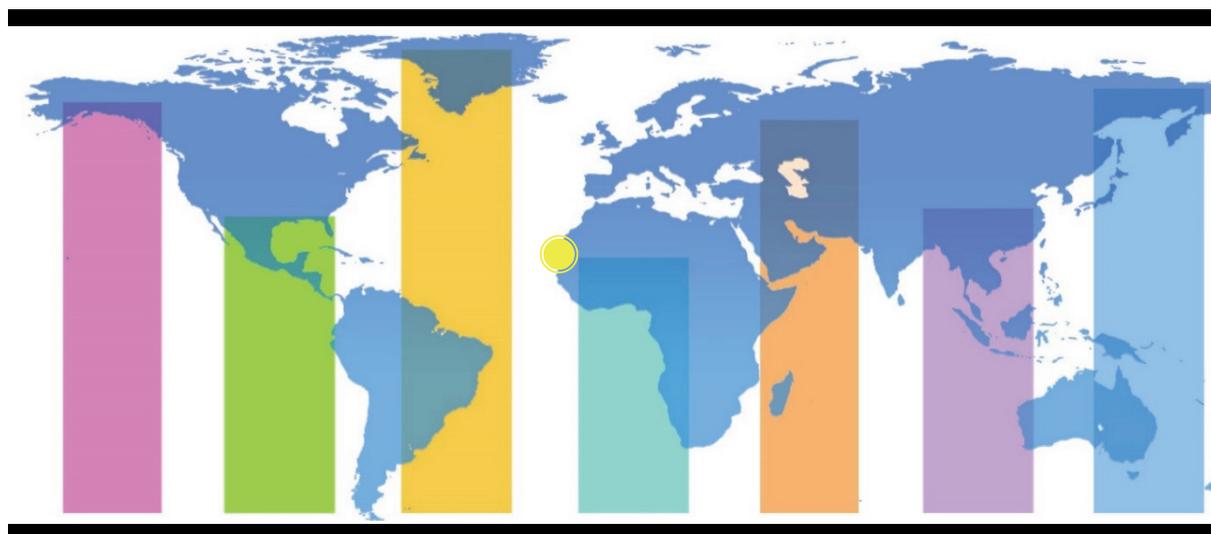


Sénégal



**Enquête Démographique
et de Santé Continue
(EDS-Continue)**

2015

Indicateurs Clés

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue) 2015

Rapport sur les Indicateurs Clés 3^{ème} année

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

The DHS Program
ICF International
Rockville, Maryland, USA

March 2016



Ce rapport présente les résultats de la troisième année de l'Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue 2015), exécutée de janvier à octobre 2015 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). L'EDS-Continue 2015 a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement du Sénégal, de l'USAID, de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de Micronutrient Initiative. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys – The DHS Program*) de ICF International dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques et de santé portant, en particulier, sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, le paludisme et le VIH.

Le Laboratoire de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop a apporté son expertise à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-Continue 2015, contacter :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)
Rocade Fann Bel-air Cerf-volant B.P. 116 ; Dakar RP (Sénégal)
Tél : (221) 33 869 21 39/33 869 21 60 ; Fax : (221) 33 824 36 15
E-mail : statsenegal@ansd.sn / statsenegal@yahoo.fr
Site web : www.ansd.sn

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

ICF International
530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850 USA
Tel : (301) 407-6500 ; Fax : (301) 407-6501
E-mail : info@dhsprogram.com
Site web : <http://dhsprogram.com>

Citation recommandée :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2015. *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2015)*. ICF International Rockville, Maryland, USA.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	v
LISTE DES ACRONYMES.....	vii
CARTE DU SÉNÉGAL.....	viii
1 INTRODUCTION.....	1
2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	3
2.1 Échantillonnage.....	3
2.2 Questionnaires.....	3
2.3 Formation et collecte des données.....	6
2.3.1 Formation.....	6
2.3.2 Collecte des données.....	7
2.4 Traitement des données.....	8
3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	9
3.1 Couverture de l'échantillon.....	9
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	9
3.3 Fécondité.....	11
3.3.1 Niveau de la fécondité.....	11
3.3.2 Tendance de la fécondité.....	12
3.3.3 Fécondité des adolescentes.....	12
3.3.4 Désir d'enfants (supplémentaires).....	13
3.4 Contraception.....	14
3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception.....	14
3.4.2 Besoins en matière de planification familiale.....	16
3.5 Mortalité des enfants.....	18
3.6 Santé de la reproduction.....	19
3.6.1 Soins prénatals.....	20
3.6.2 Vaccination antitétanique.....	21
3.6.3 Accouchement.....	21
3.6.4 Tendance des soins de santé maternelle.....	22
3.6.5 Soins postnatals de la mère.....	22
3.7 Santé des enfants.....	22
3.7.1 Vaccination des enfants.....	23
3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	24
3.7.3 État nutritionnel des enfants.....	26
3.7.4 Allaitement et alimentation de complément.....	29
3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	31
3.8 Paludisme.....	32
3.8.1 Possession d'une MII dans le ménage.....	32
3.8.2 Accès à une MII par la population.....	34
3.8.3 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes.....	35
3.8.4 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse.....	37
3.8.5 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants.....	38
3.9 VIH.....	40
3.9.1 Connaissance du VIH/sida.....	40
3.9.2 Connaissance considérée comme « approfondie » du VIH/sida parmi les jeunes.....	41
3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom.....	42
3.9.4 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête.....	44
3.10 Situation des enfants.....	46
3.10.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans.....	47
3.10.2 Enfants orphelins et résidence avec les parents.....	47

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews ménages et individuelles	9
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	10
Tableau 3	Fécondité actuelle	11
Tableau 4	Fécondité des adolescentes	13
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants.....	14
Tableau 6	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	15
Tableau 7	Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union	17
Tableau 8	Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans	19
Tableau 9	Indicateurs de santé maternelle.....	20
Tableau 10	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	24
Tableau 11	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	25
Tableau 12	Etat nutritionnel des enfants	27
Tableau 13	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	29
Tableau 14	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	32
Tableau 15	Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les ménages.....	33
Tableau 16	Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes	36
Tableau 17	Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours vde la grossesse	37
Tableau 18	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants.....	39
Tableau 19	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	40
Tableau 20	Connaissance « approfondie » du VIH/sida par les jeunes.....	41
Tableau 21.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes	42
Tableau 21.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes	43
Tableau 22.1	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme	45
Tableau 22.2	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme	46
Tableau 23	Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans	47
Tableau 24	Enfants orphelins et résidence avec les parents	49
Graphique 1	Tendances de la fécondité selon différentes sources	12
Graphique 2	Tendance des besoins en matière de planification familiale des femmes en union.....	17
Graphique 3	Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	19
Graphique 4	Tendances des indicateurs de santé maternelle.....	22
Graphique 5	État nutritionnel des enfants par âge.....	28
Graphique 6	Régime alimentaire minimum acceptable	31
Graphique 7	Pourcentage de la population de fait ayant accès a une MII dans le ménage	34

LISTE DES ACRONYMES

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CNERS	Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal.
CPN	Consultation Périnatale
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DR	District de Recensement
DTC-HepB-Hib	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus influenzae type B (Hib)
EDS	Enquête Démographique et de Santé (Demographic and Health Surveys)
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
GHI	Global Health Initiative
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae type B
ICF	Inner City Fund
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MI	Micronutrient Initiative
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
RGPHAE	Recensement Général de la Population et de l'Habitat et de l'Agriculture et de l'Élevage
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SÉNÉGAL



1 INTRODUCTION

Le Gouvernement du Sénégal vient de réaliser en 2015 la troisième phase de l'Enquête Continue conformément au programme d'actions du Schéma Directeur de la Statistique. Elle couvre la période 2012-2017 et offre la possibilité de créer un flux continu de données sur la population qui aidera à répondre à la demande de suivi plus régulier des indicateurs de couverture et d'impact résultant des initiatives mondiales en cours, visant à renforcer les programmes de santé. L'Enquête-Continue a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) avec l'assistance technique de ICF International et l'organisme américain en charge du programme international des EDS (*Demographic and Health Surveys-DHS*). Le laboratoire de parasitologie de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) a apporté son appui dans la mise en œuvre du volet portant sur le test du paludisme (formation des agents, prélèvements et analyses des échantillons de sang, analyse des données).

Pour la mise en œuvre de l'enquête, un comité de pilotage a été mis en place comprenant, en plus de l'équipe technique de l'EDS-Continue, le ministère de la santé et les partenaires au développement.

Pour la réalisation de l'EDS-Continue, le Gouvernement du Sénégal a bénéficié de l'appui financier de l'USAID, de la Banque Mondiale, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de Micronutrient Initiative.

L'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue), réalisée de janvier à octobre 2015 a comme objectifs fondamentaux : (1) répondre aux besoins permanents en données pour planifier, suivre et évaluer les programmes de santé et de population, et (2) renforcer les capacités au sein des institutions du pays pour collecter, traiter, analyser, diffuser et utiliser ces données. En outre, l'EDS-Continue comporte d'autres avantages potentiels. La rétention plus longue du bureau central et du personnel de terrain inhérente à l'EDS-Continue conduit à une « institutionnalisation de fait » du processus DHS, ce qui apporte des avantages que ne peut apporter une DHS quinquennale. On s'attend à ce que le renforcement des capacités du personnel et l'institutionnalisation du processus DHS se traduisent par une amélioration de la qualité des données et une réduction des besoins en assistance technique. La conception de l'EDS-Continue permettra également une plus grande souplesse pour répondre aux besoins en statistiques du pays dans la mesure où chacune des phases de l'EDS-Continue peut être adaptée à des sujets particuliers, ce qui est difficile dans le cadre d'une enquête DHS quinquennale.

Ces objectifs sont en accord avec les principes fondamentaux de *Global Health Initiative* (GHI), lancée par le gouvernement des États-Unis pour soutenir les résultats qui améliorent la santé, en particulier chez les femmes et les jeunes enfants, en renforçant la performance du système de santé dans les pays en développement. La GHI est un programme axé sur le résultat qui compte, parmi ses principes fondamentaux, l'engagement à la prise de décision basée sur la connaissance et à un suivi et une évaluation améliorés. L'engagement au respect de la propriété nationale fait partie intégrante du GHI. Conformément à ce principe, c'est au Sénégal que revient la tâche de réaliser une EDS-Continue. Il convient de noter que le Sénégal est le premier pays en Afrique et le deuxième pays après le Pérou à entreprendre une enquête continue dans le cadre du programme DHS.

Le présent rapport présente les résultats clés et est conçu pour fournir aux décideurs et prestataires de service, le plus rapidement après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs les plus importants. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Le rapport final couvrira l'ensemble des domaines enquêtés avec une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 ÉCHANTILLONNAGE

L'EDS Continue 2015 vise trois cibles : les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de 0-59 mois. Le champ de l'enquête couvre l'ensemble du territoire et porte sur un échantillon national stratifié d'environ 4 400 ménages, tiré à deux degrés. Cet échantillon permet de produire, pour la plupart des indicateurs, des résultats représentatifs au niveau des quatre grandes régions¹ :

- l'Ouest, constitué des régions de Dakar et de Thiès ;
- le Centre, il s'agit des régions de Diourbel, de Fatick, de Kaolack et de Kaffrine ;
- le Nord, composé des régions de Matam, de Louga et de Saint Louis ; et
- le Sud, constitué des régions de Tambacounda, de Kolda, de Kédougou, de Sédhiou et de Ziguinchor.

Pour constituer l'échantillon, 200 Districts de Recensement (79 DR en milieu urbain et 121 en milieu rural) ont été tirés au premier degré de sondage en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille (nombre de ménages dans le DR). Un dénombrement des ménages dans chacun de ces DR a fourni la liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de 22 ménages avec un tirage systématique à probabilité égale. Dans cet échantillon de ménages, on s'attendait à trouver 8 500 femmes de 15-49 ans et 8 200 enfants éligibles pour l'enquête. Toutes les femmes de 15 à 49 ans, résidentes habituelles ou visiteuses, identifiées dans ces ménages ont été individuellement enquêtées. Tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour subir le test de dépistage du paludisme et celui d'anémie.

2.2 QUESTIONNAIRES

Pour permettre une certaine souplesse dans la conception de chaque phase de l'EDS-Continue, le questionnaire standard du programme DHS utilisé a été réduit. Des modifications jugées nécessaires ont été apportées aux questionnaires de base pour les adapter aux spécificités socioculturelles du Sénégal et répondre aux besoins des utilisateurs. Ainsi, pour assurer la comparabilité des résultats au niveau international, ces changements ont été aussi limités que possible. Ce questionnaire réduit comprend un historique des naissances complet permettant le calcul des taux de fécondité et de mortalité et il permet d'obtenir la plupart des indicateurs recommandés au niveau international, y compris ceux de l'UNICEF.

Par ailleurs, le Sénégal qui a inclus le test du VIH dans l'enquête EDS-MICS de 2010-2011, le fera lors de la phase 2017 de l'EDS-Continue.

Trois questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans et un questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans. Le contenu spécifique de ces différents questionnaires est le suivant :

Le questionnaire ménage : Le questionnaire ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. 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 scolaire et la fréquentation

¹ Ainsi, le terme région ou zone utilisé dans le texte fait référence aux grandes régions.

préscolaire, la survie des parents, la déclaration des enfants à l'état civil, la prise en charge des jeunes enfants au niveau préscolaire 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 de sel iodé² 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. Ces informations ont été recueillies afin d'évaluer les conditions environnementales et socioéconomiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées.

