	0,352
Actuellement mariée (en union)	0,636	0,018	1533	1974	1,494	0,029	0,599	0,673
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,542	0,026	1151	1479	1,736	0,047	0,491	0,593
Actuellement enceinte	0,079	0,009	1533	1974	1,360	0,118	0,060	0,098
Enfants nés vivants	2,525	0,089	1533	1974	1,194	0,035	2,347	2,702
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,334	0,201	244	315	1,024	0,032	5,932	6,736
Enfants survivants	2,228	0,070	1533	1974	1,076	0,031	2,088	2,367
Connait une méthode contraceptive	0,985	0,005	981	1255	1,319	0,005	0,975	0,995
A utilisé une méthode	0,338	0,027	981	1255	1,810	0,081	0,283	0,392
Utilise actuellement une méthode	0,172	0,016	981	1255	1,332	0,093	0,140	0,204
Utilise actuellement la pilule	0,061	0,009	981	1255	1,221	0,154	0,042	0,079
Utilise actuellement le DIU	0,004	0,002	981	1255	1,030	0,530	0,000	0,008
Utilise actuellement le condom	0,016	0,004	981	1255	0,947	0,235	0,009	0,024
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	981	1255	1,012	0,453	0,000	0,010
Utilise actuellement la continence périodique	0,009	0,004	981	1255	1,283	0,422	0,001	0,017
Utilise une source du secteur publique	0,779	0,040	145	193	1,162	0,051	0,699	0,860
Ne veut plus d'enfants	0,236	0,016	981	1255	1,203	0,069	0,203	0,269
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,423	0,016	981	1255	1,004	0,037	0,392	0,455
Nombre d'enfants idéal	5,295	0,155	1363	1773	2,753	0,029	4,986	5,604
Mères reçues injection antitétanique	0,930	0,014	735	937	1,501	0,015	0,902	0,958
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,625	0,034	1097	1404	1,903	0,055	0,557	0,693
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,163	0,020	1033	1323	1,687	0,125	0,122	0,204
A reçu le traitement SRO	0,139	0,030	165	216	1,085	0,218	0,079	0,200
A consulté du personnel médical	0,133	0,039	165	216	1,409	0,290	0,056	0,210
Ayant une carte de santé, vue	0,753	0,039	232	306	1,357	0,051	0,675	0,830
A reçu vaccination BCG	0,928	0,024	232	306	1,440	0,026	0,879	0,976
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,830	0,031	232	306	1,251	0,037	0,769	0,891
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,757	0,051	232	306	1,836	0,068	0,655	0,860
A reçu vaccination rougeole	0,772	0,032	232	306	1,175	0,042	0,707	0,837
Vacciné contre toutes les maladies	0,593	0,047	232	306	1,468	0,080	0,498	0,687
Poids pour taille (-2ET)	0,061	0,015	369	469	1,119	0,241	0,031	0,090
Taille pour âge (-2ET)	0,086	0,017	369	469	1,050	0,195	0,052	0,119
Poids pour âge (-2ET)	0,134	0,033	369	469	1,547	0,243	0,069	0,199
Anémie chez les enfants	0,838	0,024	308	394	1,185	0,029	0,790	0,886
Anémie chez les femmes	0,594	0,023	492	649	1,029	0,038	0,549	0,639
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,185	0,016	465	616	0,914	0,088	0,153	0,218
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,418	0,242	na	5463	1,265	0,045	4,934	5,901
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	33,001	5,200	2022	2600	1,184	0,158	22,601	43,400
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	27,343	4,239	2024	2602	1,165	0,155	18,865	35,821
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	60,344	6,370	2024	2602	1,121	0,106	47,604	73,083
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	43,661	5,751	2033	2614	1,133	0,132	32,159	55,164
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	101,371	9,310	2035	2615	1,289	0,092	82,751	119,990
Prévalence VIH	0,004	0,003	505	601	1,027	0,691	0,000	0,010
HOMMES								
Milieu urbain	0,638	0,042	421	538	1,792	0,066	0,554	0,722
Alphabétisé	0,588	0,049	421	538	2,028	0,083	0,490	0,685
Sans instruction	0,385	0,048	421	538	2,023	0,125	0,289	0,481
Instruction secondaire ou plus	0,335	0,042	421	538	1,806	0,124	0,252	0,419
Jamais marié (en union)	0,562	0,031	421	538	1,283	0,055	0,500	0,625
Actuellement marié (en union)	0,427	0,032	421	538	1,322	0,075	0,363	0,491
Prévalence VIH (15-49)	0,003	0,003	334	444	0,952	0,989	0,000	0,008
Prévalence VIH (15-59)	0,002	0,002	368	493	0,949	0,991	0,000	0,007

na = Non applicable

Tableau B.15 Erreurs de sondage, échantillon Ziguinchor, EDS-IV Sénégal 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N _□)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,543	0,048	1005	562	3,036	0,088	0,447	0,638
Alphabétisée	0,521	0,024	1005	562	1,543	0,047	0,472	0,570
Sans instruction	0,394	0,028	1005	562	1,840	0,072	0,337	0,451
Instruction secondaire ou plus	0,209	0,021	1005	562	1,641	0,101	0,167	0,252
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,905	0,016	810	452	1,224	0,018	0,874	0,937
Jamais mariée (en union)	0,227	0,017	1005	562	1,309	0,076	0,192	0,261
Actuellement mariée (en union)	0,717	0,021	1005	562	1,489	0,030	0,675	0,760
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,619	0,036	727	409	1,971	0,057	0,548	0,690
Actuellement enceinte	0,075	0,009	1005	562	1,051	0,117	0,058	0,093
Enfants nés vivants	2,618	0,112	1005	562	1,188	0,043	2,395	2,841
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,578	0,282	168	95	1,274	0,043	6,015	7,141
Enfants survivants	2,182	0,087	1005	562	1,116	0,040	2,008	2,355
Connait une méthode contraceptive	0,993	0,003	710	403	0,816	0,003	0,988	0,998
A utilisé une méthode	0,506	0,028	710	403	1,473	0,055	0,451	0,561
Utilise actuellement une méthode	0,245	0,020	710	403	1,236	0,081	0,205	0,285
Utilise actuellement la pilule	0,019	0,006	710	403	1,172	0,313	0,007	0,032
Utilise actuellement le DIU	0,005	0,003	710	403	1,111	0,563	0,000	0,012
Utilise actuellement le condom	0,115	0,019	710	403	1,544	0,161	0,078	0,152
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,003	710	403	1,151	0,587	0,000	0,012
Utilise actuellement la continence périodique	0,018	0,005	710	403	1,021	0,281	0,008	0,029
Utilise une source du secteur publique	0,438	0,046	157	86	1,168	0,106	0,346	0,531
Ne veut plus d'enfants	0,183	0,012	710	403	0,845	0,067	0,158	0,208
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,288	0,022	710	403	1,312	0,078	0,243	0,332
Nombre d'enfants idéal	5,304	0,117	840	476	1,647	0,022	5,071	5,538
Mères reçues injection antitétanique	0,922	0,011	432	246	0,839	0,012	0,901	0,944
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,501	0,034	628	360	1,451	0,068	0,433	0,569
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,168	0,020	574	329	1,288	0,121	0,128	0,209
A reçu le traitement SRO	0,210	0,043	98	55	1,052	0,203	0,125	0,296
A consulté du personnel médical	0,317	0,047	98	55	0,998	0,149	0,223	0,411
Ayant une carte de santé, vue	0,875	0,031	134	74	1,018	0,035	0,813	0,937
A reçu vaccination BCG	1,000	0,000	134	74	na	0,000	1,000	1,000
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,855	0,029	134	74	0,898	0,034	0,798	0,913
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,857	0,023	134	74	0,703	0,026	0,812	0,902
A reçu vaccination rougeole	0,859	0,046	134	74	1,418	0,053	0,767	0,950
Vacciné contre toutes les maladies	0,744	0,043	134	74	1,069	0,058	0,658	0,830
Poids pour taille (-2ET)	0,039	0,012	215	127	0,959	0,316	0,014	0,064
Taille pour âge (-2ET)	0,141	0,023	215	127	0,988	0,166	0,095	0,188
Poids pour âge (-2ET)	0,104	0,022	215	127	0,954	0,214	0,059	0,148
Anémie chez les enfants	0,645	0,036	192	114	1,110	0,056	0,573	0,717
Anémie chez les femmes	0,436	0,038	358	203	1,447	0,086	0,361	0,512
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,147	0,025	322	182	1,250	0,167	0,098	0,196
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,974	0,325	na	1536	1,328	0,065	4,324	5,623
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	31,628	6,572	1256	720	1,325	0,208	18,484	44,772
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	37,637	6,212	1261	723	1,054	0,165	25,213	50,061
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	69,265	7,524	1261	723	1,025	0,109	54,217	84,313
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	64,426	6,564	1268	726	0,904	0,102	51,299	77,553
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	129,229	9,364	1273	729	0,975	0,072	110,501	147,956
Prévalence VIH	0,034	0,008	360	172	0,795	0,224	0,019	0,049
HOMMES								
Milieu urbain	0,583	0,044	339	170	1,640	0,075	0,495	0,671
Alphabétisé	0,723	0,032	339	170	1,302	0,044	0,659	0,786
Sans instruction	0,187	0,035	339	170	1,644	0,186	0,118	0,257
Instruction secondaire ou plus	0,414	0,043	339	170	1,595	0,103	0,329	0,500
Jamais marié (en union)	0,288	0,037	339	170	1,514	0,130	0,213	0,362
Actuellement marié (en union)	0,626	0,033	339	170	1,247	0,052	0,560	0,692
Prévalence VIH (15-49)	0,008	0,006	297	146	1,084	0,694	0,000	0,020
Prévalence VIH (15-59)	0,011	0,007	322	159	1,100	0,573	0,000	0,024