En outre, un des objectifs essentiels du questionnaire ménage était d'identifier les femmes éligibles pour des interviews individuelles et les enfants éligibles pour les mesures anthropométriques, les tests d'anémie et de parasitémie palustre. De plus, le questionnaire ménage a permis de recueillir les résultats des tests sur le paludisme et l'hémoglobine ainsi que les mesures anthropométriques 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). Dans les ménages échantillonnés, les tests d'anémie et de parasitémie palustre ont été effectués sur les enfants de 6-59 mois.

Après obtention du consentement éclairé des parents ou de la personne en charge de l'enfant, un prélèvement sanguin a été effectué auprès des enfants de 6-59 mois. Il a permis d'effectuer, sur le terrain, un test mesurant le niveau d'hémoglobine, et un Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme. En outre, du sang a été collecté sur lame pour constituer une goutte épaisse qui a été analysée ultérieurement en laboratoire pour estimer la prévalence du paludisme.

Le questionnaire individuel femme : Il constitue l'élément central de l'enquête. Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés 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 et l'ethnie ;
- *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 actuelle des différentes méthodes contraceptives, ainsi que sur les sources d'approvisionnement. Elle porte également sur les raisons de la non-utilisation d'une méthode ;
- *Grossesse et soins postnatals :* cette section porte sur les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête. Elle 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 ;
- *Vaccination des enfants, santé et nutrition :* les questions portent sur la fréquence et la durée de l'allaitement, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des

² Dans tous les ménages enquêtés, le sel utilisé pour la cuisine est testé pour la présence d'iode. Les résultats du test permettent de déterminer la proportion de femmes et d'enfants vivant dans un ménage utilisant du sel iodé ou non.

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 ;
- *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 VIH-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 pratique de l'excision chez les filles âgées de moins de 15 ans.

Le questionnaire individuel homme : Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés 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 huit sections qui servent à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- *Caractéristiques sociodémographiques* ;
- *Reproduction* ;
- *Connaissance et utilisation de la contraception* ;
- *Mariage et activité sexuelle* ;
- *Préférences en matière de fécondité* ;
- *Emploi et rôle des sexes* ;
- *VIH et autres infections sexuellement transmissibles* ;
- *Excision*.

Manuels et autres documents techniques

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

- du manuel des enquêtrices ;
- du manuel des chefs d'équipe ;
- du manuel de cartographie et de dénombrement des ménages ;
- du manuel d'utilisation des tablettes PC (système d'interview assisté par ordinateur [CAPI]) ;
- du manuel pour les mesures anthropométriques ;

- du manuel du test du paludisme ;
- des fiches d'affectation des enquêteurs/contrôleuses ;
- des fiches de contrôle et de gestion pour les tests (anémie et paludisme) ;
- des fiches de référence pour les tests (anémie et paludisme).

L'ANSD a assuré la reproduction en nombre suffisant de ces différents documents.

Tests d'hémoglobine et de la parasitémie palustre

Dans les ménages sélectionnés, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie et de parasitémie. Les protocoles pour les tests de l'anémie et de la parasitémie palustre ont été approuvés par le Comité d'Éthique (Internal Review Board) d'ICF International à Rockville et par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNER) du Sénégal.

Pour réaliser les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait un enquêteur-technicien de santé spécialement chargé des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ce technicien avait reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test d'anémie. D'abord, pour chaque enfant éligible, le technicien cherchait à obtenir le consentement éclairé de la personne responsable de l'enfant après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité du test et les conditions de prise en charge en cas de besoin.

Test d'hémoglobine : Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue.

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

Test de parasitémie palustre : Les tests de parasitémie palustre ont été effectués sur les enfants de 6-59 mois. Deux tests du diagnostic du paludisme ont été réalisés : un Test de Diagnostic Rapide (TDR) dont les résultats étaient communiqués aux parents/personne en charge de l'enfant, et une goutte épaisse. Les enfants testés positifs au TDR étaient référencés auprès d'un service de santé par les techniciens de laboratoire de l'enquête selon le protocole en vigueur.

Par ailleurs, les gouttes épaisses confectionnées sur une lame porte-objet après prélèvement d'un échantillon de sang ont été analysées au laboratoire du Département de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'UCAD de Dakar.

2.3 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

2.3.1 Formation

Puisqu'il s'agit d'une enquête continue, les mêmes agents de terrain, en nombre limité, de la phase précédente ont été reconduits. Ces agents de terrain ont été sélectionnés sur la base de leur maturité, de leur capacité à communiquer, de leur niveau d'instruction, de leur connaissance des langues nationales, de leur pratique informatique et de leur disponibilité pour travailler d'une manière permanente sur l'enquête. Tout

a été fait pour engager du personnel de terrain qualifié dont le profil a été prédéfini par l'équipe technique de l'enquête.

Les agents de terrain ont suivi une mise à niveau de 13 jours, portant sur tous les aspects de l'enquête en mettant l'accent sur les nouveaux modules et questions en particulier. Des exposés sur des thèmes spécifiques ont été faits par des personnes ressources du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ou d'autres institutions appropriées.

La formation sur l'utilisation des Tablettes PC, principal outil de collecte, a été assurée par des experts de l'ANSD et d'ICF International. Tous les agents de terrain ont suivi la formation sur tous les modules sauf celui sur les tests biologiques qui était réservé aux seuls techniciens de santé. À la fin de la formation, les agents ont reçu une formation complémentaire sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique du terrain ainsi que sur le contact avec les autorités et les populations.

La formation sur les tests biologiques (anémie et parasitémie palustre) et sur les mesures anthropométriques a été assurée par le personnel du laboratoire de parasitologie et un nutritionniste. Les techniciens de santé ont pratiqué les tests sur le terrain, et tous les agents de terrain ont pratiqué les mesures anthropométriques dans des centres de santé à Dakar.

2.3.2 Collecte des données

Après la formation, quatre équipes ont été constituées pour le travail de terrain ; chaque équipe est composée de trois enquêtrices chargées des interviews auprès des ménages et des femmes sur les Tablettes PC, un technicien de santé pour effectuer les mesures anthropométriques, les tests du paludisme et de l'anémie sur un questionnaire papier, et un chef d'équipe qui est chargé des interviews auprès des hommes et qui, peut également administrer le questionnaire ménage sur les Tablettes PC. Ce dernier est responsable de la performance et de la gestion de son équipe. Il a aussi servi d'assistant au technicien de santé pour la prise des mesures anthropométriques.

La collecte des données sur le terrain a duré huit mois (du 21 janvier au 20 octobre 2015). Elle s'est faite en deux vagues de quatre mois, chacune entrecoupée d'une période d'un mois de repos, la première allant de janvier à mai et la deuxième de juin à octobre, ce qui a permis de visiter les 200 DR.

Des statisticiens ont été recrutés pour assurer la supervision des travaux de collecte. Ainsi, ont été organisées des missions de supervision rapprochées pour s'assurer de la qualité des données collectées sur le terrain. Parallèlement, des missions de supervision organisées par la Cellule de Lutte contre la Malnutrition et le laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop ont permis de s'assurer du respect des règles de prélèvement et de mesures anthropométriques sur le terrain.

Le contrôle de qualité a été assuré par la supervision et le suivi des équipes pendant les travaux sur le terrain. Chaque chef d'équipe était responsable de la qualité du travail de son équipe : il tenait des réunions régulières avec son équipe de façon à renforcer la formation et à corriger les erreurs éventuelles commises au cours de la collecte. De plus, les chefs d'équipe devaient ré-interviewer environ 5 % des ménages de façon à contrôler la qualité des données. Ces ré-interviews, limitées à certaines sections du questionnaire, étaient menées avant de quitter le DR. Les chefs d'équipe utilisaient les ré-interviews pour contrôler étroitement les raisons des « non-réponses », en particulier les absences du ménage et les refus.

Enfin, un ensemble de tableaux de contrôle a été produit par le programmeur informatique, au moins une fois toutes les deux semaines, tout au long de la collecte pour vérifier la validité des données saisies. Dès qu'ils étaient produits, ces tableaux étaient examinés par l'équipe technique de l'enquête et les problèmes éventuels décelés dans ces tableaux ont été examinés avec les quatre équipes de terrain afin d'améliorer les taux de réponse et la qualité de la collecte.

2.4 TRAITEMENT DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée au moyen de Tablettes PC. Après validation des données sur le terrain, les fichiers de données ont été transférés au bureau central de l'ANSD à Dakar par DR. Ces fichiers de données ont été ensuite enregistrés, compilés et traités sur un ordinateur central. Les données de chaque DR ont été vérifiées et un fichier unique de données apurées a été créé après que les fichiers de tous les DR aient été enregistrés et approuvés. L'enregistrement, contrôle et compilation des données ont été effectués par l'informaticien recruté pour les besoins de l'EDS-Continue. Après la fusion des fichiers, les dernières erreurs détectées ont été traitées.

Analyse au laboratoire des prélèvements de sang : La parasitémie palustre a été réalisée par le laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD). Le traitement des échantillons des gouttes épaisses de sang s'est fait au fur et mesure de la collecte des données sur le terrain. Au final, les résultats des tests ont été fusionnés avec la base de données de l'enquête.

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 COUVERTURE DE L'ÉCHANTILLON

Au cours de l'EDS-Continue 2015, au total, 4 706 ménages ont été sélectionnés et parmi eux, 4 571 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 4 571 ménages, 4 511 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (Tableau 1). Le taux de réponse est légèrement plus élevé en milieu rural (99 %) qu'en milieu urbain (98 %).

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles			
Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Sénégal 2015			
Résultat	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Interviews Ménage			
Ménages sélectionnés	1 846	2 860	4 706
Ménages identifiés	1 787	2 784	4 571
Ménages interviewés	1 754	2 757	4 511
Taux de réponse des ménages ¹	98,2	99,0	98,7
Interviews des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	3 362	5 800	9 162
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 244	5 607	8 851
Taux de réponse des femmes éligibles ²	96,5	96,7	96,6
Interviews des hommes de 15-59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	1 564	2 480	4 044
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 440	2 294	3 734
Taux de réponse des hommes éligibles ²	92,1	92,5	92,3

¹ Ménages interviewés/ménages identifiés.
² Enquêtes interviewés/enquêtés éligibles.

Par ailleurs, l'enquête a identifié 9 162 femmes de 15-49 ans dans les 4 511 ménages interviewés au cours de l'enquête, soit au moins une femme éligible par ménage et, pour 8 851 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès. Globalement, le taux de réponse des femmes éligibles atteint 97 %. Comme pour les ménages, le taux de réponse des femmes ne varie pratiquement pas entre les milieux urbain et rural (97 % chacun).

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 4 044 hommes étaient éligibles et 3 734 ont été interviewés (taux de réponse de 92 %). Pour les hommes comme pour les femmes, on ne note pratiquement pas d'écart entre les deux milieux de résidence (92 % contre 93 %).

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les résultats du Tableau 2 présentent les caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée. Il s'agit des femmes âgées de 15-49 ans et des hommes âgés de 15-59 ans. En ce qui concerne cette dernière cible, l'essentiel des résultats présentés dans le tableau porte sur les hommes âgés de 15-49 ans. Ce tableau présente, pour chaque catégorie le nombre de cas non pondérés, c'est-à-dire le nombre de personnes enquêtées dans chaque catégorie, et le nombre de cas pondérés, c'est-à-dire le nombre de personnes enquêtées dans chaque catégorie, ajusté en utilisant les poids de sondage, ces derniers étant normalisés au niveau national. Du fait de la normalisation des poids, le nombre de cas pondéré égale le nombre de cas non pondérés au niveau national. Il faut préciser que dans le cadre de ce rapport, les effectifs et les proportions présentés dans tous les tableaux sont des résultats pondérés.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	22,6	2 003	2 118	23,5	801	867
20-24	18,5	1 641	1 638	18,9	643	637
25-29	18,8	1 667	1 613	15,9	542	520
30-34	14,1	1 247	1 223	12,6	428	434
35-39	11,6	1 030	992	11,9	407	363
40-44	8,7	772	771	9,1	310	304
45-49	5,6	492	496	8,1	275	265
Religion						
Musulman	94,7	8 380	8 394	95,1	3 236	3 235
Chrétien	4,9	429	401	4,9	167	153
Animiste	0,5	41	55	0,0	1	1
Sans religion	0,0	1	1	0,0	1	1
Ethnie						
Wolof	39,8	3 524	2 989	36,0	1 224	1 023
Poular	26,5	2 341	2 798	26,8	913	1 074
Serer	15,0	1 330	1 062	17,3	591	459
Mandingue	6,2	548	782	7,0	240	366
Diola	3,7	324	316	4,7	159	179
Soninké	1,0	88	106	1,2	40	35
ND/Autres/non sénégalais	7,9	696	798	7,0	239	254
État matrimonial						
Célibataire	30,6	2 709	2 432	57,8	1 968	1 965
Marié	64,5	5 711	6 031	41,4	1 409	1 390
Vivant ensemble	0,2	20	17	0,1	3	4
Divorcé/séparé	3,6	317	274	0,7	22	26
Veuf	1,1	95	97	0,1	4	5
Résidence						
Urbain	47,5	4 205	3 244	52,0	1 771	1 317
Rural	52,5	4 646	5 607	48,0	1 634	2 073
Région						
Nord	16,4	1 456	1 755	13,6	464	575
Ouest	38,2	3 384	1 492	43,4	1 477	655
Centre	28,5	2 520	2 904	24,7	843	1 015
Sud	16,8	1 491	2 700	18,3	622	1 145
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	50,9	4 505	4 925	36,9	1 255	1 391
Primaire	21,8	1 927	1 806	25,9	883	827
Moyen/secondaire ou plus	27,3	2 419	2 120	37,2	1 266	1 172
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	17,0	1 509	2 185	14,9	508	764
Second	17,8	1 579	2 041	18,1	616	831
Moyen	19,8	1 757	1 985	19,4	662	771
Quatrième	21,3	1 886	1 527	22,1	753	587
Le plus élevé	24,0	2 121	1 113	25,4	866	437
Total 15-49	100,0	8 851	8 851	100,0	3 405	3 390
Hommes 50-59	na	na	na	na	329	344
Total 15-59	na	na	na	na	3 734	3 734

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

Quel que soit le sexe, au niveau de la structure par âge, on constate que les proportions diminuent avec l'augmentation de l'âge. Les résultats mettent en évidence la jeunesse de la population sénégalaise, le groupe d'âges de 15-24 ans représentant 41 % des femmes et 42 % des personnes de sexe masculin. Trois personnes sur cinq (60 % pour les femmes et 58 % pour les hommes) sont âgées de moins de 30 ans.

En ce qui concerne la religion, on constate que 95 % des enquêtés se sont déclarés de religion musulmane et les chrétiens représentent environ 5 % des enquêtés. Ces chiffres se maintiennent dans les différentes enquêtes.

La répartition de la population selon l'ethnie fait apparaître trois grands groupes : le Wolof (40 % des femmes et 36 % des hommes), le Poular (27 % chacun) et le Serer (15 % des femmes et 17 % des hommes). Puis viennent les Mandingues et les Diolas et ensuite les Soninkés. Les autres groupes ethniques et les non Sénégalais représentent 8 % pour chacun des deux sexes.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on constate que la majeure partie de la population vit en union. Les mariés représentent 65 % parmi les femmes ; chez les hommes, cette proportion est de 41 %. On note que la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes (58 %) que chez les femmes (31 %). Cet écart peut provenir, en partie, d'un âge d'entrée en première union plus tardif chez les hommes que chez les femmes.

Selon la répartition spatiale de la population, on note que la proportion d'hommes qui vivent en milieu urbain est légèrement plus élevée que celle des femmes (52 % contre 48 %). La grande région Ouest abrite plus du tiers des femmes (38 %) et plus de deux hommes sur cinq (43 %). La grande région Sud enregistre la plus faible proportion de personnes enquêtées (17 % des femmes et 18 % des hommes).

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, les proportions d'enquêtés qui n'ont aucun niveau d'instruction sont nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (51 % contre 37 %). De même, la proportion de femmes qui n'ont atteint que le niveau d'instruction primaire est de 22 % contre 26 % chez les hommes. Le niveau moyen/secondaire ou plus a été atteint par 27 % des femmes et 37 % des hommes.

3.3 FÉCONDITÉ

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs présentés sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarés par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

3.3.1 Niveau de la fécondité

Le Tableau 3 indique qu'au niveau national la fécondité des femmes sénégalaises reste élevée puisque l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,9 enfants par femme. Ce tableau montre aussi que les taux de fécondité par groupe d'âges suivent en général un schéma que l'on observe souvent dans les pays à forte fécondité, c'est-à-dire une fécondité qui augmente rapidement, le taux passant de 80 ‰ à 15-19 ans pour atteindre un maximum de 226 ‰ à 25-29 ans. Par contre, on remarque qu'au Sénégal, le niveau de la fécondité reste assez élevé après l'âge de 30 ans (213 ‰ à 30-34 ans et 164 ‰ à 35-39 ans). Le niveau de la fécondité décroît très rapidement à partir de 40 ans.

Les données mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. En effet, les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles qui vivent en milieu rural (3,5 enfants par femme contre 6,1 enfants par femme).

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, Sénégal 2015

Groupe d'âges	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
15-19	45	108	80
20-24	118	256	189
25-29	165	282	226
30-34	186	241	213
35-39	128	196	164
40-44	54	111	83
45-49	5	31	16
ISF (15-49)	3,5	6,1	4,9
TGFG	116	201	161
TBN	28,1	41,5	35,7

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

ISF = Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme
TGFG = Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

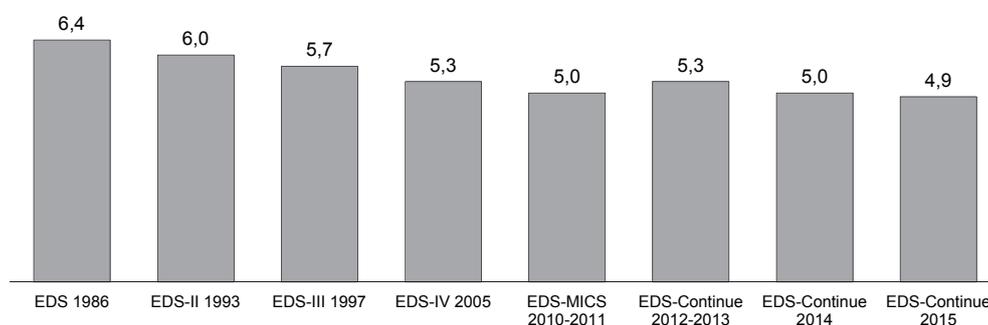
TBN = Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

3.3.2 Tendance de la fécondité

La comparaison des résultats de l'indice synthétique de fécondité (Graphique 1) montre que la fécondité a baissé lentement mais régulièrement, passant de 6,4 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997, 5,3 en 2005 et 5,0 en 2010-11. A partir de 2005, la tendance est moins régulière et il semblerait que le niveau de fécondité se stabilise autour de 5 enfants par femme en moyenne. Cependant, si l'on observe les tendances plus récentes, on observe une diminution de la fécondité, particulièrement dans les zones urbaines. Dans ces zones, la fécondité serait passée de 4,0 enfants dans les deux enquêtes précédentes à 3,5 enfants par femme.

Graphique 1 Tendances de la fécondité selon différentes sources

Naissance par femme



3.3.3 Fécondité des adolescentes

La fécondité des adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constitue un problème de santé. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction. En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes. Enfin, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités scolaires et leur participation dans la vie active.

Le Tableau 4 présente la proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et la proportion de celles qui ont déjà commencé leur vie féconde (somme de la proportion de celles qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de la proportion de celles qui sont déjà enceintes d'un premier enfant) selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On constate que 16 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 13 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3 % sont enceintes du premier enfant. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 2 % à 15 ans à 28 % à 19 ans, âge auquel 25 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu rural (22 %) qu'en milieu urbain (9 %) et nettement plus faible dans la région Ouest que dans les autres (7 % contre un maximum de 24 % dans la région Sud). Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue de manière importante avec le niveau d'instruction, passant de 27 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 7 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. De même, cette proportion décroît considérablement en fonction du niveau de bien-être économique du ménage, passant de 29 % chez les adolescentes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 4 % parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus élevé.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant, et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	ont eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	1,7	0,5	2,2	366
16	6,5	2,8	9,3	411
17	9,5	3,0	12,4	388
18	20,2	6,2	26,4	477
19	24,7	3,4	28,1	360
Résidence				
Urbain	6,6	2,1	8,6	880
Rural	17,6	4,3	21,9	1 123
Région				
Nord	15,9	4,1	20,0	361
Ouest	5,2	1,7	6,9	685
Centre	14,9	4,4	19,3	605
Sud	20,6	3,9	24,4	351
Niveau d'instruction				
Pas d'instruction	22,8	4,4	27,2	639
Primaire	14,9	4,0	18,8	414
Moyen/secondaire ou plus	5,1	2,3	7,4	950
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	23,3	5,3	28,6	389
Second	17,9	4,5	22,4	383
Moyen	12,5	3,3	15,8	397
Quatrième	7,8	2,6	10,4	419
Le plus élevé	3,3	1,1	4,4	414
Ensemble	12,7	3,3	16,1	2 003

3.3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer les besoins du Sénégal en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Au cours de l'EDS-Continue 2015, des questions ont été posées aux femmes concernant leur désir 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.

Le Tableau 5 présente les résultats concernant les préférences des femmes en union en matière de fécondité. Parmi les femmes actuellement en union, 18 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans 77 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 46 % souhaiteraient cet enfant dans un délai de deux ans ou plus, alors que 26 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir. Enfin, dans 6 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas à quel moment elles veulent cet enfant.

Par rapport à 2014, on ne note pas de changement important, la proportion de femmes ne voulant plus d'enfant étant passée de 20 % à 18 % et la proportion de celles qui souhaitent un enfant (ou un autre enfant) étant passée de 74 % à 77 %.

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins d'1 % chez les femmes sans enfant ou ayant un enfant vivant, elle passe à 3 % chez les femmes ayant deux enfants vivants, à 20 % chez celles en ayant quatre pour atteindre un maximum de 57 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

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

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, Sénégal 2015

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	80,7	31,9	25,8	21,3	19,3	15,6	6,2	25,7
Veut un autre plus tard ³	4,4	59,4	61,5	60,4	52,0	39,9	25,2	45,7
Veut un autre, NSP quand	11,8	7,1	7,0	7,0	4,2	2,0	2,1	5,7
Indécise	0,0	0,2	1,0	2,4	3,2	3,1	4,4	2,1
Ne veut plus d'enfant	0,1	0,6	2,7	7,1	19,8	35,6	57,3	18,3
Stérilisé ⁴	0,1	0,0	0,1	0,8	0,0	0,5	1,2	0,4
S'est déclarée stérile	2,8	0,8	2,0	1,0	1,6	3,3	3,6	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	528	934	1 007	872	758	601	1 032	5 731

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

3.4 CONTRACEPTION

3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives, particulièrement les méthodes modernes, est un moyen permettant aux individus et aux couples de planifier leurs naissances, autant en espaçant les naissances qu'en limitant leur nombre. Ceci n'est possible que par l'existence de structures qui offrent des services et qui fournissent des conseils et des méthodes variées.

Au cours de l'EDS-Continue 2015, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées. On a demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive actuelle. Cet indicateur se définit comme étant la proportion de femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, 23 % des femmes en union utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive : 21 % une méthode moderne et 2 % une méthode traditionnelle (Tableau 6). Les femmes utilisaient essentiellement les injectables (8 %), suivis de la pilule et des implants (5 % dans chaque cas). Toutes les autres méthodes sont utilisées par moins de 1 % des enquêtées. Parmi les méthodes traditionnelles les plus utilisées, on peut citer la méthode du rythme et celle du retrait, mais dans des proportions très faibles, respectivement 0,9 % et 0,3 %.

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union est plus élevée en milieu urbain (30 %) qu'en milieu rural (15 %). Dans les régions, on constate des écarts importants, la prévalence moderne variant de 32 % dans la région Ouest à 21 % dans le Nord et à 15 % dans le Sud et 14 % dans le Centre. On note une augmentation de la proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes avec le niveau d'instruction : 16 % parmi celles sans niveau d'instruction contre 30 % parmi celles ayant le niveau primaire et 33 % chez celles ayant le niveau moyen/secondaire ou plus. L'utilisation de méthodes contraceptives est aussi influencée par le niveau de bien-être économique du ménage, la prévalence moderne passant de 12 % parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 32 % parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé. L'utilisation de la contraception augmente régulièrement avec le nombre d'enfants passant de 2 % chez les femmes nullipares à 27 % parmi les femmes ayant 3-4 enfants et à 26 % parmi celles en ayant 5 ou plus.

3.4.2 Besoins en matière de planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Les besoins non satisfaits, la demande totale, le pourcentage de demande satisfaite et le pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes sont définis comme suit :

- **besoins non satisfaits** : somme des besoins non satisfaits pour espacer et des besoins non satisfaits pour limiter ;
- **demande totale en planification familiale** : somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ;
- **pourcentage de demande satisfaite** : utilisation contraceptive totale divisée par la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ;
- **pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes** : utilisation des méthodes contraceptives modernes divisée par la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale.

Le Tableau 7 présente, pour les femmes de 15-49 ans actuellement en union, les estimations des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On estime que, dans l'ensemble, 23 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Ajouté à la proportion d'utilisatrices actuelle (23 %), la demande totale en planification familiale atteint 46 %. La moitié de cette demande est satisfaite (51 %). Pour les seules méthodes modernes, cette demande est satisfaite dans 46 % des cas. Cette demande totale en services de planification familiale varie de manière importante selon les caractéristiques des femmes. On note des variations selon l'âge : de 27 % pour les femmes âgées de 15-19 ans à 56 % pour celles âgées de 40-44 ans. Elle est plus élevée en milieu urbain (54 %) qu'en milieu rural (41 %) et, en milieu urbain, 62 % de cette demande sont satisfaites (56 % par des méthodes modernes) contre 42 % en milieu rural (37 % par des méthodes modernes). Dans les régions, on note que c'est dans le Centre que la demande totale en planification familiale est la plus faible (40 %) et que le pourcentage de demande satisfaite y est aussi le plus faible (40 % pour toutes les méthodes). À l'opposé, la région Ouest se caractérise par la demande totale la plus élevée et par le pourcentage de demande satisfaite le plus élevé (56 % et 64 %). Les écarts sont également importants entre les femmes sans niveau d'instruction et celles qui sont instruites et entre les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas et celles du quintile le plus élevé.