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE C

Tableau C.1 Répartition par âge des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Âge	Femmes		Hommes		Âge	Femmes		Hommes	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent		Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
0	1 222	4,1	1 179	3,5	36	215	0,7	276	0,8
1	1 095	3,7	980	2,9	37	197	0,7	318	0,9
2	1 040	3,5	976	2,9	38	250	0,8	305	0,9
3	1 023	3,4	1 029	3,1	39	186	0,6	288	0,9
4	996	3,3	967	2,9	40	336	1,1	403	1,2
5	971	3,2	957	2,9	41	151	0,5	199	0,6
6	995	3,3	894	2,7	42	242	0,8	284	0,8
7	973	3,2	1 062	3,2	43	167	0,6	191	0,6
8	966	3,2	972	2,9	44	170	0,6	226	0,7
9	787	2,6	798	2,4	45	379	1,3	315	0,9
10	970	3,2	928	2,8	46	161	0,5	174	0,5
11	716	2,4	722	2,2	47	164	0,5	231	0,7
12	923	3,1	926	2,8	48	198	0,7	197	0,6
13	813	2,7	879	2,6	49	114	0,4	140	0,4
14	759	2,5	806	2,4	50	249	0,8	308	0,9
15	774	2,6	787	2,3	51	119	0,4	219	0,7
16	690	2,3	800	2,4	52	182	0,6	324	1,0
17	656	2,2	730	2,2	53	128	0,4	199	0,6
18	688	2,3	841	2,5	54	124	0,4	174	0,5
19	512	1,7	546	1,6	55	196	0,7	305	0,9
20	628	2,1	841	2,5	56	99	0,3	150	0,4
21	431	1,4	521	1,6	57	93	0,3	148	0,4
22	499	1,7	648	1,9	58	90	0,3	146	0,4
23	418	1,4	504	1,5	59	66	0,2	80	0,2
24	362	1,2	499	1,5	60	219	0,7	316	0,9
25	542	1,8	689	2,1	61	71	0,2	65	0,2
26	330	1,1	435	1,3	62	120	0,4	126	0,4
27	388	1,3	472	1,4	63	99	0,3	101	0,3
28	362	1,2	490	1,5	64	88	0,3	58	0,2
29	275	0,9	367	1,1	65	137	0,5	223	0,7
30	522	1,7	609	1,8	66	68	0,2	73	0,2
31	202	0,7	344	1,0	67	71	0,2	71	0,2
32	349	1,2	372	1,1	68	68	0,2	85	0,3
33	229	0,8	347	1,0	69	47	0,2	42	0,1
34	279	0,9	363	1,1	70+	910	3,0	937	2,8
35	412	1,4	507	1,5	NSP/ND	17	0,1	20	0,1
					Total	29 990	100,0	33 502	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Population des femmes âgées de 10-54 ans dans les ménages	Femmes enquêtées âgées de 15-49		Pourcentage de femmes
		Effectif	Pourcentage	
10-14	4 260	na	na	na
15-19	3 703	3 498	24,6	94,5
20-24	3 013	2 775	19,5	92,1
25-29	2 454	2 297	16,1	93,6
30-34	2 035	1 925	13,5	94,6
25-39	1 694	1 572	11,0	92,8
40-44	1 303	1 203	8,5	92,3
45-49	1 056	958	6,7	90,8
50-54	1 224	na	na	na
15-49	15 256	14 227	100,0	93,3

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.

na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 15-59 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDS-IV Sénégal 2005

Groupe d'âges	Population des hommes des ménages âgés de 15-54 ans	Hommes enquêtés âgés de 15-59		Pourcentage d'hommes éligibles enquêtés
		Effectif	Pourcentage	
15-19	1 081	947	24,7	87,7
20-24	751	667	17,4	88,9
25-29	620	532	13,9	85,9
30-34	502	409	10,7	81,5
25-39	383	326	8,5	85,2
40-44	360	322	8,4	89,5
45-49	348	292	7,6	83,8
50-54	264	226	5,9	85,6
55-59	141	118	3,1	84,0
15-59	4 450	3 841	100,0	86,3

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS-IV Sénégal 2005

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage ayant des informations manquantes	Nombre de cas
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois uniquement		9,43	27 773
Mois et année		0,23	27 773
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,69	3 615
Âge/date de première union ¹	Femmes non-célibataires 15-49 ans	0,63	10 661
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes 15-49 ans	0,00	14 602
Diarrhée les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	4,21	9 709
Anthropométrie²	Enfants vivants de 0-59 mois (à partir du questionnaire ménage)		
Taille		11,73	3 495
Poids		11,25	3 495
Taille ou poids		11,88	3 495
Anémie³			
Anémie chez les enfants	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	17,82	3 063
Anémie chez les femmes	Toutes les femmes 15-49 ans (à partir du questionnaire ménage)	17,75	5 342

¹ Sans information pour l'âge et l'année
² Enfant non-mesuré
³ Non-testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année du calendrier depuis la naissance

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants survivants (S), les enfants décédés (D) et l'ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, EDS-IV Sénégal 2005

Années	Effectif des naissances			Pourcentage ayant une date de naissance complète ¹			Rapport de masculinité à la naissance ²			Rapport de naissances annuelles ³		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2005	724	28	752	99,8	100,0	99,9	89,5	219,0	92,5	na	na	na
2004	2 231	112	2 343	99,5	98,9	99,5	112,3	162,8	114,3	na	na	na
2003	2 033	141	2 174	99,3	98,0	99,2	101,3	107,9	101,7	98,2	88,8	97,5
2002	1 910	206	2 117	97,8	93,0	97,3	108,6	131,6	110,6	101,7	123,9	103,5
2001	1 725	192	1 917	97,3	91,9	96,8	105,2	105,1	105,2	97,0	88,7	96,1
2000	1 645	226	1 870	96,3	92,8	95,9	97,6	147,2	102,5	92,8	83,7	91,6
1999	1 819	347	2 167	90,8	77,0	88,6	104,5	108,3	105,1	112,3	124,1	114,0
1998	1 596	334	1 930	87,2	81,9	86,3	99,3	104,1	100,1	90,9	102,1	92,7
1997	1 691	307	1 998	86,6	76,9	85,1	94,8	108,3	96,8	110,3	94,6	107,6
1996	1 470	314	1 784	87,2	76,7	85,4	113,7	124,7	115,6	97,1	106,3	98,6
2001-2005	8 623	680	9 303	98,7	95,0	98,4	105,3	125,0	106,7	na	na	na
1996-2004	8 221	1 528	9 749	89,7	80,3	88,2	101,6	115,6	103,6	na	na	na
1991-1995	6 550	1 226	7 775	85,7	74,4	83,9	104,5	123,2	107,3	na	na	na
1986-1990	4 955	1 012	5 966	84,5	76,0	83,1	95,2	112,7	98,0	na	na	na
< 1986	4 607	1 369	5 975	82,0	74,3	80,2	105,7	114,1	107,5	na	na	na
Ensemble	32 955	5 814	38 769	89,4	78,6	87,8	102,7	117,4	104,8	na	na	na

¹ Année et mois de naissance déclarés.
² $(Nm/Nf) \times 100$, où Nm est le nombre de naissances masculines et Nf le nombre de naissances féminines.
³ $[2Nx/(Nx-1 + Nx+1)] \times 100$, où Nx est le nombre de naissance de l'année x.
na = Non applicable

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonataux survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDS-IV Sénégal 2005

Age au décès en jours	Nombre d'années avant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	95	108	64	44	311
1	61	71	33	29	194
2	26	43	18	23	110
3	45	49	40	22	155
4	14	16	15	12	57
5	6	20	14	16	55
6	21	23	25	17	86
7	17	32	32	14	96
8	17	13	14	12	56
9	5	8	5	7	25
10	4	5	6	4	19
11	0	0	2	0	2
12	2	2	0	1	5
13	2	1	0	5	9
14	6	2	0	1	9
15	16	24	26	10	76
16	4	2	0	1	7
17	1	4	1	1	7
18	0	2	1	0	2
19	1	0	0	0	1
20	5	4	9	2	18
21	3	4	4	4	14
22	0	2	0	0	2
24	0	1	0	0	1
25	2	0	0	0	2
28	5	0	1	0	5
29	2	1	0	1	3
30	0	2	0	1	3
31+	0	0	2	0	2
Manquant	0	1	3	0	3
Total 0-30 jours	359	439	308	227	1 332
Pourcentage néonatal précoce ¹	74,5	75,1	67,8	72,3	72,8

¹ = 6 jours / = 30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDS-IV Sénégal 2005

Âge au décès en mois	Nombre d'années avant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 ^a	361	444	312	227	1 344
1	39	48	30	14	131
2	33	37	32	14	116
3	19	32	27	23	101
4	16	35	10	12	73
5	12	23	12	6	53
6	39	42	26	19	126
7	20	20	20	10	71
8	12	25	27	7	71
9	20	36	25	11	92
10	7	19	8	5	39
11	11	19	6	4	39
12	19	18	20	16	72
13	6	12	7	0	25
14	1	9	7	5	21
15	3	5	3	3	14
16	3	7	3	4	17
17	5	3	4	4	15
18	4	34	17	21	76
19	1	6	7	4	18
20	1	8	1	8	18
21	1	5	1	2	9
22	4	4	4	3	15
23	2	4	4	3	13
24+	4	19	8	9	40
ND	0	0	2	0	2
1 année	49	152	98	74	373
Total 0-11	588	779	535	353	2 256
Pourcentage néonatal ¹	61,3	56,9	58,3	64,3	59,6

^a Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours.

¹ Moins d'un mois/moins d'un an

DIRECTION

Salif Ndiaye
Directeur du CRDH

COMPTABILITÉ

Cabinet d'Expert Comptable Saliou Sarr

ASSISTANTE ADMINISTRATIVE

Madame Ndiaye Mame Boucar Diouf

LOGISTIQUE

Cheikh Abdou Khadre Diouf
Alphonse Codé Ndiaye

REPROGRAPHIE

Abdel Kader Diarra,
Mouhamed Lamine Mané
Assane Gaye

AGENT DE SÉCURITÉ

Jean Waly Ndiaye

ENTRETIEN DES LOCAUX

Fatou Diallo
Yacine Ndiaye
Ndiémé Sall

CHERCHEURS DU CRDH

Baka Tambouri Ndiaye, statisticien, Responsable des opérations de terrain
Ousmane Wade, Maître en Santé publique, Chargé de la coordination médicale
Babou Diahm, Professeur d'Université, Nutritionniste
Abdourahmane Barry, Démographe

PERSONNELS DE LABORATOIRE POUR LA SÉROLOGIE DU VIH

Professeur Souleymane Mboup, Directeur du Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (LBV) du CHU Le Dantec
Docteur Aïssatou Guèye Ndiaye, Chercheur au LBV
Docteur Aïssatou Guèye Gaye, Chercheur au LBV

ÉCHANTILLONNAGE

Mamadou Diagne, Statisticien
Mamadou Diatta, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique
Abdalah Fall, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique
Sitapha Diamé, statisticien, Direction de la Prévision et de la Statistique

TRADUCTION DES QUESTIONNAIRES DANS LES LANGUES NATIONALES

Tahir Diop : Wolof

Khady Sarr, Mahé Diouf : Sérér

Penda Thiam, Mamadou Pène : Poular

Al Fousseynou Diamé, Sitapha Diamé : Mandingue

CARTOGRAPHIE ET DÉNOMBREMENT DES MÉNAGES

Malick Ba	Cheikh Tidiane Ndiaye
Clément Babacar Baraye	Mbouya Ndiaye
Kéba Cissé	Alioune Niang
Pape Waly Diaffate	Yaya Sané
Ibrahima Diagne	Babacar Sarr
Alioune Diop	Mor Seck
Bah Fall	Olivier Seck
El Hadj Malick Faye	Pape Malick Sow
Pape Maty Faye	Souleymane Sow
Babou Mbengue	Pierre Baye Thiaw

PERSONNELS DE TERRAIN

Superviseurs

Mamadou Diatta, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique
Daouda Diop, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique
Abdalah Fall, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique
Alphonse Codé Ndiaye, Agent technique de la Statistique, Direction de la Prévision et de la Statistique

Chefs d'équipe

Georges Abass Ba	Salif Camara	Alioune Badara Djiba
Malick Ba	Kéba Cissé	Pape maty Faye
Youssou Ba	Arona Diagne	Soudou Faye
El Hadji Birahim Boye	Ibrahima Dieng	Amadou Lamine Janteh
Djibril Camara	Phillipert Diédhiou	Mbouya Ndiaye

Contrôleuses

Aminata Cissé	Oumou Sow Fall	Fatou Fall Sarr
Aminata Sall Dièye	Tabaski Diouf	Fatou Sène
Aïda Diagne Diop	Seynabou Mbaye	Ndèye Wolimata Sy
Ndèye Mayé Diouf	Ndèye Boury Ndao	Gamou Diouf Tall
Seynabou Marième Diouf	Seynabou Ndiaye	Fatimata Thiam