Tableau 7 Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes, pourcentage de demande en planification familiale, pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Besoins en planification familiale non satisfaits	Besoins en planification familiale satisfaits (utilise actuellement)			Pourcentage de demande satisfaite ¹		Effectif de femmes
		Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²	Demande totale en planification familiale ³	Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²	
Groupe d'âges							
15-19	20,8	6,2	5,5	27,0	22,9	20,5	427
20-24	22,9	19,1	17,9	41,9	45,4	42,7	900
25-29	21,8	23,4	20,7	45,2	51,7	45,8	1 305
30-34	20,2	27,3	24,6	47,5	57,5	51,8	1 077
35-39	25,9	28,9	26,5	54,9	52,7	48,3	914
40-44	27,8	28,6	25,8	56,4	50,7	45,8	691
45-49	15,0	18,6	16,4	33,6	55,3	48,8	418
Résidence							
Urbain	20,6	33,0	30,3	53,7	61,6	56,4	2 261
Rural	23,7	17,0	15,1	40,7	41,8	37,1	3 470
Région							
Nord	22,0	21,0	20,7	43,0	48,9	48,1	1 046
Ouest	20,2	35,3	32,2	55,5	63,6	58,0	1 821
Centre	23,7	15,8	13,6	39,5	39,9	34,4	1 837
Sud	24,8	17,9	15,2	42,7	41,9	35,6	1 027
Niveau d'instruction							
Pas d'instruction	24,7	18,0	15,9	42,7	42,2	37,3	3 769
Primaire	17,5	32,7	29,8	50,2	65,1	59,4	1 212
Moyen/secondaire ou plus	19,5	35,1	33,1	54,6	64,2	60,6	750
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	26,1	14,2	11,7	40,3	35,3	29,1	1 208
Second	22,7	17,0	15,1	39,7	42,8	38,0	1 136
Moyen	22,2	24,8	21,9	46,9	52,7	46,7	1 139
Quatrième	19,5	27,8	25,5	47,3	58,8	54,0	1 176
Le plus élevé	21,8	33,9	32,3	55,7	60,8	58,0	1 072
Ensemble	22,5	23,3	21,1	45,8	50,9	46,0	5 731

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.

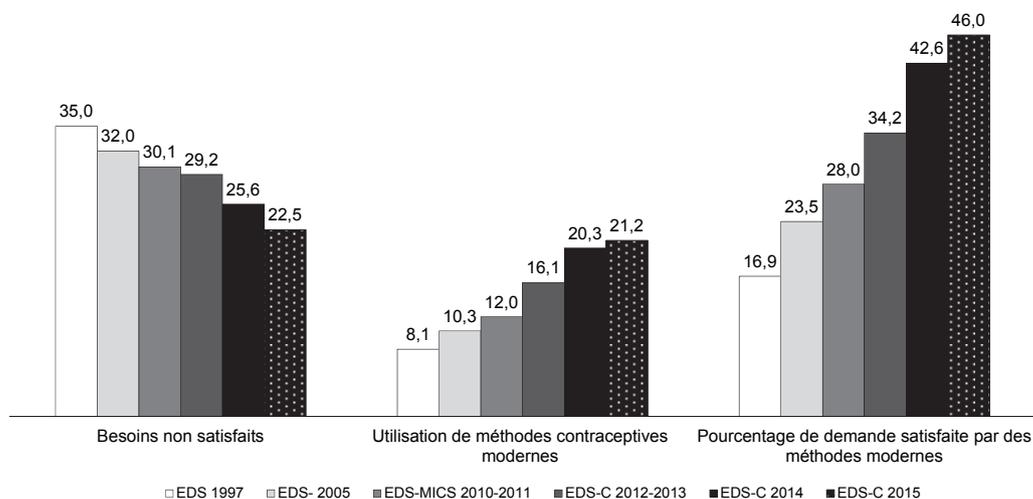
¹ Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisés par la demande totale

² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin, le collier et la Méthode de l'Allaitement maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits (avec toutes les méthodes)

Le Graphique 2 présente la tendance des besoins non satisfaits en planification familiale au Sénégal entre différentes EDS.

Graphique 2 Tendance des besoins en matière de planification familiale des femmes en union



La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a diminué avec le temps entre 1997 et 2015, passant de 35 % en 1997 à 29 % en 2012-2013 et à 23 % 2015.

3.5 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les indicateurs de la mortalité infantile sont considérés comme étant des indicateurs pertinents du développement qui permettent d'apprécier l'état sanitaire d'un pays et l'efficacité des politiques en matière de santé maternelle et infantile. Les données collectées au cours de l'EDS-Continue 2015 ont permis d'estimer les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité néonatale, de la mortalité post-néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile.

Les indicateurs de la mortalité présentés dans ce chapitre ont été estimés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Dans la section 2 de ce questionnaire, l'enquêtrice a enregistré des informations globales sur toutes les naissances de la femme. Dans la procédure de collecte, les questions permettent de distinguer le nombre total des fils et filles qui vivent avec la femme, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Par la suite, et pour chacune des naissances, l'enquêtrice a obtenu des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (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).

À partir des informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

- | | |
|--|--|
| Quotient de mortalité néonatale (NN) : | probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact ; |
| Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : | probabilité pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ; |
| Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : | probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ; |
| Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : | probabilité pour les enfants âgés d'un an exact de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ; |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) : | probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. |

Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête. Le Tableau 8 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales (2000-2004, 2005-2009, 2010-2014) ayant précédé l'enquête. Pour la période des cinq dernières années avant l'Enquête (période 2010-2014), le risque de mortalité infantile est évalué à 39 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité juvénile à 21 %. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 23 % pour la mortalité néonatale et à 16 % pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 59 %.

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Sénégal 2015

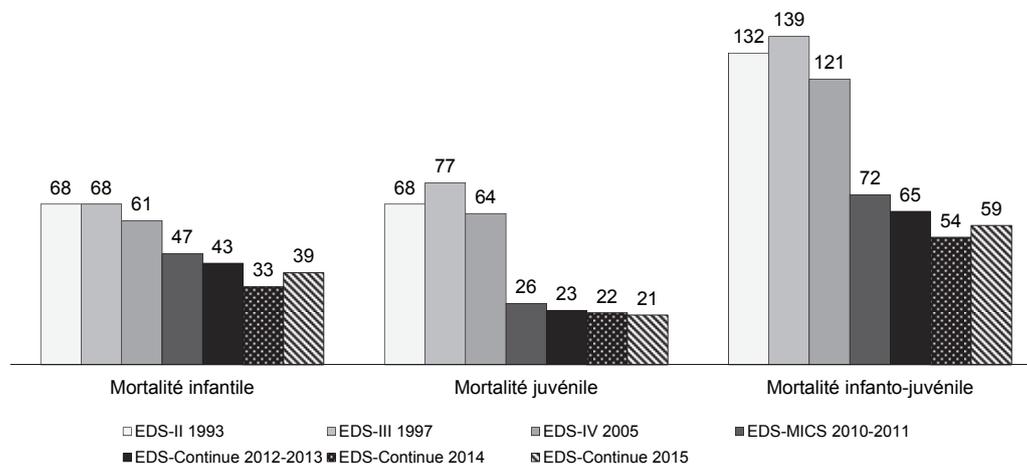
Période précédant l'enquête	Quotients de mortalité				
	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (iq ₀)	Mortalité juvénile (4q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (5q ₀)
0-4	23	16	39	21	59
5-9	28	19	47	29	75
10-14	34	33	68	51	115

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Sur la période 2000-2015, la mortalité infantile aurait baissé, passant de 68 ‰ dans la période 10-14 ans avant l'enquête à 47 ‰ 5-9 ans avant l'enquête pour atteindre 39 ‰ dans la période 0-4 ans avant l'enquête. Dans cette période, la mortalité juvénile aurait également baissé (de 51 ‰ à 21 ‰) et la mortalité infanto-juvénile serait passée de 115 ‰ à 59 ‰. Un examen de l'évolution de la mortalité des enfants au cours des 15 dernières années en utilisant les données des différentes enquêtes confirme que, quelle que soit la composante de la mortalité des enfants, les niveaux ont nettement fléchi dans la période après 2005 (Graphique 3). Ainsi, de 61 ‰ selon l'EDS 2005, le taux de mortalité infantile est passé à 39 ‰ à l'EDS-Continue 2015. Dans la même période, la baisse de la mortalité juvénile se poursuit également : le taux est passé de 64 ‰ à 21 ‰. De même, la mortalité infanto juvénile est passée de 121 ‰ à 59 ‰. Cependant, il faut noter que les quotients de mortalité des enfants, particulièrement la mortalité pendant la première année de vie est plus faible en 2014 qu'en 2015. Une analyse plus approfondie sera faite dans le rapport final pour déterminer s'il s'agit d'une tendance réelle ou si ceci pourrait être le résultat des erreurs relatives à la qualité différentielle des données dans ces deux enquêtes.

Graphique 3 Tendence de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Décès pour mille



3.6 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDS-Continue 2015, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

3.6.1 Soins prénatals

Le Tableau 9 présente les indicateurs de santé maternelle, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent tout d'abord que la majorité des femmes ont reçu des soins prénatals, dispensés par un prestataire formé (95 %). Cette proportion n'a pratiquement pas changé entre 2014 (96 %) et 2015.

Tableau 9 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage qui ont eu lieu dans un établissement de santé ; parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance dans les deux années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après la dernière naissance vivante, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête				Naissances vivantes dans les cinq années ayant précédé l'enquête			Femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant eu des soins prénatals par un prestataire formé ¹	Pourcentage ayant effectué 4 visites prénatales ou plus	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage de femmes qui ont eu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance									
<20	94,9	43,1	83,3	485	56,0	76,0	747	86,8	305
20-34	95,4	47,7	84,6	3 018	54,1	74,8	4 516	88,4	1 770
35-49	93,8	45,2	82,7	841	47,3	71,9	1 067	86,9	408
Résidence									
Urbain	96,7	57,0	83,6	1 661	70,1	91,7	2 261	87,5	824
Rural	94,0	40,3	84,4	2 683	43,8	64,9	4 069	88,3	1 660
Région									
Nord	94,0	39,7	88,8	744	59,6	74,1	1 083	84,0	454
Ouest	96,6	55,8	79,8	1 337	60,0	92,0	1 854	86,9	666
Centre	95,2	42,7	84,9	1 412	48,6	71,2	2 134	89,6	868
Sud	93,2	45,1	85,4	851	45,2	54,6	1 259	90,3	496
Niveau d'instruction de la mère									
Pas d'instruction	94,6	41,9	83,3	2 798	46,5	67,7	4 259	87,6	1 661
Primaire	97,3	52,5	85,1	953	61,5	85,3	1 326	88,9	495
Moyen/secondaire ou plus	93,6	60,0	86,2	593	76,2	94,0	746	88,4	329
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	89,6	32,4	79,7	966	28,6	44,4	1 547	87,7	644
Second	94,4	38,3	84,5	915	44,7	68,1	1 377	87,2	571
Moyen	97,2	49,6	86,2	885	59,0	85,3	1 285	86,8	462
Quatrième	97,7	53,7	85,7	847	66,4	93,0	1 155	90,8	453
Le plus élevé	97,3	64,3	85,0	732	80,9	95,3	966	87,7	354
Ensemble	95,0	46,7	84,1	4 344	53,2	74,5	6 330	88,0	2 484

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

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

La couverture en soins prénatals est relativement homogène et on ne note pas de variations importantes. Il faut cependant souligner que, parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas, la proportion de celles qui ont reçu des soins prénatals est un peu plus faible que parmi les autres femmes (90 %).

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter 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, la première devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse. Bien que la quasi-totalité

des femmes aient reçu des soins prénatals par du personnel formé, seulement 47 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées (48 % en 2014). Cependant, parmi les femmes du milieu urbain (57 %), celles de la région Ouest (56 %), et surtout celles ayant un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (respectivement 60 % et 64 %), cette proportion est nettement plus élevée.

3.6.2 Vaccination antitétanique

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont administrées aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Le Tableau 9 montre que plus de quatre femmes sur cinq (84 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Cette proportion était la même en 2014. Par ailleurs, cet indicateur ne présente pas de variations significatives selon le lieu de résidence, urbain ou rural, ni selon les autres caractéristiques socioéconomiques analysées. Les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas et celles de la région Ouest sont celles qui sont les moins bien protégées contre le tétanos néonatal (80 % dans les deux cas). C'est dans la région Nord que la couverture contre le tétanos néonatal est la meilleure plus élevée (89 %).

3.6.3 Accouchement

L'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement permet de poser un diagnostic rapide et d'intervenir de manière efficace et rapide en cas de complication de la grossesse. De plus, l'accouchement dans un établissement de santé contribue également à réduire le risque de décès de la mère et de l'enfant. Lors de l'EDS-Continue 2015, pour toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère d'indiquer le lieu où elle avait accouché et la personne qui l'avait assistée pendant l'accouchement.

Une bonne prise en charge de l'accouchement, élément-clé dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, dépend de la qualification des personnes qui assistent la femme. Les résultats du Tableau 9 montrent que près de 53 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé, à savoir les médecins, les sages-femmes et les infirmières ou infirmiers Chefs de Poste (ICP).

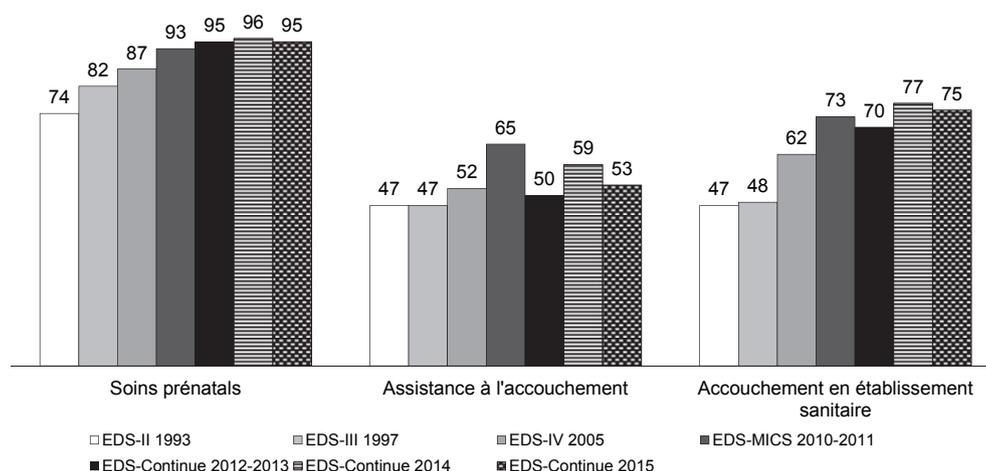
Parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, trois naissances sur quatre (75 %) ont eu lieu dans une structure de santé. La proportion de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé diminue légèrement avec l'âge de la mère : de 76 % chez les moins de 20 %, elle atteint 72 % chez les mères âgées entre 35-49 ans. L'accouchement dans un établissement de santé est nettement plus fréquent en milieu urbain que rural (92 % contre 65 %). En outre, les résultats mettent en évidence des disparités régionales très importantes. C'est dans l'Ouest (92 %) et le Nord (74 %) que la situation est la meilleure alors que le Sud est, dans ce domaine, désavantagé, puisque seulement 55 % des naissances y ont été assistées par un professionnel de santé.

La proportion de naissances qui ont eu lieu dans une structure de santé augmente avec le niveau d'instruction de la femme : de 68 % chez les femmes sans instruction, elle passe à 85 % chez celles de niveau primaire, et elle atteint 94 % chez les femmes de niveau moyen/secondaire ou plus. Les variations concernant l'assistance à l'accouchement par un prestataire de santé formé sont globalement les mêmes que celles constatées pour le lieu d'accouchement.

3.6.4 Tendance des soins de santé maternelle

La comparaison des résultats avec ceux des enquêtes précédentes montre que la couverture en soins prénatals s'est maintenue à un niveau élevé (Graphique 4) En effet, on observe que la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé est passée de 74 % à 95 % en 2012-2013, année à partir de laquelle ce niveau élevé est resté le même.

Graphique 4 Tendances des indicateurs de santé maternelle



En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, les résultats montrent une évolution en dents de scie. La proportion de naissances ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire formé a augmenté entre 1993 et 2010-2011, variant de 47 % à 65 %. Elle a ensuite augmenté de nouveau pour se situer à 59 % en 2014 avant de descendre légèrement en 2015 pour atteindre 53 %. Dans la même période, la proportion de naissance ayant eu lieu dans un établissement de santé connaît des fluctuations similaires, mais plus faibles.

3.6.5 Soins postnatals de la mère

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, il est recommandé que toutes les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'EDS-Continue 2015, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, si quelqu'un les avait examinées après l'accouchement, et combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu. Le tableau 9 présente cet indicateur.

Les résultats montrent que parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années, 88 % ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS. On n'observe pas de différences importantes selon le milieu ou la région de résidence, le niveau d'instruction de la femme ou le niveau de bien-être du ménage.

3.7 SANTE DES ENFANTS

Au cours de l'EDS-Continue 2015, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, on a collecté des informations permettant d'évaluer leur état de santé ; il s'agit du poids à la naissance, de la couverture vaccinale, de la prévalence des principales maladies (infections respiratoires aiguës, fièvre et diarrhée) et des traitements reçus. Les enfants de moins de cinq ans constituent un groupe de population particulièrement vulnérable et ces informations permettront, non seulement, d'identifier les principaux

problèmes qui affectent leur santé mais aussi de contribuer à la mise en place de programmes ciblés de prévention des maladies de l'enfance. En outre, la comparaison des résultats de l'enquête actuelle avec ceux des enquêtes précédentes permettra d'évaluer les efforts déployés dans le pays pour la survie des enfants et d'adapter les programmes mis en place par le Gouvernement.

3.7.1 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), et l'hépatite B, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDS-Continue 2015, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. En outre, à la dernière ligne du tableau figurent les proportions d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois. Il apparaît au Tableau 10 que pour plus de sept enfants de 12-23 mois sur dix (73 %), un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 68 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 2 % n'ont reçu aucun vaccin. Concernant chaque vaccin, on note que 96 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG. La proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la première dose de Pentavalent est également très importante (96 %) mais elle diminue avec le nombre de doses : de 96 % pour la première, elle passe à 93 % pour la deuxième et tombe à 88 % pour la troisième dose. Ainsi, le taux de déperdition pour le pentavalent qui est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la deuxième ou la troisième dose est faible : entre la 1^{ère} et la 2^{ème} dose il est de 3 % et entre les 2^{ème} et 3^{ème} doses, il est un peu plus important (5 %). Ce qui donne un taux de déperdition global entre la 1^{ère} et la 3^{ème} de 8 %.

De même, le vaccin contre la poliomyélite étant administré en même temps que celui du Pentavalent, on s'attend donc à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. Dans 97 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de polio ; pour la deuxième dose, la proportion est de 94 % et pour la troisième dose, elle est de 81 %, soit un taux de déperdition global de 17 %, deux fois plus important que celui du Pentavalent. C'est contre la rougeole que la couverture vaccinale est la plus faible, 79 % des enfants de 12-23 mois ayant reçu ce vaccin. Elle est plus élevée en milieu urbain, 84 % contre 77 % pour le rural et dans l'Ouest, 90 % contre 68 % pour le Sud, qui enregistre la couverture vaccinale contre la rougeole la plus faible.

Tableau 10 Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pentavalent ¹				Polio ²				Rougeole	Tous les vaccins ³	Aucun vaccin	Fièvre Jaune	Tous les vaccins y compris la fièvre Jaune	Pourcentage avec un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
	BCG	1	2	3	0	1	2	3							
Sexe															
Masculin	95,5	95,8	93,3	86,8	69,8	97,0	94,4	80,2	78,1	66,7	2,3	78,6	67	74,4	576
Féminin	95,8	96,9	93,5	89,7	68,6	97,1	94,1	81,0	80,0	69,3	2,3	80,6	69	72,2	589
Résidence															
Urbain	99,2	98,7	97,3	94,0	82,9	98,8	97,0	82,5	84,0	71,2	0,7	83,8	71	72,9	377
Rural	94,0	95,2	91,5	85,6	62,6	96,2	93,0	79,7	76,7	66,5	3,1	77,6	66	73,4	788
Région															
Nord	92,3	93,2	90,7	83,4	52,4	95,4	92,2	82,0	73,4	63,6	2,6	75,3	63	78,2	204
Ouest	100,0	100,0	99,2	97,5	95,9	100,0	99,2	86,4	89,7	78,9	0,0	89,2	79	78,0	307
Centre	96,7	97,3	94,0	89,2	71,0	97,7	95,0	79,9	80,6	67,6	2,2	81,4	67	69,7	415
Sud	91,3	92,6	87,1	79,3	46,1	93,7	88,3	73,1	67,6	58,5	5,3	67,8	58	69,1	240
Niveau d'instruction															
Pas d'instruction	94,5	95,6	91,7	85,2	64,7	96,5	93,0	78,4	74,4	63,0	2,8	75,5	63	72,1	787
Primaire	97,0	96,7	94,9	91,8	74,6	97,2	94,9	84,6	85,1	76,2	2,2	83,8	76	78,2	229
Moyen/secondaire ou plus	99,8	99,8	99,8	99,4	84,4	100,0	99,8	86,1	94,6	81,8	0,0	94,6	82	71,9	149
Quintile de bien-être économique															
Le plus bas	91,0	93,7	88,5	80,4	47,6	95,5	90,5	77,2	73,7	65,0	3,7	74,8	65	74,1	296
Second	94,9	95,7	92,1	86,2	69,6	96,1	92,4	78,3	73,8	63,4	2,9	75,1	63	73,6	277
Moyen	97,4	97,8	96,2	90,7	69,4	97,8	97,0	85,3	79,1	68,0	1,9	79,4	67	73,8	211
Quatrième	98,0	96,9	94,4	91,1	78,3	97,7	94,6	81,0	81,7	70,7	1,8	80,9	71	74,5	207
Le plus élevé	99,9	99,4	99,1	98,9	94,0	99,9	99,6	83,8	93,2	77,2	0,1	93,5	77	69,2	174
Ensemble	95,7	96,3	93,4	88,3	69,2	97,1	94,3	80,6	79,1	68,0	2,3	79,6	68	73,3	1 165

¹ Pentavalent (DTC-HEB-HIB) inclut les vaccins Diphtérie-Tétanos-Coqueluche/ Hépatite B-haemophilus Influenzae B.

² Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

³ BCG, rougeole, les trois doses de Pentavalent et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

La couverture vaccinale globale présente des variations, certaines relativement peu importantes comme celles que l'on peut voir entre les milieux de résidence (71 % en urbain contre 67 % en rural), d'autres plus importantes comme celles que l'on peut observer entre les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction et ceux dont elle a un niveau moyen/secondaire ou plus (63 % contre 82 %). De même, la couverture vaccinale est influencée de manière importante par le niveau de bien-être économique du ménage puisque dans le quintile le plus bas moins des deux tiers des enfants sont complètement vaccinés (65 %) contre près de huit sur dix dans le quintile le plus élevé (77 %). Enfin, la couverture vaccinale dans les régions n'est pas homogène et c'est dans le Sud qu'elle est la plus faible (59 %). À l'opposé, avec une proportion de 79 % d'enfants complètement vaccinés, c'est l'Ouest qui enregistre la meilleure couverture vaccinale des enfants.

Tendance

Il convient de souligner que la couverture vaccinale aurait diminué entre 2014 et 2015 passant de 74 % à 68 %. Hormis dans l'Ouest (respectivement 76 % et 79 %) composée des régions de Dakar et de Thiès, dans toutes les autres zones, le taux de vaccination a diminué entre 2014 et 2015. C'est dans la région Nord que la baisse a été la plus importante, l'écart étant de 16 % par rapport au niveau de 2014. Cette tendance à la diminution doit cependant être considérée avec prudence. Dans le Rapport Final un analyse plus approfondie sera fait dans le but de définir dans quelle mesure ceci est le résultat d'une différence réelle ou le résultat d'une qualité différentielle des données dans les deux enquêtes.

3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la déshydratation provoquées par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes, est cruciale et

déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'interview, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 4 % ont présenté des symptômes d'IRA, 18 % de la diarrhée et 15 % ont eu de la fièvre (données non présentées). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'interview, un traitement médical a été recherché auprès d'un prestataire de santé pour 50 % d'entre eux (Tableau 11). Les garçons ont été plus souvent traités que les filles (53 % contre 47 %). En outre, la recherche de traitement contre les IRA concerne plus les enfants du milieu urbain que ceux du milieu rural (53 % contre 48 %).

Tableau 11 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage à qui on a donné une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou à qui on a donné des liquides de sachets de SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc et pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec fièvre		Enfants avec diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides de sachets de SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
Âge en mois									
<6	*	14	40,7	81	35,2	12,8	13,6	7,7	107
6-11	(41,3)	29	49,7	141	38,5	28,3	9,5	8,0	175
12-23	59,3	64	51,2	240	49,7	38,7	7,9	7,2	322
24-35	41,1	48	40,8	217	39,0	35,0	12,3	9,7	255
36-47	(37,3)	24	43,2	118	36,7	33,3	5,7	5,1	126
48-59	(58,0)	33	35,6	114	34,2	24,4	2,9	2,2	110
Sexe									
Masculin	52,9	106	44,1	450	42,5	34,7	9,6	8,6	525
Féminin	46,7	107	45,0	461	39,5	28,7	8,4	5,9	570
Résidence									
Urbain	53,0	76	49,7	307	43,1	32,1	13,6	10,6	334
Rural	48,0	137	42,0	604	40,0	31,4	7,0	5,7	760
Région									
Nord	*	11	39,2	131	36,6	31,7	9,9	8,5	167
Ouest	(53,2)	68	42,3	221	36,3	28,8	20,1	15,4	230
Centre	46,0	87	42,6	340	37,8	31,9	4,6	4,1	436
Sud	56,2	47	53,2	218	52,9	33,5	5,9	4,3	261
Niveau d'instruction de la mère									
Pas d'instruction	46,5	134	41,8	604	37,9	30,4	7,8	6,7	745
Primaire	54,9	56	50,7	200	43,2	34,4	5,7	5,4	240
Moyen/secondaire ou plus	*	23	48,8	107	56,8	33,8	24,5	14,5	110
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	41,0	70	40,9	273	38,1	28,1	3,9	2,8	346
Second	62,9	46	48,7	194	43,1	33,1	5,7	4,5	246
Moyen	(48,1)	32	44,0	159	41,7	34,6	11,8	10,2	200
Quatrième	(41,7)	44	38,1	172	40,8	37,3	13,6	13,1	196
Le plus élevé	*	21	56,9	113	43,8	23,3	19,6	11,1	107
Ensemble ³	49,8	213	44,6	911	40,9	31,6	9,0	7,2	1 095

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires dus à des problèmes de congestion dans la poitrine).