Enquêtrices

Sophie Aïdara
Fatoumata Diaraye Baldé
Aïssatou Bassoum
Astou Boye
Karfa Bintou Camara
Ramatoulaye Cissé
Salimata Coly
Salimatou Diallo
Khadidia Diaw
Oulimata Sarr Diaw
Diarétou Diédhiou
Fatoumata Diémé
Marième Dièye
Aby Diop
Aïssatou Diop

Awa Diop
Oulimata Diop
Faty Fall
Ndèye Amy Fall
Ramatoulaye Fall
Aïssatou Faye
Ngayta Faye
Charlotte Guèye
Sokhna Rokhaya Kandji
Mame Gnagna Kane
Aminata Konté
Elizabeth Aïssatou Mbengue
Ndèye Fatou Nahm
Amy Ndiaye
Khady Ndiaye

Khady Niang
Aïssatou Pouye
Mariama Sall
Clara Sadio
Pauline Sané
Kharguetta Salla Sarr
Hélène Diouma Sène
Coumba Sow
Fatimata Sow
Korka Sow
Mariam Sow
Al Fathiha Tall
Maïmouna Thiam

CHAUFFEURS

Mbaye Bathie
Samba Bèye
Fallou Diakhaté
Samba Diop
Mahécor Diouf
Pape Malick Diouf
Modou Fall

Papa Seydina Guèye
Yoro Ka
Boubacar Konaté
Ibrahima Loom
Mamadou Mbaye
Bocar Ndiaye
Jean Pierre Issa Ndiaye

Abdou Ngom
Mamadou Niane
Youssouph Sagna
Abdoulaye Sène
Daouda Sonko
Mamadou Sy

TRAITEMENT INFORMATIQUE

Superviseurs

Ibrahima Sèye
Mamadou Faye

Opératrices de saisie

Mada Coly
Mouhadji A. Daff
Ndèye Fatou Déme
Amy Dieng
Fabinetou Diouf
Khady Diop
Kéwé Faye Diouf
Katy Diop
Ndèye Ardiouma Diouf
Ndèye Selbé Diouf

Yaye Moundaw Diouf
Sassy Fall
Ndèye Débo Faye
Oumou Kalsoum Gadio
Ndèye Awa Guèye
Dieck Gningue
Félicité Sidoné Gomis
Nafy Kanouté
Ndèye Awa Marone
Maïmouna Ndiaye

Malène Ndiaye
Pape Samba Niang
Yacine Sané
Aïssatou Amadou Sarr
Mata Sarr
Ousseynou Sarr
Aminata Soumaré
Ndèye Fatou Soumaré
Thielo Sy
Ya Arame Thiam

Vérification et codification

Abdel Kader Diarra
Mamadou Diagne
Abdalah Fall

ASSISTANCE TECHNIQUE DE MACRO INTERNATIONAL

Mohamed Ayad, conception, exécution et analyse
Keith Purvis, traitement informatique
Harouna Kuché, traitement informatique
Noureddine Abderrahim, traitement informatique
Ruilin Ren, plan de sondage
Monique Barrère, édition technique du rapport
Sidney Moore, édition du rapport
Kaye Mitchell, production du rapport
John Chang, préparation de la couverture et de la carte
Andrew Inglis, préparation de la carte

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr><td>MÉNAGE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONCES...</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRAPPE...</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)...</td><td></td><td></td></tr> </table>	MÉNAGE			CONCES...			GRAPPE...			RÉGION			MILIEU			MILIEU (DÉTAILLÉ)...		
MÉNAGE																			
CONCES...																			
GRAPPE...																			
RÉGION																			
MILIEU																			
MILIEU (DÉTAILLÉ)...																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE CONCESSION																			
NUMÉRO DE GRAPPE																			
RÉGION																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																			
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2)																		
LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2) DANS L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE.	ENQUÊTE HOMME ... <input type="checkbox"/>																		
	QUESTIONS ADDITIONNELLES ... <input type="checkbox"/> 2																		

VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR
				MOIS
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE... 2 0 0 5
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE ENQU. ...
				CODE RÉSULTA'
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES
<p>*CODES RÉSULTATS :</p> <p>1 REMPLI</p> <p>2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE</p> <p>3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE</p> <p>4 DIFFÉRÉ</p> <p>5 REFUSÉ</p> <p>6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE</p> <p>7 LOGEMENT DÉTRUIT</p> <p>8 LOGEMENT NON TROUVÉ</p> <p>9 AUTRE _____ (PRÉCISER)</p>				<p>TOTAL DANS LE MÉNAGE</p> <p>TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES</p> <p>TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES</p> <p>N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE</p>

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	MALADIE CHRONIQUE		ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?		SI ÂGE DE 15-59 ANS	Est-ce que (NOM) a été très malade au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ? Par 'très malade' je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEM- MES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE DE LIGNE DE TOUS LES EN- FANTS DE MOINS DE 6 ANS	VERIFIER SI LE MENAGE EST SEL- ECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(9)	(9A)	
01		<input type="text"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI NON 1 2	01	01	01	
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	02	02	02	
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	03	03	03	
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	04	04	04	
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	05	05	05	
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	06	06	06	
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	07	07	07	
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	08	08	08	
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	09	09	09	
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2	10	10	10	

^ CODES POUR Q.3 : LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE |
| 02 = MARI OU FEMME | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 03 = FILS OU FILLE | 09=CO-EPOUSE |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILL | 10 = AUTRES PARENTS |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE F | 11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN |
| 06 = PÈRE OU MÈRE | 12 = SANS PARENTÉ |
| | 98 = NE SAIT PAS |

N° LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				DÉCLAR. DE LA NAISSANCE	INSTRUCTION						
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ?	SI MÈRE EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ?	SI PÈRE EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE LE N° DE LIGNE DU PÈRE		SI 0-4 ANS (NOM) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-il/elle été enregistrée à l' état civil?	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	(10)	(11)	(12)	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	O N NSP 1 2 8	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8	OUI NON 1 2 LIGNE ← SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON 1 2 ↓ ALLER À 18	OUI NON 1 2 ALLER ← À 19	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON 1 2 LIGNE ← SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>
01	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
02	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
08	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
09	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT
LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.

AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS
NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE

*** CODES POUR Q.15, 18 ET 20

NIVEAU D'INSTRUCTION :

1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE
3 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

CLASSE :

00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	MALADIE CHRONIQUE		ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?		SI ÂGE DE 15-59 ANS	Est-ce que (NOM) a été très malade au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ? Par 'très malade' je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEM- MES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE DE LIGNE DE TOUS LES EN- FANTS DE MOINS DE 6 ANS	VERIFIER SI LE MENAGE EST SEL- ECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(9)	(9A)	
11		<input type="checkbox"/>	H F 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	11	11	11	
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	12	12	12	
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	13	13	13	
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	14	14	14	
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	15	15	15	
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	16	16	16	
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	17	17	17	
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	18	18	18	
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	19	19	19	
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	20	20	20	

* CODES POUR Q.3 : LIENS DE PARENTÉ
AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = CO-EPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN
GARDE/ENF DU CONJOINT
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS
CONCERNENT
LES PARENTS
BIOLOGIQUES
DE L'ENFANT.

AUX Q.11 ET Q.13,
NOTER '00' SI
LES PARENTS
NE SONT PAS LISTÉS
DANS LE TABLEAU
DE MÉNAGE.

*** CODES POUR Q.15, 18 ET 20
NIVEAU D'INSTRUCTION :
1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE
3 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

CLASSE :
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				DÉCLAR. DE LA NAISSANCE	INSTRUCTION						
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ?	SI MÈRE EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ?	SI PÈRE EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE LE N° DE LIGNE DU PÈRE		SI 0-4 ANS (NOM) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-il/elle été enregistrée à l' état civil?	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ? Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau? ***		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS (NOM) fréquente-t-il actuellement l'école ? Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment? Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ?*** Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ? Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? ***			
	(10)	(11)	(12)	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		O N NSP	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE
11	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
12	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
13	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
14	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
15	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
16	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
17	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
18	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
19	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>
20	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 → ALLER À 18	1 2 ALLER ← À 19	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ← SUIVANTE	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

3) Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ? OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

ENFANTS DE 3-14 ANS			PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE DE 3-5 ANS			TRAVAIL AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE					
NO.DE LIGNE	NOM	ÂGE	Au cours de cette année scolaire, (NOM) fréquente t-il/elle un lieu d'encadrement en dehors de la maison tel qu'une école maternelle, une Case des Tout Petits, un centre communautaire, ou autre ?	SI OUI		Depuis combien d'années ?	SI ÂGÉ DE 5-14 ANS				
				Lequel ? 1= Ec.maternelle 2= Jardin d'enfant 3= Case de TP 4= Ec.primaire 5= Daara, Coran 6= Centre commun 7= Autre	INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIE		Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE), (NOM) avait-il/elle fait un travail quel conque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage ?	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple: faire des courses, faire la cuisine, nettoyer, chercher de l'eau garder les enfants laver les vêtements....?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-il/elle passé à faire ces travaux ménagers ?	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-il/elle fait des/d'autres travaux pour la famille (dans une ferme, un commerce, dans les affaires, ...)?
DE LA COL. (1)	NOM DE LA COL. (2)	DE LA COL.(7)			INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIE	INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIE	1: OUI, PAYE 2: OUI, PAS PAYE 3: AUCUN TRAVAIL				
(20A)	(20B)	(20C)	(20D)	(20E)	(20F)	(20G)	(20H)	(20I)	(20J)	(20K)	
		<input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI OUI NON PAYE PAS P. 1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2 ↳ ALLER À 20K	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	
		<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↳ ALLER À 20G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ↳ ALLER À 20I	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 20K	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE SUIVANTE	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT 11 DANS COUR/CONCESSION ... 12 ROBINET PUBLIC 13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DS LOGEMENT 21 DANS COUR/CONCESSION ... 22 PUITS PUBLIC OUVERT 23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DS LOGEMENT. 31 DANS COUR/CONCESSION ... 32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ ... 33 EAU DE SURFACE SOURCE 41 FLEUVE/RIVIÈRE 42 MARE/LAC 43 BARRAGE 44 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 EAU EN BOUTEILLE 71 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 23
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ? SI 6 HEURES (360 MN) OU PLUS, ENREGISTRER "360".	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE 996	
22A	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus propre avant de la boire ? Par exemple la faites-vous bouillir ou la filtrez-vous ou bien ajoutez-vous un produit quelconque avant de l'utiliser comme eau de boisson ?	NON/RIEN 1 BOUILLIR 2 FILTRER AVEC TISSU 3 FILTRE À EAU 4 AJOUT EAU JAVEL/CHLORE 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
22B	Vous avez dit que l'eau que boivent principalement les membres de votre ménage provient principalement de (SOURCE INDIQUÉE À Q.21), Y a-t-il eu des coupures d'eau ou un manque d'eau à cette source au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2	→ 23
22C	Ces coupures ou manques d'eau arrivaient-ils chaque jour, plusieurs jours par semaine, quelques jours par semaine ou rarement ?	CHAQUE JOUR 1 PLUSIEURS JOURS/SEMAINE 2 QUELQUES JOURS/SEMAINE 3 RAREMENT 4	
22D	Combien de temps a duré la coupure ou le manque d'eau au cours des deux dernières semaines : des heures, plus d'une journée, plus d'une semaine ou tout le temps ?	PLUSIEURS HEURES 1 PLUS D'UNE JOURNÉE 2 PLUS D'UNE SEMAINE 3 PAS D'EAU DANS 2 D.SEMAINES ... 4	
23	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT . 11 CHASSE BRANCHÉE À FOSSE . 12 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES 21 AMÉLIORÉES 22 PAS DE TOILETTES /NATURE ... 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 24C
23A	Les toilettes se situent-elles à l'intérieur ou à l'extérieur de la concession ou du logement ?	À L'INTÉRIEUR 1 À L'EXTÉRIEUR 2 DANS LES DEUX 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
24	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2	→ 24C