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

³ Le total inclut 6 cas non-pondérés de femmes avec un niveau d'instruction indéterminé.

En ce qui concerne les enfants ayant eu de la fièvre, les résultats au niveau national montrent que dans seulement 45 % des cas, on a recherché des conseils ou traitements. Cette proportion varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques de l'enfant ou de la mère. Les enfants de 48-59 mois (36 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé et ceux de 6-23 mois (au moins 50 %) sont ceux pour lesquels on a le plus fréquemment effectué cette démarche lorsqu'ils ont eu de la fièvre. Les enfants qui vivent en milieu urbain (50 %), ceux de la région du Sud (53 %) et ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (51 %) ainsi que ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus élevé (57 %) sont ceux pour lesquels on a le plus fréquemment recherché des conseils auprès de personnel de santé ou ceux à qui on a donné des traitements.

Parmi les 18 % d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 41 % des cas. Pour traiter la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, dans 32 % des cas, on a donné aux enfants malades des liquides préparés à partir des sachets SRO ou des liquides SRO préconditionnés. Dans 9 % des cas, les enfants ont été traités avec des suppléments de zinc. Globalement, 7 % des enfants ont reçu une SRO et des suppléments de zinc.

3.7.3 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-Continue 2015. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme atteints de malnutrition, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant atteints de malnutrition sévère. Le Tableau 12 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

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

Tableau 12. Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹			Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET		
Age en mois											
<6	3,7	14,7	-0,6	1,8	6,3	3,7	2,6	10,9	1,0	-0,6	575
6-8	2,4	11,0	-0,5	2,8	7,2	1,1	4,5	11,7	1,2	-0,5	320
9-11	5,2	17,3	-0,9	1,0	9,6	2,1	4,2	14,6	1,7	-0,8	274
12-17	4,9	21,0	-1,0	2,8	11,0	1,3	4,2	17,4	0,2	-0,9	589
18-23	4,8	22,9	-1,2	1,5	6,5	0,9	3,2	15,6	0,4	-0,9	564
24-35	7,8	26,3	-1,2	1,4	7,2	0,9	3,4	17,2	0,1	-1,0	1 248
36-47	5,9	21,9	-1,1	1,3	6,4	0,3	2,9	15,6	0,0	-1,0	1 226
48-59	3,7	17,8	-1,0	0,6	9,6	0,1	2,2	16,2	0,1	-1,1	1 211
Sexe											
Masculin	5,8	22,5	-1,0	1,6	8,3	1,2	3,2	16,8	0,5	-1,0	3 014
Féminin	4,6	18,5	-1,0	1,3	7,4	0,8	3,2	14,2	0,2	-0,9	2 992
Interview de la mère											
Interviewée	5,1	20,3	-1,0	1,6	7,9	1,0	3,3	15,7	0,3	-0,9	5 380
Non interviewée, mais vivant dans le ménage	6,4	18,9	-0,9	0,0	5,1	1,7	2,6	9,3	2,2	-0,8	230
Non interviewée, ne vivant pas dans le ménage ³	6,2	24,0	-1,1	0,7	9,1	0,7	2,4	17,3	0,1	-1,0	396
Résidence											
Urbain	2,9	14,3	-0,7	1,3	6,5	1,1	2,1	10,4	0,4	-0,7	2 131
Rural	6,5	23,9	-1,2	1,5	8,6	0,9	3,8	18,3	0,3	-1,1	3 875
Région											
Nord	4,0	18,9	-1,0	2,9	12,4	0,9	4,2	19,8	0,3	-1,1	1 049
Ouest	3,0	15,6	-0,8	1,2	5,6	1,7	2,3	9,3	0,4	-0,7	1 768
Centre	6,4	22,9	-1,1	1,0	7,4	0,6	3,0	16,7	0,4	-1,0	2 048
Sud	7,6	25,5	-1,2	1,3	7,9	0,8	4,2	19,1	0,1	-1,1	1 141
Niveau d'instruction de la mère⁴											
Pas d'instruction	5,9	23,0	-1,1	1,5	8,0	1,2	3,5	17,2	0,3	-1,0	3 818
Primaire	3,5	16,3	-0,9	1,5	7,7	0,5	2,9	12,8	0,2	-0,8	1 151
Moyen/secondaire ou plus	3,5	11,3	-0,6	1,7	6,3	1,1	2,5	9,1	1,1	-0,6	637
Quintile de bien-être économique											
Le plus bas	7,8	28,0	-1,3	1,6	8,4	0,9	4,7	21,1	0,2	-1,2	1 457
Second	5,9	24,0	-1,2	1,7	9,3	0,7	3,5	17,4	0,2	-1,1	1 318
Moyen	5,4	20,1	-1,0	1,2	9,1	0,9	2,6	15,9	0,2	-0,9	1 231
Quatrième	3,9	15,7	-0,8	0,6	4,9	1,7	2,1	12,1	0,6	-0,8	1 078
Le plus élevé	1,5	9,9	-0,5	2,1	6,6	1,0	2,6	7,6	0,5	-0,5	922
Ensemble ⁵	5,2	20,5	-1,0	1,4	7,8	1,0	3,2	15,5	0,3	-0,9	6 006

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

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée, de même que, dans quelques cas, les enfants dont l'âge est inconnu et ceux qui mesurent moins de 85 cm ; les autres enfants sont mesurés en position debout.

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

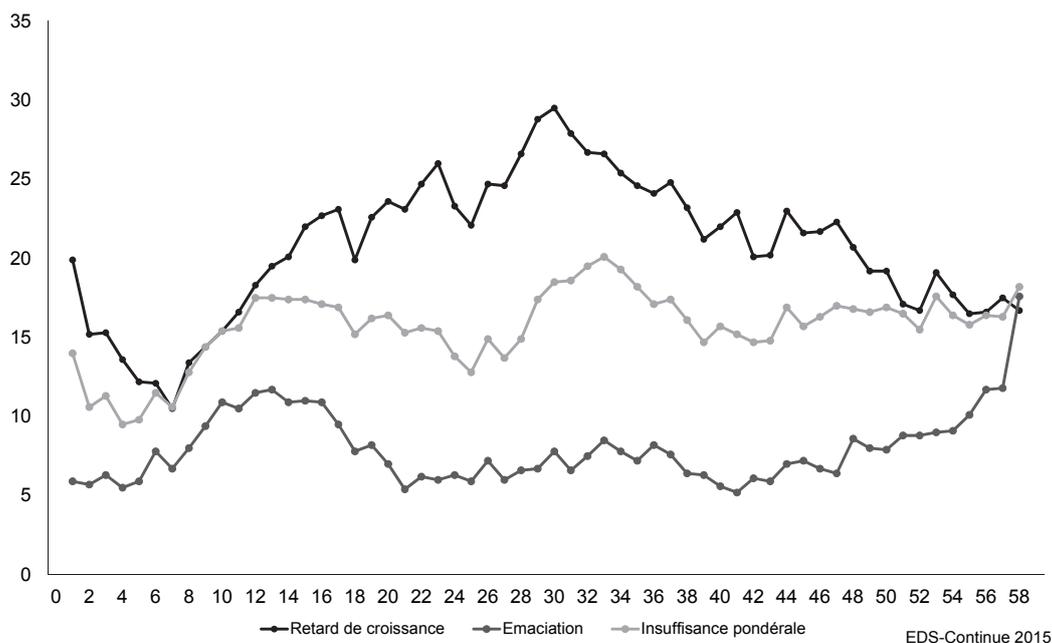
³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

⁵ Le total inclut 6 cas non-pondérés de femmes avec un niveau d'instruction indéterminé.

Dans l'ensemble, un enfant sur cinq (21 %) souffre de malnutrition chronique : 16 % sous sa forme modérée et 5 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de 6-8 mois que la prévalence est la plus faible (11 %). On constate ensuite une augmentation importante à partir de 12-17 mois, groupe d'âges dans lequel environ un enfant sur cinq (21 %) est déjà atteint de cette forme de malnutrition, jusqu'à 24-35 mois, âges où plus d'un quart des enfants accusent un retard de croissance (26 %). Au-delà, la prévalence commence à diminuer pour cependant rester à un niveau élevé à 48-59 mois puisque 18 % des enfants de ce groupe d'âges souffrent de cette forme de malnutrition (Graphique 5).

Graphique 5 État nutritionnel des enfants par âge



La malnutrition chronique touche autant les garçons que les filles (23 % contre 19 %). Par contre, elle affecte davantage les enfants du milieu rural que du milieu urbain ; en effet, près d'un enfant vivant en milieu rural sur quatre (24 %) souffre d'un retard de croissance contre 14 % parmi ceux qui résident en milieu urbain. La forme sévère atteint 6 % des enfants en milieu rural contre 3 % en milieu urbain. Les résultats selon les régions font apparaître que toutes les régions sont affectées par la malnutrition chronique, la prévalence variant d'un maximum de 26 % au Sud à un minimum de 16 % dans l'Ouest. Par ailleurs, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition chronique est nettement influencée par le niveau d'instruction de la mère : de 23 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 16 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 11 % chez ceux dont la mère a un niveau moyen/secondaire ou plus. Les résultats selon les quintiles de bien-être économique font apparaître un écart de prévalence entre les trois premiers quintiles et le quintile le plus élevé. En effet, la malnutrition chronique affecte dans des proportions assez proches les enfants des trois premiers quintiles (de 28 % à 20 %), alors que dans le 4^{ème} quintile et dans le quintile le plus élevé, elle est respectivement de 16 % et 10 %, proportions inférieures à la moyenne nationale.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée.

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, 8 % des enfants sont émaciés : 6 % sous la forme modérée et 2 % sous la forme sévère. Le pourcentage le plus élevé d'enfants atteints de malnutrition aiguë concerne le groupe d'âges 12-17 mois (11 %). On ne note pas de différence selon le sexe. Le niveau de

malnutrition aiguë ne varie pratiquement pas entre les milieux de résidence urbain (7 %) et rural (9 %). C'est dans la région Nord (12 %) que la malnutrition aiguë est la plus fréquente.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Dans l'ensemble, 16 % des enfants au Sénégal présentent une insuffisance pondérale : 13 % sous la forme modérée et 3 % sous la forme sévère. L'insuffisance pondérale est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (18 % contre 10 %), chez les garçons que chez les filles (17 % contre 14 %) et dans les régions du Nord et du Sud (respectivement 20% et 19 % contre 9 % pour l'Ouest). La prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevée parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (17 %) que chez ceux dont la mère a un niveau primaire (13 %) ou moyen/secondaire ou plus (9 %). Les résultats selon le niveau socio-économique du ménage montrent que c'est dans les trois premiers quintiles que la prévalence est la plus élevée (21 % à 16 %) et dans le quintile le plus élevé qu'elle est la plus faible (8 %).

3.7.4 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le ministère de la Santé Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le Tableau 13 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 13 Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Sénégal 2015

Âge en mois	Allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de deux ans
	Non allaité	Allaité exclusivement	Allaité et eau seulement	Allaité et liquides non lactés ¹	Allaité et autres laits	Allaité et aliments de complément					
0-1	0,0	57,1	25,1	10,2	3,4	4,1	100,0	100,0	141	3,7	144
2-3	1,2	35,9	39,7	16,1	2,9	4,2	100,0	98,8	198	9,3	203
4-5	2,3	17,9	45,0	13,6	4,8	16,5	100,0	97,7	250	8,0	257
6-8	2,7	1,3	31,3	6,1	4,7	53,8	100,0	97,3	341	5,9	346
9-11	1,7	1,7	10,8	1,4	2,5	81,8	100,0	98,3	279	4,1	284
12-17	4,9	0,2	5,1	1,0	0,3	88,5	100,0	95,1	597	1,6	612
18-23	41,4	0,0	1,5	0,8	0,3	56,0	100,0	58,6	525	0,6	553
0-3	0,7	44,7	33,6	13,7	3,1	4,2	100,0	99,3	339	7,0	347
0-5	1,4	33,3	38,4	13,6	3,9	9,4	100,0	98,6	590	7,4	604
6-9	2,5	1,2	29,0	5,5	4,0	58,0	100,0	97,5	417	6,1	423
12-15	3,1	0,2	7,1	1,6	0,4	87,6	100,0	96,9	379	2,0	387
12-23	22,0	0,1	3,4	0,9	0,3	73,3	100,0	78,0	1 122	1,1	1 165
20-23	52,3	0,0	1,2	0,6	0,2	45,7	100,0	47,7	335	0,5	358

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

¹ Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons et les autres liquides.

Les résultats de l'enquête montrent que pratiquement tous les enfants de moins de six mois sont allaités (99 %) et 97 % des enfants de 12-15 mois sont encore nourris au sein. Par contre, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur trois (33 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été

exclusivement allaité au sein. Presque tous les enfants de moins de six mois ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (38 %) ou des suppléments solides ou semi-solides (9 %). La recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est donc pas bien suivie. Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore correctement suivie : seulement 58 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément.

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 13 montre qu'au Sénégal, une proportion non négligeable d'enfants de moins de deux ans sont nourris avec un biberon : 9 % à 2-3 mois, 7 % à 0-5 mois et 6 % à 6-9 mois.