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																																
24A	Combien d'autres ménages utilisent-ils ces toilettes? SI 5 MÉNAGES OU PLUS, ENREGISTRER "5".	NBRE D'AUTRES MÉNAGES <input type="text"/>																																																	
24B	Ces toilettes appartiennent-elles exclusivement aux ménages qui les utilisent ou bien s'agit-il de toilettes publiques ou communautaires ?	TOILETTES PRIVÉES 1 TOILETTES PUBLIQ/COMMUNAU. . . 2																																																	
24C	Quel est le principal mode d'évacuation des ordures ménagères pour votre ménage ?	CAMION DE RAMASSAGE 1 CALÈCHE/CHARRETTE 2 DÉPÔT AUTORISÉ 3 DÉPÔT SAUVAGE 4 ENFOUISSEMENT 5 INCINÉRATION 6 AUTRE 7 (PRÉCISER)																																																	
24D	Quel est le principal mode d'évacuation des eaux usées pour votre ménage ?	PAR LES ÉGOUTS 1 CANAL FERMÉ 2 CANAL OUVERT 3 GRILLE, BOUCHE AVALOIRE 4 DANS LA MER/FLEUVE 5 TROU 6 DANS LA NATURE 7 AUTRE 8 (PRÉCISER)																																																	
25	Dans votre ménage, y-a-t-il : L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Une antenne MMDS/TV5 ? Un abonnement à CANAL ? Un téléphone fixe ? Un téléphone cellulaire ? Une machine à laver ? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? Un foyer amélioré ? Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? Un climatiseur ? Un ordinateur ? Internet à la maison ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ÉLECTRICITÉ</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RADIO</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉVISION</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>ANTENNE TV5</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CANAL</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉPHONE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TÉLÉP-CEL</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>MACHINE À LAVER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RÉFRIGÉRATEUR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE . . .</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>FOYER AMÉLIORÉ</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>VIDÉO/CD/DVD</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CLIMATISEUR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>ORDINATEUR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>INTERNET</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	ANTENNE TV5	1	2	CANAL	1	2	TÉLÉPHONE	1	2	TÉLÉP-CEL	1	2	MACHINE À LAVER	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	RÉCHAUD/CUISINIÈRE . . .	1	2	FOYER AMÉLIORÉ	1	2	VIDÉO/CD/DVD	1	2	CLIMATISEUR	1	2	ORDINATEUR	1	2	INTERNET	1	2	
	OUI	NON																																																	
ÉLECTRICITÉ	1	2																																																	
RADIO	1	2																																																	
TÉLÉVISION	1	2																																																	
ANTENNE TV5	1	2																																																	
CANAL	1	2																																																	
TÉLÉPHONE	1	2																																																	
TÉLÉP-CEL	1	2																																																	
MACHINE À LAVER	1	2																																																	
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																																																	
RÉCHAUD/CUISINIÈRE . . .	1	2																																																	
FOYER AMÉLIORÉ	1	2																																																	
VIDÉO/CD/DVD	1	2																																																	
CLIMATISEUR	1	2																																																	
ORDINATEUR	1	2																																																	
INTERNET	1	2																																																	
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ	1																																																
		GAZ BOUTEILLE	2																																																
		CHARBON DE BOIS	3																																																
		BOIS À BRÛLER, PAILLE	4																																																
		BOUSE	5																																																
		AUTRE 6																																																	
		(PRÉCISER)																																																	
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE . . 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)																																																	
27A	Parmi toutes les pièces dont dispose votre ménage, combien sont-elles généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?	NBRE DE PIÈCES DORMIR . <input type="text"/>																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
28	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède :		
		OUI NON	
	Des bicyclettes ?	BICYCLETTE 1 2	
	Des mobylettes ou motocyclettes ?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE 1 2	
	Une voiture personnelle ?	VOITURE PERSONNELLE . 1 2	
	Des voitures ou camions à titre commercial ?	VOITURE/CAMION 1 2	
	Des charrettes ?	CHARRETTE 1 2	
	Des charrues ?	CHARRUE 1 2	
	Des chevaux ?	CHEVAL 1 2	
	Des bœufs ?	BŒUFS 1 2	
	Des chameaux ?	CHAMEAUX 1 2	
	Des ânes ?	ANES 1 2	
	Des moutons/chèvres ?	MOUTONS/CHEVRE..... 1 2	
Des pirogues/filets de pêche ?	PIROGUES/FILETS 1 2		
Une volaille ?	VOLAILLE 1 2		
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1	→ 33
		NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
29A	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>			
30	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	
		VU 1 NON VU 2	VU 1 NON VU 2	VU 1 NON VU 2	
31	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96	
32	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 24 MOIS OU + ... 11 (PASSER À 32D) ↙ MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE - 24 MOIS 21 (PASSER À 32B) ↙ AUTRE 31 NSP/PAS SÛR ... 98	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 24 MOIS OU + ... 11 (PASSER À 32D) ↙ MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE - 24 MOIS 21 (PASSER À 32B) ↙ AUTRE 31 NSP/PAS SÛR ... 98	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 24 MOIS OU + ... 11 (PASSER À 32D) ↙ MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE - 24 MOIS 21 (PASSER À 32B) ↙ AUTRE 31 NSP/PAS SÛR ... 98	
32A	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8	
32B	Depuis que vous avez la moustiquaire, est-ce que vous l'avez trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP 8	
32C	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98	
32D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À												
32E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
		NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
		NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
		NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
		NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
		NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>													
32F		RETOURNER À 30 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33.		RETOURNER À 30 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33.													
33	Où vous lavez-vous les mains habituellement ?	DANS LE LOGEMENT/ DANS LA COUR/ DANS LA PARCELLE ... 1 QUELQUE PART D'AUTRE 2 NULLE PART 3			<input type="checkbox"/> → 35												
34	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU/ROBINET</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CUVETTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>				OUI	NON	EAU/ROBINET	1	2	SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT	1	2	CUVETTE	1	2	
	OUI	NON															
EAU/ROBINET	1	2															
SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT	1	2															
CUVETTE	1	2															
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÉRÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION).	0 PPM (PAS D'IODE) 1 MOINS DE 15 PPM 2 15 PPM OU PLUS 3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ... 4 SEL NON TESTÉ 6 (DONNER LA RAISON)															
35A	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : RÉGION RÉGION DE DAKAR (CODE 01) <input type="checkbox"/>	AUTRES RÉGIONS: <input type="checkbox"/> → 36															

35B	Votre ménage est-il propriétaire ou locataire de ce/cette logement/maison ou bien l'occupe-t-il gratuitement ?	PROPRIÉTAIRE/BAIL LONG TERM. 1 LOCATAIRE 2 OCCUPATION GRATUITE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 35F → 35F → 35F
35C	De quel type de document ou papier disposez-vous pour ce/cette logement/maison ?	TITRE FONCIER 1 CERTIFICAT ENR. FONCIER 2 CONTRAT DE BAIL 3 CERTIFICAT DE VENTE 4 PERMIS D'OCCUPER 5 AUCUN DOCUMENT 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)	
35D	Comment avez-vous acquis ce/cette logement/maison ?	ACHAT 1 LOCATION VENTE 2 DON 3 ATTRIBUTION 4 HÉRITAGE 5 ÉCHANGE AVEC D'AUTRES BIENS 6 ENVAHISSEMENT 7 AUTRE _____ 8 (PRÉCISER)	
35E	Ce/cette logement/maison est-il/elle à votre nom ou au nom d'une autre personne ?	CHEF DE MÉNAGE 1 ÉPOUSE/ÉPOUX 2 FILS OU FILLE 3 PÈRE OU MÈRE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 35H
35F	De quel type de document ou papier disposez-vous pour la location ou l'occupation de ce/cette logement/maison ?	CONTRAT DE LOCAT. ENREGISTRÉ 1 CONTRAT DE LOCAT. NON ENR. 2 ACCORD INFORMEL ÉCRIT 3 AUCUN DOCUMENT 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 35H
35G	Le document/papier sur la location/occupation de ce/cette logement/maison est-il à votre nom ou au nom d'une autre personne ?	CHEF DE MÉNAGE 1 ÉPOUSE/ÉPOUX 2 FILS OU FILLE 3 PÈRE OU MÈRE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
35H	Vous sentez-vous en sécurité par rapport à l'éviction de ce logement ?	TRÈS EN SÉCURITÉ 1 EN SÉCURITÉ, ÉVICTION IMPROBABLE 2 MOYENNEMENT EN SÉCURITÉ 3 PAS SÉCURITÉ, ÉVICTION PROBABLE 4 PAS SÉCURITÉ, ÉVICTION TRÈS PROB 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
35I	Avez-vous jamais été expulsé de votre logement au cours des cinq dernières années ?	OUI 1 NON 2	
35J	Etes-vous propriétaire d'une (autre) maison dans ce quartier, dans un autre quartier de Dakar ou ailleurs au Sénégal ?	OUI 1 NON 2	
35K	Selon vous, votre quartier est-il en sécurité ou au contraire en insécurité ?	PAISIBLE/EN SÉCURITÉ 1 MOYENNEMENT EN SÉCURITÉ 2 PAS DE SÉCURITÉ 3 TRÈS VIOLENT 4	

*** DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT DU TEST DE L'ANÉMIE**

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes et les enfants. L'anémie qui peut être due à une alimentation pauvre est un sérieux problème de santé. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement de mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous vous demandons (vous et tous vos enfants nés en 2000, ou plus tard) de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Puis-je vous demander maintenant de participer, vous (et NOM DES ENFANTS), à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DES FEMMES DE 15-49 ANS, DES HOMMES DE 15-59 ANS ET DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

TOUTES FEMMES DE 15-49 ANS ET TOUS HOMMES DE 15-59 ANS				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49 ANS			
N° DE LIGNE DE LA COL. (8)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS							
<input type="text"/>		ANNÉES <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS							
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD			
N° DE LIGNE DE LA COL. (9)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ?*	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	JOUR MOIS ANNÉE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ALLON. DEBOUT 1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE				<input type="checkbox"/>			

* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE SECTION 2 SUR LA REPRODUCTION D'UN QUESTIONNAIRE FEMME (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MERE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS ET DES HOMMES DE 15-59 ANS					
VÉRIFIER COLONNE (38) :	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENTOURER LE CODE ET FAIRE SIGNER	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	ACTUELLEMENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS					
ÂGE 15-17 ÂGE 18-49		ACCORDÉ	REFUSÉ	OUI	NON/NSP
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	1 2
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	1 2
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	1 2
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	1 2
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	1 2
TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS					
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS					
	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENCERCLER CODE ET FAIRE SIGNER	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
	<input type="text"/>	ACCORDÉ	REFUSÉ		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	1 SIGNER _____	LIGNE 2 SUIVANTE ←	<input type="text"/>	<input type="text"/>

50	<p>VÉRIFIER 47 ET 48 :</p> <p>NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE *</p> <p style="text-align: center;"> UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> ↓ ↓ </p> <p> DONNER À CHAQUE FEMME/HOMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE, LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51 **. DONNER À LA FEMME/L'HOMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE, LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET C'EST LA FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. </p>	
51	<p>Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer le _____ au sujet de (votre état/l'état de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela aidera à obtenir le traitement approprié à votre état. Acceptez-vous que cette information concernant le niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) soit transmise à _____ ?</p>	
<p>NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE ACCEPTE QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE</p>		
<p>FEMMES DE 18-49 ANS ET HOMMES DE 18-59 ANS</p>		
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
<p>FEMMES ET HOMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS</p>		
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2
		OUI 1
		NON 2

* Le seuil critique est de 9 g/dl pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfants pour les hommes, et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).

** S'il y a plus d'une femme ou d'un enfant qui se situe en-dessous du seuil critique, lire la déclaration de Q.51 à chaque femme qui se situe en-dessous du seuil critique et à chaque femme/parent/adulte responsable de l'enfant qui se situe en-dessous du seuil critique.

Consentement Éclairé Et Volontaire (Test de VIH)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET VOLONTAIRE POUR UN ADULTE DE 18 ANS OU PLUS

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Sénégal.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un **Centre de Dépistage Volontaire** pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSEZ A LA COLONNE (67), ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIE FAITES-LE SIGNER OU FAITES SIGNER SON REPRÉSENTANT LÉGAL.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET VOLONTAIRE POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

1ere étape: Demander d'abord le consentement éclairé et volontaire du parent/adulte responsable

L'étude de VIH/SIDA inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune.

Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais remettre à [NOM DE JEUNE], une fiche de référence pour qu'il/elle puisse se rendre dans un **Centre de Dépistage Volontaire** pour un test gratuit.

Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM] puisse participer à ce test de VIH?

PASSEZ À LA COLONNE (66), ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, FAITES SIGNER SON RESPONSABLE OU REPRÉSENTANT LÉGAL.

2e étape: Consentement éclairé et volontaire du jeune

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Sénégal.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un **Centre de Prévention et Dépistage Volontaire** pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSEZ A LA COLONNE (67), ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIE ET FAITES-LE SIGNER OU FAITES SIGNER SON RESPONSABLE OU REPRÉSENTANT LÉGAL.

* N'OUBLIEZ PAS DE REMETTRE À CHAQUE PERSONNE ÉLIGIBLE, UNE FICHE DE REFERENCE POUR UN TEST VOLONTAIRE GRATUIT

TEST DU VIH - FEMMES DE 15-49 ANS ET HOMMES DE 15-59 ANS

Nombre total de prélèvements :

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9A) DU TABLEAU DE MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DES FEMMES DE 15-49 ANS ET DES HOMMES DE 15-59 ANS. CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EDS-IV.

(60) N° LIGNE DE LA COL (8) OU DE LA COL (9A)	(61) NOM DE LA COL. (2)	(62) SEXE DE LA COL. (4)	(63) ÂGE DE LA COL. (7)	(64) VÉRIFIER L'ÂGE À LA COLONNE (63)	(65) N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE	(66) LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCERCLER LE CODE ET FAIRE SIGNER			(67) LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/L'HOMME OU AU JEUNE ENCERCLER LE CODE ET FAIRE SIGNER			(68) RÉSULTAT 1 PRÉLÈVEMENT FAIT 2 REFUSÉ 3 ABSENT 4 PROBLÈME TECH. 6 AUTRE (À PRÉCISER)	(69) ÉTIQUETTES CODES À BARRES COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E) ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
						ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3	ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3		
	NOM	H F 1 2	ANNÉES 15-17	18+ 1 ALLER ← À 67		ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3	ACCORDÉ 1 ▼ SIGNER	REFUSÉ 2	PAS LU 3		
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 ALLER ← À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE:

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS-IV, 2005)
QUESTIONNAIRE FEMME

République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ORC Macro
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>MÉNAGE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>CONCES</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>GRAPPE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>N^o DE LIGNE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>QUESTIONS ADDITIONNELLES</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr> </table>	MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CONCES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU (DÉTAILLÉ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N ^o DE LIGNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	QUESTIONS ADDITIONNELLES	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
MÉNAGE		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
CONCES		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
GRAPPE		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
RÉGION		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
MILIEU		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
MILIEU (DÉTAILLÉ)		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
N ^o DE LIGNE		<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
QUESTIONS ADDITIONNELLES		<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>																						
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____																									
NUMÉRO DE CONCESS.																									
NUMÉRO DE GRAPPE																									
RÉGION																									
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																									
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)																									
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																									
VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE (Q.542, Q.543) DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2)																									

VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> CODE ENQUÊ <input type="text"/> CODE RÉSULTA* <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____	_____	NBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____	_____	_____	
*CODES RÉSULTAT :				
	1 REMPLI	4 REFUSÉ		
	2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____	(PRÉCISER)
	3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** <input type="text" value="1"/>	LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="text"/>	INTERPRÊTE (OUI=1, NON=2) <input type="text"/>
**CODES LANGUE :		
1 FRANÇAIS	4 SERER	8 AUTRES
2 WOLOF	5 MANDINGUE	
3 POULAR	6 DIOLA	

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE _____ <input type="text"/>	DATE _____ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Ministère de la Santé. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?
 Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE..... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS... 2 → FIN

↓

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NSP MOIS 98 ANNÉE..... 1 9 NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 7	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Etes-vous sénégalaise ?	OUI 1 NON 2	→ 201
121	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUE 04 DIOLA 05 SONINKÉ 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?	
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI	1			
						NON	2			
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. <input type="checkbox"/></p>									
224	VERIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="checkbox"/>									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2000, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.		
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfan</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 <input type="checkbox"/>		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2000. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres, si elle a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	<input type="checkbox"/> → 301
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.			
301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2
303	VERIFIER 302 : PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ↓ (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 : FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQU L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	GRATUITE 01 COÛT/MOINS CHER 02 PLUS DISPONIBLE 03 M'A ÉTÉ PRESCRIT 04 PLUS EFFICACE 05 PAS EFFETS SECONDAIRES 06 ÇA ME CONVIENT 07 SEULE METHODE CONNU 08 MÉTHODE RÉVERSIBLE 09 M'A ÉTÉ CONSEILLÉE 10 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
312A	<p>Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.</p>	PLANYL 01 PLANOR 02 OVRETTE 03 LO FEMENAL 04 MINIDRIL 05 MINIPHASE 06 STEDIRIL 07 MICROVA 08 ADEPAL 09 MICROGYNON 10 NÉOGYNON 11 DIANE 35 12 TRINORDIOL 13 SECURIL 14 AUTRE 96 (PRÉCISER) BOITE NON VUE 98	312C
312B	<p>Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?</p>	PLANYL 01 PLANOR 02 OVRETTE 03 LO FEMENAL 04 MINIDRIL 05 MINIPHASE 06 STEDIRIL 07 MICROVA 08 ADEPAL 09 MICROGYNON 10 NÉOGYNON 11 DIANE 35 12 TRINORDIOL 13 SECURIL 14 AUTRE 96 (PRÉCISER) NSP 98	
312C	<p>Combien vous coûte une boîte (cycle) des pilules ?</p>	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NSP 9998	316A
313	<p>Où a eu lieu la stérilisation ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF 13 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILI... 14 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
316	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE..... <input type="text"/></p>	
316A	<p>Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (¹^{re} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE..... <input type="text"/></p>	
316B	<p>VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :</p> <p>IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNÉE DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).</p>		
317	<p>VÉRIFIER 316/316A :</p> <p>L'ANNÉE EST 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>L'ANNÉE EST 1999 OU AVANT <input type="checkbox"/></p>		→ 327
319	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQU 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 322</p> <p>→ 331</p> <p>→ 320A</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. 11 CENTRE SANTÉ GOUV. 12 POSTE SANTÉ 13 CENTRE DE PF GOUV. 14 MATERNITÉ RURALE 15 CASE DE SANTÉ 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18 AGENT SANTÉ AUTRE PUBLIC _____ 19 (PRÉCISER)	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21 PRIVÉ 22 PHARMACIE 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 DISPENSARE RELIG 25 AGENT SANTÉ 26 AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ 27 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 BAR 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM. 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11	→ 328 → 325 → 325 → 325 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Avez-vous jamais été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
325	<p>VÉRIFIER 322 :</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 327
326	<p>Vous a-t-il jamais été dit par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale qu'il existait d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQU 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>
328	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. 12</p> <p>POSTE SANTÉ 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE 15</p> <p>CASE DE SANTÉ 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . . 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18</p> <p>AGENT SANTÉ 19</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PRIVÉ 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>DISPENSARE RELIG 25</p> <p>AGENT SANTÉ 26</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 27</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>BAR 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 331
330	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ C CENTRE DE PF GOUV. D MATERNITÉ RURALE E CASE DE SANTÉ F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . H AGENT SANTÉ AUTRE PUBLIC I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET J PRIVÉ K PHARMACIE L MÉDECIN PRIVÉ M DISPENSARE RELIG N AGENT SANTÉ O</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ P</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE Q ÉGLISE R PARENTS/AMIS S BAR T</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale à une des ces occasions ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 487		
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES DEUX DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ?	À CE MOMENT 1 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/>	À CE MOMENT 1 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/>	À CE MOMENT 1 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/>
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP . C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENT/AMIE F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/>		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP (PASSER À 412) <input type="checkbox"/>		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné du sang ?	OUI NON POIDS 1 2 TAILLE 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complication de la grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS 8		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, des ampoules ou du sirop contenant du fer ? MONTRER COMPRIMÉS/ AMPOULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés en ampoules ou en sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL] ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR A CHLOROQUINE B MÉDICAMENT INCONNU Z AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
422A	VÉRIFIER 422 : TYPE DE MÉDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME.	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)		
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR pendant cette grossesse ?	NBRE DE FOIS ... <input type="text"/>		
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)		
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)		
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
425A	La naissance de (NOM) a t-elle été déclarée ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER : Si une personne adulte était présente à l'accouchement.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ←	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2				
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES APRÈS ACC. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS 998						
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME 12 INFIRMIÈRE/ICP 13 AUTRE PERSONNE MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRAD. 22 PARENT/AMIE 23 AUTRE 96 (PRÉCISER)						
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 STR.AV./EQ.MOBI .. 24 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)						
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez- vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE/ L'AMPOULE/GÉLULES.	OUI 1 NON 2						
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←						