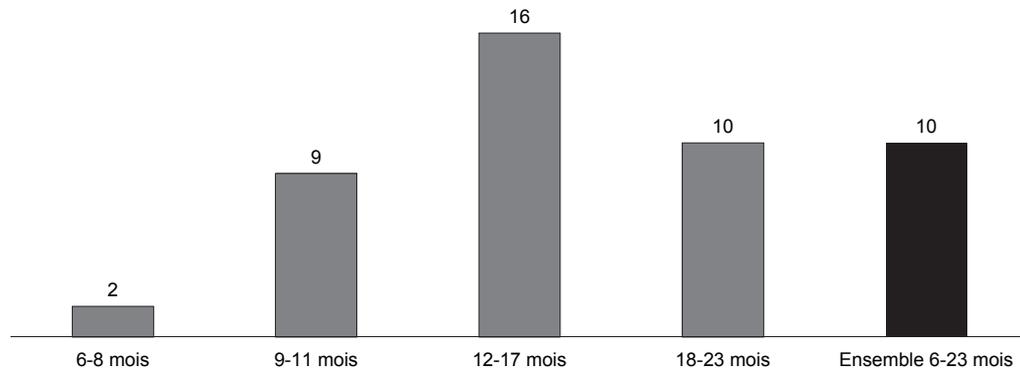
Les directives de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi solides dès l'âge de 6 mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent (OMS, 2008).

Au cours de l'EDS-Continue 2015, les informations sur les pratiques alimentaires ont été obtenues pour les plus jeunes enfants de 6-23 mois qui vivent avec leur mère et qui ont été nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Ces pratiques alimentaires sont évaluées par le pourcentage d'enfants pour lesquels les pratiques alimentaires répondent aux normes minimales, en termes de diversité d'aliments consommés (c'est-à-dire, le nombre de groupes d'aliments consommés), de fréquence alimentaire (par exemple, le nombre de fois que l'enfant est nourri) ainsi qu'en termes de consommation de lait maternel ou d'autres laits ou de produits laitiers. Les enfants allaités sont considérés comme étant nourris conformément aux normes minimales, s'ils consomment au moins quatre groupes d'aliments variés et reçoivent des aliments, autres que le lait maternel : au moins deux fois par jour pour les enfants de 6-8 mois et au moins trois fois par jour pour ceux de 9-23 mois. Les enfants non allaités sont considérés comme étant nourris, selon les normes minimales, s'ils consomment du lait ou des produits laitiers au moins deux fois par jour et s'ils sont nourris au moins quatre fois par jour (non compris le lait ou produits laitiers) et reçoivent des aliments solides ou semi solides de quatre groupes d'aliments ou plus (non compris le groupe du lait et des produits laitiers).

Le Graphique 6 présente les proportions de jeunes enfants de 6-23 mois allaités et non allaités qui vivent avec leur mère et qui ont été nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Parmi les enfants de 6-23 mois, seulement 10 % ont été nourris suivant le régime alimentaire minimum acceptable en fonction de l'âge. Ce pourcentage est plus élevé dans le groupe d'âges 12-17 mois (16 %).

Graphique 6 Régime alimentaire minimum acceptable

Pourcentage



EDS-Continue 2015

3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le Tableau 14 indique que six enfants de 6-59 mois sur dix (66 %) sont atteints d'anémie : 28 % sous une forme légère, 35 % sous une forme modérée et 3 % sont atteints d'anémie sévère. La prévalence de l'anémie augmente avec l'âge de l'enfant de 77 % à 6-11 mois à 82 % à 12-23 mois, qui sont les enfants les plus touchés par l'anémie, pour diminuer ensuite et se situer à 50 % à 48-59 mois. Les résultats font apparaître des légères différences entre les sexes (69 % chez les garçons et 63 % chez les filles), entre les milieux de résidence (55 % en milieu urbain et 72 % en milieu rural) et selon la région (66 % au Nord, 52 % à l'Ouest, 74 % au Centre et 71 % au Sud). Selon le quintile de bien-être économique, la proportion d'enfants atteints d'anémie est de 79 % dans le quintile le plus bas contre 48 % dans le quintile le plus élevé. La même tendance est observée selon le niveau d'instruction de la mère. La proportion d'enfants atteints d'anémie est de 71 % dans le groupe de femmes sans instruction contre 55 % dans les femmes avec un niveau d'instruction moyen, secondaire et plus. Ces différences par quintile et par niveau d'instruction de la femme apparaissent principalement dans l'anémie légère et sévère.

Tendance

La prévalence de l'anémie (66 %) a baissé par rapport à l'EDS-Continue 2012-2013 où elle était estimée à 71 %. Cette baisse concerne toutes les formes d'anémie sauf l'anémie légère: 3 % contre 4 % pour l'anémie sévère et 35 % contre 42 %. Par contre, la prévalence se situe à 28 % contre 25 % pour l'anémie légère. Les données de l'année 2014 sont légèrement plus faibles que ceux obtenus en 2015. Ce qui pourrait être expliqué par une tendance réelle ou pour une qualité différentielle dans la qualité des données dans les deux dernières enquêtes.

Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie				Effectif d'enfants
	Anémie (<11,0 g/dl)	Anémie légère (10,0-10,9 g/dl)	Anémie modérée (7,0-9,9 g/dl)	Anémie sévère (<7,0 g/dl)	
Sexe					
Masculin	68,6	29,3	36,1	3,2	2 771
Féminin	63,9	27,2	34,3	2,3	2 705
Age en mois					
6-11	77,4	31,4	44,3	1,7	514
12-23	81,8	25,3	52,0	4,6	1 164
24-35	71,9	28,2	40,2	3,5	1 278
36-47	58,3	29,4	27,0	1,9	1 261
48-59	49,6	28,7	19,2	1,7	1 260
Interview de la mère					
Interviewée	67,0	28,3	36,0	2,8	4 812
Non Interviewée, mais vivant dans le ménage	60,6	26,4	31,2	3,0	229
Non Interviewée, ne vivant pas dans le ménage ¹	61,0	29,6	29,2	2,3	436
Résidence					
Urbain	57,1	30,0	26,4	0,7	1 908
Rural	71,2	27,4	39,9	3,9	3 569
Région					
Nord	68,5	29,4	36,9	2,2	952
Ouest	54,1	30,0	23,8	0,3	1 589
Centre	71,7	27,8	39,5	4,5	1 891
Sud	72,9	25,7	43,3	4,0	1 045
Niveau d'instruction de la mère²					
Pas d'instruction	70,6	28,2	38,8	3,6	3 473
Primaire	60,0	28,9	29,6	1,5	1 020
Moyen/secondaire ou plus	54,5	26,2	28,0	0,3	544
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	77,0	24,4	47,0	5,5	1 325
Second	73,6	28,5	40,6	4,5	1 210
Moyen	65,5	29,9	34,2	1,3	1 124
Quatrième	57,6	30,1	26,6	0,9	952
Le plus élevé	50,1	29,7	20,3	0,1	865
Total ³	66,3	28,3	35,2	2,8	5 477

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'interview. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998).

¹ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage.

³ Y compris 4 enfants non-pondérés dont le niveau d'instruction de la mère est manquant.

3.8 PALUDISME

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDS-Continue 2015, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)³. On a également cherché à savoir, parmi les enfants de moins de cinq ans fébriles durant les deux semaines précédant l'interview, le pourcentage de ceux qui avaient reçu un antipaludéen.

3.8.1 Possession d'une MII dans le ménage

Il ressort du Tableau 15 que 77 % des ménages au Sénégal possèdent au moins une MII. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de ménages ruraux qui possèdent au moins une MII est plus élevée qu'en milieu urbain (88 % contre 67 %). Le pourcentage de ménages avec au moins une

³ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action—MIILDA), soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

MII varie également selon les régions, d'un maximum de 93 % dans le Centre à un minimum de 61 % dans l'Ouest du pays. Selon la zone de transmission, on constate que ce sont les zones II et III qui correspondent respectivement à la grande région du Centre et à celle du Sud qui présentent les proportions les plus élevées de ménages disposant d'au moins une MII (respectivement 93 % et 92 %). Les résultats selon la période de collecte montrent que le pourcentage de ménages possédant au moins une MII était plus élevé durant la période de septembre à janvier (83 %) que durant celle de février à août (75 %). On remarque en outre que plus le niveau de quintile de bien-être est élevé, moins la proportion de ménages qui possèdent au moins une MII est élevée, variant de 88 % dans les ménages des deux premiers quintiles à 59 % dans ceux du quintile le plus élevé (Graphique 7). En moyenne, un ménage sénégalais possède 3,2 MII.

Tableau 15 Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ; nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹	Nombre moyen de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹ pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage (Couverture universelle) ²	Effectif de ménages avec au moins une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Résidence					
Urbain	66,7	2,4	2,345	35,7	2 337
Rural	87,6	4,1	2,166	45,6	2 163
Grande Région					
Nord	77,7	2,6	776	32,9	776
Ouest	60,6	2,1	1,872	29,5	1 863
Centre	92,8	5,0	1,076	57,2	1 076
Sud	92,2	4,0	787	51,1	785
Profil épidémiologique palustre³					
Zone 1	65,7	2,2	2,648	30,5	2 639
Zone 2	92,8	5,0	1,076	57,2	1 076
Zone 3	92,2	4,0	787	51,1	785
Type de saison					
Saison des pluies (septembre à janvier)	82,9	3,4	990	41,6	988
Saison sèche (février à août)	75,0	3,2	3,521	40,2	3 512
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	87,7	4,3	734	43,0	734
Second	88,3	4,0	824	48,4	823
Moyen	82,5	3,3	890	42,5	889
Quatrième	72,7	2,7	1,029	40,5	1 024
Le plus élevé	58,9	2,2	1,035	30,6	1 030
Ensemble	76,8	3,2	4,511	40,5	4 500

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois

² Membres de fait des ménages.

³ La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédhiou)

Selon les recommandations de l'OMS, chaque ménage devrait posséder, au moins, une moustiquaire imprégnée pour deux personnes dans le but d'atteindre ce que l'on considère comme la couverture universelle. Les résultats de l'enquête présentés au Tableau 15 indiquent le pourcentage des ménages au Sénégal possédant, au moins, une moustiquaire pour deux personnes qui avaient passé la nuit précédant l'interview dans le ménage (couverture universelle). Cet indicateur a augmenté entre 2014 et 2015 en passant de 36 % en 2014 à 41 % en 2015. La proportion de ménages possédant une moustiquaire pour deux personnes varie entre les milieux de résidence (36 % en urbain contre 46 % en rural). Dans les régions, cette proportion varie d'un minimum de 30 % dans la région Ouest à un maximum de 57 % dans la région Centre. La même tendance est observée selon la zone épidémiologique palustre. En revanche, on n'observe pas une

grande différence selon la période de collecte. Par ailleurs, c'est parmi les ménages du quintile le plus élevé que cette proportion est la plus faible (31 %).

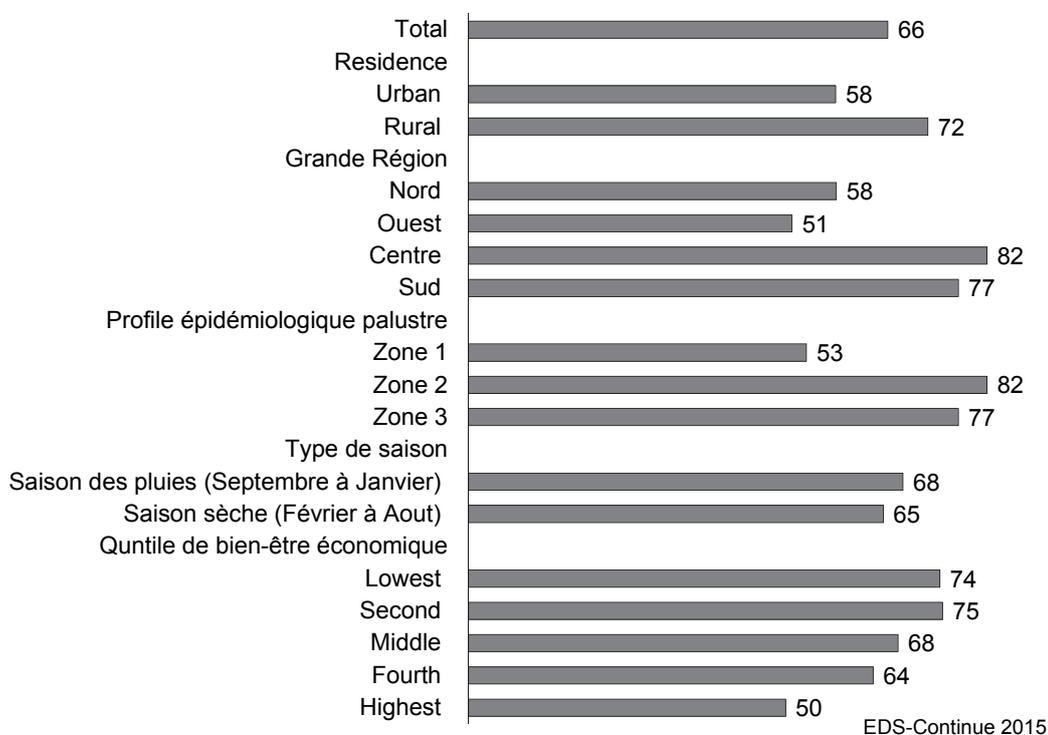
3.8.2 Accès à une MII par la population

Le pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII, si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum, est un indicateur important dans la lutte contre le paludisme. Comparé avec l'indicateur d'utilisation des MII, il permet de mieux comprendre les facteurs de la sous-utilisation des MII au sein des ménages afin de mieux orienter les programmes de lutte contre le paludisme.