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- OU PAS <input type="checkbox"/> CEINTE SÛRE (PASSER À 439) ←		
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ←		
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←
445	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) ↓ (PASSER À 450)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) ↓ (PASSER À 450)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) ↓ (PASSER À 450)
448	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité (NOM) pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISS- ANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES DEUX DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).											
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>								
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)								
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE/ L'AMPOULE/GÉLULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8								
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3								
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2								
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.											
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE								
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 0 (à la naissance)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F. JAUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (la plus récente)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←
		NON 2 (PASSER À 464) ←	NON 2 (PASSER À 464) ←	NON 2 (PASSER À 464) ←
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1	OUI 1	OUI 1
		NON 2 (PASSER À 466) ←	NON 2 (PASSER À 466) ←	NON 2 (PASSER À 466) ←
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants			
463A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certains de ces vaccins pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccins ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	JNV NOV-DÉC/2002 ... A OCT-NOV/2004 ... B	JNV NOV-DÉC/2002 ... A OCT-NOV/2004 ... B	JNV NOV-DÉC/2002 ... A OCT-NOV/2004 ... B
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 AUTRE □ OU 467 □ ↓ ← (PASSER À 475)	"OUI" À 466 AUTRE □ OU 467 □ ↓ ← (PASSER À 475)	"OUI" À 466 AUTRE □ OU 467 □ ↓ ← (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ GOUV. C MATERNITÉ RURAI. D CASE DE SANTÉ ... E PHARM. COMM ... F STR.AV./EQ.MOBI . G AGENT SANTÉ ... H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ ... L DISPENSARE RELI. M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUÉRISSEUR TRADIT Q PARENT/AMI/VOISI . R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ GOUV. C MATERNITÉ RURAI. D CASE DE SANTÉ ... E PHARM. COMM ... F STR.AV./EQ.MOBI . G AGENT SANTÉ ... H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ ... L DISPENSARE RELI. M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUÉRISSEUR TRADIT Q PARENT/AMI/VOISI . R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ GOUV. C MATERNITÉ RURAI. D CASE DE SANTÉ ... E PHARM. COMM ... F STR.AV./EQ.MOBI . G AGENT SANTÉ ... H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ ... L DISPENSARE RELI. M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUÉRISSEUR TRADIT Q PARENT/AMI/VOISI . R AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 ↓ (PASSER À 475) ←
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE ↓ (PASSER À 475) ←
473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8
474	Quel(s) médicament(s) (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar ?	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
474E	Aviez-vous le Fansidar à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474J)
474G	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine ?	MÊME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474M	Aviez-vous l'Amodiaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
475	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelle part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		→ 487	
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR 04 ENTERRE DANS LA COUR 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU 06 UTILISE COUCHES JETABLES 07 UTILISE COUCHES LAVABLES 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/>		→ 488	
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2		
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→ 490	
489	Quand votre enfant/l'un de vos enfants est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER : Si votre enfant/l'un de vos enfants tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND 3		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À																							
490	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, les choses suivantes constituent-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">UN GROS PROB- LÈME</td> <td style="text-align: center;">PAS UN GROS PROB- LÈME</td> </tr> <tr> <td>OÙ ALLER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERMISSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSON. FEM.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		UN GROS PROB- LÈME	PAS UN GROS PROB- LÈME	OÙ ALLER	1	2	PERMISSION	1	2	ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	TRANSPORT	1	2	ALLER SEULE	1	2	PERSON. FEM.	1	2	
	UN GROS PROB- LÈME	PAS UN GROS PROB- LÈME																									
OÙ ALLER	1	2																									
PERMISSION	1	2																									
ARGENT	1	2																									
DISTANCE	1	2																									
TRANSPORT	1	2																									
ALLER SEULE	1	2																									
PERSON. FEM.	1	2																									
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p style="text-align: center;">A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM)</p>		→ 494																								
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé ?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal</p> <p>d Jus de fruit ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p style="text-align: center;">7 DERNIERS JOURS</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>																								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillies, autres céréales ?</p> <p>b Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, cassava, ou autre tubercules/racines locales ?</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumes [par ex : lentilles, haricots, soja légumineuses, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2		
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	OUI 1 NON 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS ... 3		
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac ? SI OUI : Que fumez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES A OUI, PIPE B OUI, AUTRE TABAC C NON Y		
497	VÉRIFIER 496 :	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 499B</p>		
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	CIGARETTES <input type="text"/>		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499B	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois.</p> <p>Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison?</p> <p>SI OUI : combien d'injections avez-vous eues?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 501
499C	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 501
499D	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allée pour qu'on vous la fasse?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12</p> <p>POSTE DE SANTÉ 13</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN.RURAL ... 14</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 15</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 16</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUN 17</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 18 (PRÉCISER))</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>DENTISTE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER))</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>À LA MAISON 31</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER))</p>	
499E	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____ NO. DE LIGNE <input type="text"/>	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 510
508	En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> ET DE PARTENAIRE <input type="text"/> NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓ J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme mariée. En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU DIVORCÉE OU SÉPARÉE <input type="checkbox"/> ↓ VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 516

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓	MARIÉE <input type="checkbox"/> UNE FOIS →	→ 518
515	Comment s'est terminée votre précédent/e mariage/union ?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	→ 518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE 1 ENFANTS DE L'ENQ. 2 AUTRE ÉPOUSE 3 AUTRES ENF DE L'ÉPOUX 4 FAMILLE DE L'ÉPOUX 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 7	→ 518
517	Avez-vous reçu des biens ou des objets ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. 95	→ 521 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	→ 544
521	VÉRIFIER 106: 15-24 <input type="checkbox"/> ANS ↓	25-49 <input type="checkbox"/> ANS →	→ 526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS. 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 IL Y A DES SEMAINES ... 2 IL Y A DES MOIS 3 IL Y A DES ANNÉES 4	→ 538

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELL 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELL 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELL 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
532	Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
533	VÉRIFIER 106 ;	15-24 25-49 ANS ANS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 ANS ANS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 ANS ANS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 538) ←
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 538) ← NSP 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 538) ←
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3
537	Mis à part cette/ces deux personnes/s, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE NON 2 (PASSER À 540) ←	OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE NON 2 (PASSER À 540) ←	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
540	<p>VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE; QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE POUR HOMMES (1) OU FEMMES (2)</p> <p>"QUESTIONS ADDITIONNELLES " <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>POUR ENQUÊTE FEMME (COUVERTURE =2) ↓</p>	<p><input type="text"/> 2</p>	
541	<p>VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES</p> <p>NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>PRIVÉ OBTENU 1</p> <p>PRIVÉ IMPOSSIBLE 2</p>	→ 544
542	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	<p>VOULAIT 1</p> <p>A ÉTÉ FORCÉE 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
543	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3</p>	
544	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 601
545	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>CENTRE DE P C</p> <p>POSTE DE SANTÉ D</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN. RUF... E</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... F</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G</p> <p>AGENT DE SANTÉ H</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AGENT DE SANTÉ M</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ N</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE O</p> <p>BAR P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>AMIS/PARENTS S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
546	<p>Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p> <p>OU NON POSÉE <input type="checkbox"/></p>		→ 614
602	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?</p>	<p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?</p>	<p>AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1</p> <p>PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 604</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 614</p> <p>INDÉCISE/NE SAIT PAS :</p> <p>ET ENCEINTE 4 → 610</p> <p>ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 608</p>
603	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?</p>	<p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?</p>	<p>MOIS 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 2 <input type="text"/></p> <p>BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 614</p> <p>APRÈS MARIAGE 995</p> <p>AUTRE 996 → 609</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>
604	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		→ 610
605	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 608
606	<p>VÉRIFIER 603 :</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/></p>		→ 610

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous étiez enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 614
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQU 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	→ 614

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 614 → 614
613	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS DES <input type="checkbox"/> VIVANTS ENFANTS VIVANTS Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT 00 NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 616 → 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2	
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI 1 NON 2	→ 621

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	<p>Avec qui en avez-vous discuté ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE A</p> <p>MÈRE B</p> <p>PÈRE C</p> <p>SOEUR(S) D</p> <p>FRÈRE(S) E</p> <p>FILLE(S) F</p> <p>FILS G</p> <p>BELLE-MÈRE(S) H</p> <p>AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
621	<p>VÉRIFIER 501 :</p> <p>OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→ 628
622	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 624
623	<p>Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire si l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
624	<p>Maintenant, je voudrais vous demander des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?</p>	<p>APPROUVE 1</p> <p>DÉSAPPROUVE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
625	<p>Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?</p>	<p>JAMAIS 1</p> <p>UNE OU DEUX FOIS 2</p> <p>PLUS SOUVENT 3</p>	
626	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ OU NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 628
627	<p>Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?</p>	<p>MÊME NOMBRE 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
628	<p>Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :</p> <p>Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ?</p> <p>Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ?</p> <p>Elle a accouché récemment ?</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?</p>	<p>IL A UNE MST 1 2 8</p> <p>AUTRES FEMMES 1 2 8</p> <p>ACCOUCHE. RÉCENT ... 1 2 8</p> <p>FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
629	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
630	VÉRIFIER 501 ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/EN UNION ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 703 → 707
702	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI 1 NON 2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 PÈRE/MÈRE 4 ONCLE 5 QUELQU'UN D'AUTRE 6 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 7	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN 1 MOINS DE LA MOITIÉ 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ 3 PLUS DE LA MOITIÉ 4 LA TOTALITÉ 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes : Vos propres soins de santé ? Les achats de choses importantes pour le ménage ? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ? Les visites à la famille ou parents ? Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS PAS ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS ... 1 2 8 ARGUMENTE 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	└→ 810
809	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRE . F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVIT. PARTAGE SERING,/LAME/RASOI K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .. M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère séropositive à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE 1	2	8	ACCOUCHEMENT	... 1	2	8	ALLAITEMENT 1	2	8									
	OUI	NON	NSP																								
GROSSESSE 1	2	8																								
ACCOUCHEMENT	... 1	2	8																								
ALLAITEMENT 1	2	8																								
812	VÉRIFIER 811: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	814																								
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>.....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8																
OUI	1																									
NON	2																									
NE SAIT PAS	8																									
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>.....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8																
OUI	1																									
NON	2																									
NE SAIT PAS	8																									
815	VÉRIFIER 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2003 →	824 824																								
816	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	824																		
OUI	1																									
NON	2																									
817	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida? Effectuer un test du sida?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8									
	OUI	NON	NSP																								
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																								
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																								
TEST DU SIDA	1	2	8																								
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2																			
OUI	1																									
NON	2																									
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	824																		
OUI	1																									
NON	2																									
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2																			
OUI	1																									
NON	2																									
821	Où avez-vous effectué le test? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <table> <tbody> <tr> <td>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE PF</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE DÉPISTAGE</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>AGENT DE SANTÉ</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>AUTRE PUBLIC</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <table> <tbody> <tr> <td>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>PHARMACIE</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN PRIVÉ</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>AGENT DE SANTÉ</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>AUTRE PRIVÉ</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	HÔPITAL DU GOUVERNEMENT	11	CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.	12	CENTRE DE PF	13	CENTRE DE DÉPISTAGE	14	STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	15	AGENT DE SANTÉ	16	AUTRE PUBLIC	17	HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET	21	PHARMACIE	22	MÉDECIN PRIVÉ	23	AGENT DE SANTÉ	24	AUTRE PRIVÉ	26	
HÔPITAL DU GOUVERNEMENT	11																										
CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.	12																										
CENTRE DE PF	13																										
CENTRE DE DÉPISTAGE	14																										
STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	15																										
AGENT DE SANTÉ	16																										
AUTRE PUBLIC	17																										
HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET	21																										
PHARMACIE	22																										
MÉDECIN PRIVÉ	23																										
AGENT DE SANTÉ	24																										
AUTRE PRIVÉ	26																										
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	825																		
OUI	1																									
NON	2																									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI 1 NON 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	la dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF 13 CENTRE DE DÉPISTAGE 14 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . B CENTRE DE PF C CENTRE DE DÉPISTAGE D STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . E AGENT DE SANTÉ F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J AGENT DE SANTÉ K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834	Si un/e enseignant/e a le virus du sida mais qu'il/elle n'est pas malade, est-ce qu'il/elle devrait être autorisé/e ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉ À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉ À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE CONNAÎT PERSON. AYANT SIDA ... 3 NE SAIT PAS 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUTRE <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur/s épouse/s ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur/s épouse/s ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
850	<p>VÉRIFIER 801:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 853
851	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>ÉCOULEMENT GÉNITAL B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
852	<p>Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>PERTES GÉNITALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
853	VÉRIFIER 519: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901	
854	VÉRIFIER 850 A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/>		→ 856	
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 901	
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON 2	→ 901	
860	Où êtes-vous allée? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ RURALE D CASE DE SANTÉ E PHARM. COMMUNAUTAIRE F STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G AGENT DE SANTÉ H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ L DISPENSARE RELIG M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . . . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISER) O AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . Q PARENT/AMI/VOISIN R AUTRE _____ X (PRÉCISER)		

SECTION 9. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1001
903	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	OUI 1 NON 2	→ 909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. 11 ACCOUCHEUSE TRAD 12 AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE ↓	N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE →	→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 918

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
911	<p>Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé tout récemment à l'excision ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE.</p>	<p>LIGNE DE LA FILLE</p> <p>NOMBRE DE Q.212 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
912	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là ?</p> <p>A t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 914
913	<p>A t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
914	<p>Son vagin a-t-il été fermé par une couture ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
915	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ?</p> <p>SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DURANT ENFANCE 95</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
916	<p>Qui a procédé à l'excision ?</p>	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRAD. 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD 12</p> <p>AUTRE TRADITION. 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>DOCTEUR 21</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22</p> <p>AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
917	<p>Est-ce qu'il s'est produit au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.911) l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs ?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SAIGNEMENT EXCES. 1 2 8</p> <p>DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE 1 2 8</p> <p>GONFLEMENT 1 2 8</p> <p>INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION 1 2 8</p>	→ 919
918	<p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
919	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE ... C</p> <p>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
920	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ?</p> <p>INSISTER: rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE B</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME D</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
921	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez-vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1</p> <p>PAS D'EFFET 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
922	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
922A	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre tradition ou vos coutumes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
923	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?</p>	<p>MAINTENUE 1</p> <p>DISPARAITRE 2</p> <p>CELA DÉPENC 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
924	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?</p>	<p>CONSERVÉE 1</p> <p>ABANDONNÉE 2</p> <p>CELA DÉPENC 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même ?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE <input type="text"/>						
1002	VÉRIFIER 1001 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →							1014
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/>						
1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [7] ←	
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SŒURS, ALLER À 1014								

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES				<input type="text"/>	
		MINUTES				<input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

	12	DÉC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
	09	SEP	04	
2	08	AOUT	05	
0	07	JUIL	06	
0	06	JUIN	07	
5	05	MAI	08	
	04	AVR	09	
	03	MARS	10	
	02	FÉV	11	
	01	JAN	12	

	12	DÉC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
	09	SEP	16	
2	08	AOUT	17	
0	07	JUIL	18	
0	06	JUIN	19	
4	05	MAI	20	
	04	AVR	21	
	03	MARS	22	
	02	FÉV	23	
	01	JAN	24	

	12	DÉC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
	09	SEP	28	
2	08	AOUT	29	
0	07	JUIL	30	
0	06	JUIN	31	
3	05	MAI	32	
	04	AVR	33	
	03	MARS	34	
	02	FÉV	35	
	01	JAN	36	

	12	DÉC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
	09	SEP	40	
2	08	AOUT	41	
0	07	JUIL	42	
0	06	JUIN	43	
2	05	MAI	44	
	04	AVR	45	
	03	MARS	46	
	02	FÉV	47	
	01	JAN	48	

	12	DÉC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
	09	SEP	52	
2	08	AOUT	53	
0	07	JUIL	54	
0	06	JUIN	55	
1	05	MAI	56	
	04	AVR	57	
	03	MARS	58	
	02	FÉV	59	
	01	JAN	60	

	12	DÉC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
	09	SEP	64	
2	08	AOUT	65	
0	07	JUIL	66	
0	06	JUIN	67	
0	05	MAI	68	
	04	AVR	69	
	03	MARS	70	
	02	FÉV	71	
	01	JAN	72	

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS-IV, 2005)
QUESTIONNAIRE HOMME

République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ORC Macro
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____	MÉNAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE CONCESSION	CONCES.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉGION	RÉGION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MILIEU (DÉTAILLÉ) ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____	N° DE LIGNE ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE (Q.542, Q.543) DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2)	QUESTIONS ADDITIONNELLES ... <input type="checkbox"/> 2

VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				ANNÉE <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊT. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTAT ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT :				
1 REMPLI 4 REFUSÉ				
2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____				
3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISER)				

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** <input type="text" value="1"/>	LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE :		
1 FRANÇAIS	4 SERER	8 AUTRES
2 WOLOF	5 MANDINGUE	
3 POULAR	6 DIOLA	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Ministère de la Santé. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 30 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
 Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêteur : _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ... 2 → FIN
 ↓

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<input type="checkbox"/> → 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
119	Qu'avez-vous fait la plupart du temps au cours des 12 derniers mois ?	ALLÉ À L'ÉCOLE 1 CHERCHÉ DU TRAVAIL 2 INACTIF 3 POUVAIS PAS TRAVAILLER/ HANDICAPÉ 4 TRAVAIL DOMESTIQUE/SOINS DES ENFANTS 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)	→ 127
120	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 	
121	VÉRIFIER 120: TRAVAILLE DANS <input type="checkbox"/> AGRICULTURE NE TRAVAILLE PAS <input type="checkbox"/> DANS AGRICULTURE		→ 123
122	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
123	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
124	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payé en nature ou n'êtes-vous pas du tout payé ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉ 4	→ 127
125	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉ LUI-MÊME 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 PÈRE/MÈRE 4 ONCLE 5 QUELQU'UN D'AUTRE 6 ENQUÊTÉ ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 7	
126	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN 1 MOINS DE LA MOITIÉ 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ 3 PLUS DE LA MOITIÉ 4 LA TOTALITÉ 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
127	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN 1 CHRÉTIEN 2 ANIMISTE 3 SANS RELIGION 4 AUTRE 5 (PRÉCISER)	
128	Etes-vous sénégalais ?	OUI 1 NON 2	→ 201

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
129	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUE 04 DIOLA 05 SONINKÉ 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 206
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	(En dehors de ces enfants que vous venez juste de me déclarer), avez-vous eu: a) d'autres garçons ou filles qui sont toujours en vie, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? b) d'autres garçons ou filles qui sont nés vivants et qui sont décédés par la suite, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? NON DANS LES <input type="checkbox"/> DEUX CAS ↓ OUI À AU MOINS UN DES 2 CAS <input type="checkbox"/> → 201 À 207 COMME IL SE DOIT. INSISTER ET CORRIGER		
209	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
210	VÉRIFIER 209 : A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> ↓ N'A EU QU'UN SEUL ENFANT <input type="checkbox"/> → 213 N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> → 301		
211	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI 1 NON 2	→ 213
212	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES <input type="text"/> <input type="text"/>	
213	Quel âge aviez-vous, quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

<p>Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 EN CERCLÉ À 301, POSER 302.</p>			
301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ère leur place à l'intérieur.	OUI 1 NON 2	
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI 1 NON 2	
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
303	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse.</p> <p>Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres, si elle a des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 305</p>																
304	<p>Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu entre deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																	
305	<p>À votre-avis, une femme qui allaite son bébé peut-elle tomber enceinte ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																	
306	<p>Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur la contraception.</p> <p>Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations?</p> <p>a) La contraception est une affaire de femmes à laquelle un homme ne devrait pas s'intéresser.</p> <p>b) Une femme qui utilise la contraception peut être considérée comme étant de mœurs légères.</p> <p>c) La femme est la personne qui tombe enceinte, si bien que elle est celle qui devrait utiliser la contraception.</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>D'ACCORD</th> <th>PAS D'ACCORD</th> <th>NE SAIT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NE SAIT PAS	a)	1	2	8	b)	1	2	8	c)	1	2	8	
	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NE SAIT PAS																
a)	1	2	8																
b)	1	2	8																
c)	1	2	8																

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 406
401A	VÉRIFIER 401 : ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉ ↓ VIT AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME →		→ 404
402	Avez-vous actuellement une seule épouse, ou plusieurs ? SI UNE SEULE ÉPOUSE, ENREGISTRER '01'. SI PLUS D'UNE ÉPOUSE, DEMANDER : Combien d'épouses avez-vous actuellement ?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> <input type="text"/>	
403	Y a-t-il d'autres femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	OUI 1 NON 2	→ 405
404	Avez-vous une seule de ces (autres) partenaires, ou plusieurs, avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ? SI UNE SEULE AUTRE PARTENAIRE, ENREGISTRER '01'. SI PLUS D'UNE AUTRE PARTENAIRE, DEMANDER : Avec combien de partenaires vivez-vous comme si vous étiez mariés ?	NBRE D'AUTRES PARTENAIR. AVEC QUI IL VIT <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	En dehors de votre/vos épouse(s)/partenaire(s) que vous avez déclarée(s), avez-vous actuellement d'autre(s) femme(s) avec qui vous avez des rapports sexuels réguliers ou occasionnels ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) 3 PAS DE PARTENAIRE SEXUELLE ... 4	→ 409
406	Avez-vous actuellement, une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle, ou pas de partenaire sexuelle du tout ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) 3 PAS D'AUTRE PARTENAIRE SEXUELLE 4	
407	Avez-vous déjà été marié, ou avez-vous déjà vécu avec une femme ?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉ SEULEMENT 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME SEULEMENT 2 OUI, LES DEUX 3 NON 4	→ 411 → 416
408	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	→ 411

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																															
409	D'APRÈS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ÉCRIRE LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE ÉPOUSE/PARTENAIRE DÉCLARÉE AUX QUESTIONS 402 ET 404 SEULEMENT. SI UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00' DANS LES CASES CORRESPONDANT À CETTE ÉPOUSE/PARTENAIRE. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ÊTRE ÉGAL AU NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRE.																																	
410	<p>VÉRIFIER : 402 ET 404</p> <p>LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 1 <input type="checkbox"/></p> <p>S'il vous plaît, dites-moi le nom de votre épouse/partenaire.</p> <p>NUMÉRO DE L'ÉPOUSE/PARTENAIRE</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 2 OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>S'il vous plaît, dites-moi les noms de vos épouses et des partenaires avec qui vous vivez. Commencez par celle, qui a été la première avec qui vous avez vécu.</p> <p>No DE LIGNE DANS LE QUEST. MÉNAGE</p> <p>ÉPOUSE</p> <p>PARTE-NAIRE</p> <p>ÂGE</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>410A Quel âge avait votre épouse/partenaire à son dernier anniversaire ?</p>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
410B	<p>VÉRIFIER 410 :</p> <p>UNE SEULE ÉPOUSE/PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>2 ÉPOUSES/PARTENAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/></p>		→ 414																															
411	<p>Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?</p>		<p>SEULEMENT UNE FOIS 1</p> <p>PLUS D'UNE FOIS 2</p>																															
414	<p>VÉRIFIER : 410 ET 411</p> <p>MARIÉ/A VÉCU AVEC 1 FEMME SEULEMENT UNE FOIS ET 411=1 <input type="checkbox"/></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre épouse/partenaire ?</p>	<p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes marié ou vous avez commencé à vivre avec une femme comme marié.</p> <p>En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez-vous commencé à vivre avec une femme comme marié pour la première fois ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p>	→ 416																														

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
415	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec elle ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
416	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus) ?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1ère) ÉPOUSE/PARTENAIRE 95	→ 416B
416A	Aviez-vous l'intention d'attendre d'être marié pour commencer à avoir des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛR 8	→ 439
416B	VÉRIFIER 106 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ÂGE 25-59 ANS <input type="checkbox"/>		→ 417
416C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2	
416D	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels ?	ÂGE PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 417
416E	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous ?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 417
416F	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous ?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS VIEILLE, NSP DE COMBIEN ... 3	
417	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 438

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
418	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ←
419	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER IST/SIDA 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, IST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUP- ÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER IST/SIDA 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, IST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUP- ÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER IST/SIDA 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, IST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUP- ÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
420	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
421	VÉRIFIER : 302(02)	ENQUÊTÉ ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ STÉRILISÉ ↓ ↓ (PASSER ← À 426)	ENQUÊTÉ ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ STÉRILISÉ ↓ ↓ (PASSER ← À 426)	ENQUÊTÉ ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ STÉRILISÉ ↓ ↓ (PASSER ← À 426)
422	VÉRIFIER : 419 CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE ('2'OU '3' ENCERCLÉ) ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou a utilisé une méthode autre que le condom pour éviter une grossesse ?	AUTRE ('1', '4', '5', '6' OU '8' ENCERCLÉ OU NON POSÉE) ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou a utilisé une méthode pour éviter une grossesse ? OUI 1 NON 2 → 424 NSP 8 → 426	AUTRE ('1', '4', '5', '6' OU '8' ENCERCLÉ OU NON POSÉE) ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou a utilisé une méthode pour éviter une grossesse ? OUI 1 NON 2 → 424 NSP 8 → 426	AUTRE ('1', '4', '5', '6' OU '8' ENCERCLÉ OU NON POSÉE) ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou a utilisé une méthode pour éviter une grossesse ? OUI 1 NON 2 → 424 NSP 8 → 426

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
423	Quelle méthode a été utilisée ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE UTILISÉE, ENCERCLER LE CODE POUR LA MÉTHODE QUI VIENT EN PREMIER DANS CETTE LISTE.	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM FÉMININ ... 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTIN. PÉRIOD ... 12 RETRAIT 13 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM FÉMININ ... 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTIN. PÉRIOD ... 12 RETRAIT 13 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM FÉMININ ... 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTIN. PÉRIOD ... 12 RETRAIT 13 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98
423A		PASSER À 426	PASSER À 426	PASSER À 426
424	VÉRIFIER : 419	CONDOM <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ←	CONDOM <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ←	CONDOM <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ←

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
425	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas utilisé une méthode de contraception pour éviter une grossesse ?	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER IST/SIDA..... 13 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS 28 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉ OPPOSÉ 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX..... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER IST/SIDA..... 13 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS 28 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉ OPPOSÉ 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER IST/SIDA..... 13 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS 28 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉ OPPOSÉ 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98
426	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 428) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 428) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 428) ←

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																				
427	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là ? SI OUI : qui était ivre ?	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE.. 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE.. 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE.. 4																																				
428	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	ÉPOUSE..... 01 (PASSER À 434) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 02 PETIT AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE96 (PRÉCISER)	ÉPOUSE..... 01 (PASSER À 434) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 02 PETIT AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE96 (PRÉCISER)	ÉPOUSE..... 01 (PASSER À 434) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 02 PETIT AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE96 (PRÉCISER)																																				
429	Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? SI L'ENQUÊTÉ N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR.	JOURS .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													JOURS .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													JOURS .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
434	Mis à part (cette/ces deux personnes) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOUR À 418 ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 436) ←	OUI 1 (RETOUR À 418 ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 436) ←																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
435	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
436	<p>VÉRIFIER 428 TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN PARTENAIRE N'EST PROFESSIONNEL DU SEXE (AUCUN '05' N'ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN PARTENAIRE EST PROFESSIONNEL DU SEXE (AU MOINS UN '05' ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>	→ 438
436A	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'une en échange de rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 438
436B	<p>La dernière fois que vous avez payé quelqu'une en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 438
436C	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un condom durant chaque rapport sexuel, chaque fois que vous avez payé quelqu'une en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
438	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
439	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
440	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>CENTRE DE PF C</p> <p>POSTE DE SANTÉ D</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN. RUR./... E</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... F</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G</p> <p>AGENT DE SANTÉ H</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ I</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET J</p> <p>PHARMACIE..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AGENT DE SANTÉ M</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ N</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE O</p> <p>BAR P</p> <p>ÉCOLE..... Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>AMIS/PARENTS S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p>	
441	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
442	<p>VÉRIFIER 418 TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓</p>	<p>AUTRE <input type="checkbox"/> →</p>	501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
443	<p>Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12</p> <p>CENTRE DE PF 13</p> <p>POSTE DE SANTÉ 14</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN. RUR./... 15</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 16</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 17</p> <p>AGENT DE SANTÉ 18</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 19</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PHARMACIE..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ 26</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR 32</p> <p>ÉCOLE 33</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 34</p> <p>AMIS/PARENTS 35</p> <p>AUTRE _____ 36</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>PARTENAIRE AVAIT CONDOM 41</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>NSP 98</p>	<p style="text-align: right;">→ 501</p>
444	<p>Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois ?</p>	<p>Manix contact B/12 01</p> <p>Manix contact B/6 02</p> <p>Manix cristal B/12 03</p> <p>Manix Xtra Pleasure B/12 04</p> <p>Manix Xtra Pleasure B/3 05</p> <p>Manix Futur 003 B/12 06</p> <p>Visa préservatif B/3 07</p> <p>Imotex préservatif B/3 08</p> <p>Protec B/3 09</p> <p>Manix Kingsize 10</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>NSP 98</p>	
445	<p>La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous achetés ?</p>	<p>NOMBRE DE CONDOMS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NSP 98</p> <p>JAMAIS ACHETE DES CONDOMS ... 99</p>	<p style="text-align: right;">→ 501</p>
446	<p>Combien avez-vous payé ?</p>	<p>COÛT <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NSP 9998</p>	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	VÉRIFIER 410 : A UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> A 2 ÉPOUSES/PARTE- NAIRES OU PLUS <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 505
502	Votre épouse/partenaire (ou une de vos épouses/partenaires), est-elle actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	
503	VÉRIFIER 502 : NON, PAS DE ÉPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE/PAS SUR <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez- vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? OUI, ÉPOUSE(S)/ PARTENAIRE(S) ENCEINTE(S) <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant, que votre épouse/ partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préfériez-vous ne pas avoir d'autre enfant du tout ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 ÉPOUSE/PARTE. NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ EST STÉRILISÉE 3 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 505
504	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT 993 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	
505	VÉRIFIER 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT 00 NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 507 → 507
506	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	
507	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
508	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?</p> <p>À la télévision ?</p> <p>Dans des journaux ou magazines ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p>	
510	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 512
511	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ÉPOUSE/PARTENAIRE A</p> <p>MÈRE B</p> <p>PÈRE C</p> <p>SOEUR(S) D</p> <p>FRÈRE(S) E</p> <p>FILLE(S) F</p> <p>FILS G</p> <p>BELLE-MÈRE(S) H</p> <p>AMI(E)S/VOISIN(E)S I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p>	
512	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec un travailleur ou un professionnel de la santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 6. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI 1 NON 2	→ 635
602	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
603	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
604	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
605	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
606	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
607	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
608	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳ 610
609	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVIT.PARTAGE SERINGUE/LAME/RASOI K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
610	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
611	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère séropositive à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
612	VÉRIFIER 611: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 614
613	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
614	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
615	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 620
616	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
617	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3	
618	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
619	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF 13 CENTRE DE DÉPISTAGE 14 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 622

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 622
621	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B CENTRE DE PF C CENTRE DE DÉPISTAGE D STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . E AGENT DE SANTÉ F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J AGENT DE SANTÉ K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
622	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
623	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
624	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
625	Si un/e enseignant/e a le virus du sida mais qu'il/elle n'est pas malade, est-ce qu'il/elle devrait être autorisé/e ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉ À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉ À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
626	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA . 3	→ 631
627	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2	
628	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2	
629	VÉRIFIER 626, 627, 628 : AUCUN <input type="checkbox"/> 'OUI' <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 631

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI 1 NON 2	
631	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
632	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
633	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
634	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
635	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
636	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
637	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur(s) épouse(s) ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
638	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur(s) épouse(s) ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
639	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
640	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
641	<p>VÉRIFIER 601:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ?</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 644

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
642	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ?</p> <p>Y a t-il d'autres symptômes ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>ÉCOULEMENT GÉNITAL B</p> <p>ÉCOULEMENT MALODORANT C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS..... K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
643	<p>Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ?</p> <p>Y a t-il d'autres symptômes ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>PERTES VAGINALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS..... K</p> <p>DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
644	<p>VÉRIFIER 416 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 654</p>
645	<p>VÉRIFIER 641 :</p> <p>A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 647</p>
646	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
647	<p>Parfois, les hommes peuvent avoir un écoulement du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
648	Parfois, les hommes peuvent avoir une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
649	VÉRIFIER 646, 647 ET 648 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/> →		→ 654	
650	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 652	
651	Où êtes-vous allée? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ RURALE D CASE DE SANTÉ E PHARM. COMMUNAUTAIRE F STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G AGENT DE SANTÉ H AUTRE PUBLIC I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ L DISPENSARE RELIG M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . . . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ O (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUERISSEUR TRADITIONNEL Q PARENT/AMI/VOISIN R AUTRE X (PRÉCISER)		
652	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE NON INFORMÉ 3 NSP 8	→ 654 → 654 → 654	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
653	<p>Où est-elle allée ?</p> <p>Y a t-il un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ C</p> <p>MATERNITÉ RURALE D</p> <p>CASE DE SANTÉ E</p> <p>PHARM. COMMUNAUTAIRE F</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G</p> <p>AGENT DE SANTÉ H</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>DISPENSARE RELIG M</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISIN R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
654	<p>Certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 7. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER #				
701	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	703				
702	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	711				
703	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: d'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE A RECONNAISSANCE SOCIALE B MEILLEURE CHANCE MARIAGE ... C PRÉSERVATION VIRGINITÉ/PRÉVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F AUTRE X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE Y					
704	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ? INSISTER: rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A ÉVITE LA SOUFFRANCE B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MÊME. C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME D ACCORD AVEC LA RELIGION F AUTRE X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE Y					
705	VÉRIFIER 703 : CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> À Q.703 ↓ CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> À Q.703 →		707				
706	Pensez-vous que cette pratique est un moyen de prévenir chez la fille les relations sexuelles avant le mariage ou pensez-vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	PRÉVENIR RELATIONS SEXUELLES 1 PAS D'EFFET 2 NE SAIT PAS 8					
707	VÉRIFIER 703 et 704 : CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> À Q.703 ET À Q.704 ↓ CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> À Q.703 OU À Q.704 →		709				
708	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
708A	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre tradition ou vos coutumes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
709	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE 1 DISPARAÎTRE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8					
710	Pensez-vous que les femmes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'elles sont favorables à son abandon ?	CONSERVÉE 1 ABANDONNÉE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8					
711	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____