Le Graphique 7 présente les niveaux d'accès aux MII de la population de fait des ménages. Selon ce graphique, au Sénégal, 66 % de la population de fait des ménages ont accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide ; ce qui veut dire que deux de trois personnes auraient pu dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum. Ces résultats montrent qu'il y a eu une augmentation importante de l'accès de la population aux MII, étant donné que l'indicateur d'accès en 2014 était de 58 %.

On constate que ce pourcentage est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (72% contre 58 %). La grande région du Centre est celle qui présente le plus fort pourcentage d'accès au MII (82 %) ; le pourcentage le moins élevé est enregistré dans celle de l'Ouest (51 %). Enfin les ménages classés dans les deux premiers quintiles sont ceux qui ont les taux d'accès aux moustiquaires les plus forts (74% et 75 %, respectivement) alors que ce dans le quintile le plus élevé ceux qui présentent les taux les plus faibles (50 %).

Graphique 7 Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage



3.8.3 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

Bien que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale se soit fixé comme objectif de protéger toute la population par les MII, il accorde néanmoins une attention particulière aux femmes enceintes et aux enfants des moins de cinq ans. Ces deux groupes de population vulnérable font l'objet d'un suivi particulier.

La proportion d'enfants (Tableau 16) ayant dormi la nuit précédant l'interview sous une MII est de 55 %. Cette proportion était de 43 % en 2014. Elle est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 56 % contre 54 %. De plus, la moustiquaire a été davantage utilisée par les enfants de moins de cinq ans résidant dans le centre (67 % contre 45 % dans l'Ouest), dans la période de janvier à septembre (71 %) et dans les ménages classés dans le quintile moyen (64 %).

Six enfants sur dix ont bénéficié des deux moyens de protection que sont la MII et la PID. Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (63 % contre 55 %) et dans la région Centre que dans les autres, en particulier celle de l'Ouest (73 % contre 46 %). En fonction du profil épidémiologique palustre, on constate que c'est dans la zone de transmission II que la proportion d'enfants ayant dormi sous une MII ou dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques est la plus élevée (73 % contre un minimum de 49 % dans la zone I). Les résultats selon le niveau de bien-être économique montrent que dans les ménages des trois quintiles intermédiaires, entre 62 % et 66 % ont été protégés des moustiques, soit par l'utilisation d'une MII, soit par une PID dans logement contre seulement 48 % dans les ménages du quintile le plus élevé. Enfin, on note que cette proportion est plus élevée pendant la saison des pluies (72 % contre 57 % pendant la saison sèche). Enfin, on constate que dans les ménages avec au moins une MII, les deux tiers des enfants (66 %) ont dormi sous une MII la nuit précédant l'interview. Globalement, sauf pour le milieu de résidence, les variations sont quasiment identiques à celles observées pour les deux précédents indicateurs.

Parmi les femmes enceintes, un peu plus de la moitié s'est protégée contre le paludisme en dormant sous une MII (52 % contre 45 % en 2014), un peu plus fréquemment en milieu rural qu'en milieu urbain (55 % contre 47 %), dans le Centre que dans les autres régions (67 % contre 33 % dans l'Ouest) et dans les ménages du quintile moyen (65 %) que dans les autres, en particulier dans ceux du quintile le plus élevé (22 %). Tout comme les enfants, les femmes enceintes utilisent davantage la MII pendant la saison des pluies que pendant la saison sèche (72 % contre 46 %). En outre, 56 % des femmes se sont protégées du paludisme, soit en dormant sous une MII, soit dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques.

Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview s'est établie à 64 % et on note une augmentation de cette proportion depuis 2014 (52 %).

Tableau 16. Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) et pourcentage ayant dormi sous une MI ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois ; parmi les enfants de moins de cinq ans des ménages avec, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview ; parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, pourcentage qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une MI, et pourcentage ayant dormi sous une MI ou dans un logement qui a bénéficié d'une PID au cours des 12 derniers mois ; et parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages avec, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDS-Continue Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de cinq ans dans tous les ménages :			Enfants de moins de cinq ans dans les ménages avec au moins une MI ¹			Femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages			Femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages avec au moins une MI ¹		
	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Pourcentage dans un ménage ayant bénéficié d'une PID ² au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Pourcentage dans un ménage ayant bénéficié d'une PID ² au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Pourcentage dans un ménage ayant bénéficié d'une PID ² au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Pourcentage dans un ménage ayant bénéficié d'une PID ² au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes enceintes
Âge (en mois)												
<12	56,6	61,8	1 231	66,5	66,5	1 049	na	na	na	na	na	na
12-23	56,3	60,2	1 188	67,4	na	993	na	na	na	na	na	na
24-35	55,5	60,1	1 315	66,8	na	1 092	na	na	na	na	na	na
36-47	54,8	59,3	1 293	65,3	na	1 086	na	na	na	na	na	na
48-59	53,9	59,2	1 264	64,9	na	1 052	na	na	na	na	na	na
Résidence												
Urbain	53,7	54,7	2 227	70,2	70,2	1 704	46,6	47,1	266	64,8	192	192
Rural	56,4	63,1	4 065	64,2	64,2	3 568	54,9	60,6	443	62,8	387	387
Grande Région												
Nord	53,8	54,7	1 102	69,6	69,6	852	55,0	55,0	112	70,8	87	87
Ouest	44,6	45,9	1 847	63,5	63,5	1 297	32,8	33,1	225	50,0	148	148
Centre	66,6	72,6	2 137	71,6	71,6	1 986	66,7	70,4	250	73,1	228	228
Sud	53,7	64,8	1 206	57,0	57,0	1 137	53,2	66,9	122	56,1	116	116
Profil épidémiologique palustre³												
Zone 1	48,1	49,2	2 949	65,9	65,9	2 149	40,2	40,3	336	57,7	234	234
Zone 2	66,6	72,6	2 137	71,6	71,6	1 986	66,7	70,4	250	73,1	228	228
Zone 3	53,7	64,8	1 206	57,0	57,0	1 137	53,2	66,9	122	56,1	116	116
Type de saison												
Saison des pluies (septembre à janvier)	71,0	71,8	1 399	81,9	81,9	1 213	72,0	72,3	166	86,4	139	139
Saison sèche (février à août)	51,0	56,8	4 893	61,4	61,4	4 060	45,6	50,4	543	56,2	440	440
Quintiles de bien-être économique												
Le plus bas	48,7	59,0	1 534	55,5	55,5	1 345	47,8	57,3	152	53,7	135	135
Second	58,7	63,5	1 382	65,3	65,3	1 241	58,0	60,0	157	63,0	145	145
Moyen	63,6	65,8	1 278	74,0	74,0	1 098	64,8	67,4	139	77,6	116	116
Quatrième	59,7	61,5	1 112	75,6	75,6	878	58,1	59,6	156	73,3	123	123
Le plus élevé	45,9	48,4	987	63,8	63,8	710	21,7	24,7	105	(38,5)	59	59
Ensemble	55,4	60,1	6 292	66,1	66,1	5 272	51,8	55,5	709	63,5	578	578

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Le tableau est basé sur les enfants ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

na = Non applicable

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire ou (2) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

² La Pulvérisation intradomiciliaire (PID) est limitée à la pulvérisation faite par une organisation gouvernementale, privée ou non gouvernementale

³ La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kafrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédhiou)

3.8.4 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse

Pour réduire le risque de contracter le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-Continue 2015, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les deux dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

La proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar reçues au cours des visites prénatales est de seulement de 49 % (Tableau 17). Ce indicateur était de 43 % en 2014. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (46 % contre 57 %) et parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas que parmi celles dont il est classé dans le quintile le plus élevé (41 % contre 64 %). De même, les femmes sans niveau d'instruction ont moins fréquemment reçu un TPI que les femmes instruites (47 % contre 54 % parmi celles ayant un niveau primaire et 53 % parmi celles ayant un niveau moyen/secondaire ou plus). On observe également un écart entre la zone de transmission III où seulement 42 % de femmes ont suivi un TPI et celles vivant dans les zones I et II où les proportions sont respectivement de 51 % et 52 %.

Tableau 17 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête qui, au cours de la grossesse de la dernière naissance, ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose a été administrée au cours d'une visite prénatale ; pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale ; pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale, selon certaines caractéristiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar ¹	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar ¹	Effectif de femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années ayant précédé l'enquête
Niveau d'instruction de la mère				
Pas d'instruction	69,0	47,4	9,0	1 603
Primaire	79,8	54,0	14,4	485
Moyen/secondaire ou plus	71,9	52,5	12,8	326
Résidence				
Urbain	76,9	57,1	10,3	807
Rural	68,9	45,6	10,8	1 608
Grande Région				
Nord	56,7	46,6	12,2	437
Ouest	80,2	53,8	7,2	651
Centre	76,0	51,6	9,5	843
Sud	65,8	42,4	15,8	483
Profil épidémiologique palustre²				
Zone 1	70,7	50,9	9,2	1 088
Zone 2	76,0	51,6	9,5	843
Zone 3	65,8	42,4	15,8	483
Type de saison				
Saison des pluies (Septembre à Janvier)	76,1	51,7	12,6	538
Saison sèche (Février à Aout)	70,3	48,8	10,1	1 876
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	67,1	41,0	11,4	623
Second	69,0	43,2	10,0	550
Moyen	71,5	50,4	12,2	448
Quatrième	74,5	56,2	8,5	447
Le plus élevé	80,1	64,4	10,9	346
Ensemble	71,6	49,4	10,6	2 414

¹ A reçu le nombre spécifié de doses de SP/Fansidar, dont au moins une dose a été administrée au cours d'une visite prénatale.

² La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédhiou)

3.8.5 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, on a demandé, si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le moment où le traitement antipaludique avait été administré pour la première fois.

Selon les résultats du Tableau 18, on constate que 15 % des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. Parmi ces derniers, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 49 % d'entre eux, soit auprès de personnel de santé, soit dans une pharmacie, soit au marché ou dans une boutique. Lorsqu'on considère le milieu de résidence, on remarque que des conseils ou un traitement ont été plus fréquemment recherchés pour les enfants du milieu urbain que pour ceux du milieu rural (52 % contre 48 %). Les résultats par région indiquent que c'est dans le Sud (58 %) que des conseils ou un traitement ont été les plus fréquemment recherchés contre seulement 40 % dans le Nord. Dans les ménages classés dans le quintile le plus élevé, on a recherché un traitement ou des conseils pour 60 % des enfants contre 40 % dans ceux du quatrième quintile.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines avant l'interview, seulement 0,4 % des enfants ont été traités avec une CTA quand ils avaient de la fièvre.

Tableau 18. Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon, pourcentage ayant été traité avec une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) et pourcentage ayant pris une CTA le jour même où le jour suivant le début de la fièvre ; parmi les enfants qui ont eu de la fièvre et ont pris des antipaludiques, pourcentage ayant pris une CTA, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de cinq ans :			Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre :			Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre et ont pris des antipaludiques :		
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ¹	Pourcentage ayant pris une CTA le jour même où le jour suivant le début de la fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Âge (en mois)									
<12	18,0	1 235	49,6	0,0	222	*	2		
12-23	20,6	1 165	54,4	0,2	240	*	7		
24-35	17,2	1 257	47,0	0,7	217	*	9		
36-47	9,7	1 220	49,7	0,9	118	*	9		
48-59	9,6	1 183	41,9	0,8	114	*	4		
Sexe									
Masculin	14,9	3 017	49,6	0,5	450	*	20		
Féminin	15,1	3 043	49,0	0,4	461	*	10		
Niveau d'instruction de la mère									
Pas d'instruction	14,9	4 067	46,8	0,5	604	(0,5)	21		
Primaire	15,7	1 272	56,7	0,3	200	*	5		
Moyen/secondaire ou plus	14,8	720	49,6	0,5	107	*	5		
Résidence									
Urbain	14,0	2 192	52,3	0,3	307	*	11		
Rural	15,6	3 867	47,8	0,5	604	(0,5)	20		
Grande Région									
Nord	12,6	1 043	39,9	0,0	131	*	0		
Ouest	12,2	1 806	44,3	0,0	221	*	15		
Centre	16,8	2 028	50,3	0,3	340	*	9		
Sud	18,5	1 183	58,4	1,3	218	*	7		
Profil épidémiologique palustre²									
Zone 1	12,4	2 849	42,7	0,0	352	*	15		
Zone 2	16,8	2 028	50,3	0,3	340	*	9		
Zone 3	18,5	1 183	58,4	1,3	218	*	7		
Type de saison									
Saison des pluies (septembre à janvier)	17,5	1 357	51,2	0,9	238	*	7		
Saison sèche (février à août)	14,3	4 703	48,6	0,2	673	(0,2)	23		
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	18,6	1 468	49,3	0,6	273	*	7		
Second	14,9	1 302	51,3	0,7	194	*	7		
Moyen	12,9	1 229	45,6	0,0	159	*	5		
Quatrième	15,4	1 117	43,3	0,6	172	*	10		
Le plus élevé	12,0	944	60,2	0,0	113	*	3		
Ensemble	15,0	6 059	49,3	0,4	911	(0,4)	31		

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Non compris les conseils ou traitement d'un praticien traditionnel.

² La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kafrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédhiou)

3.9 VIH

3.9.1 Connaissance du VIH/sida

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. La limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Au cours de l'Enquête des questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur connaissance des moyens de prévention du VIH. Deux femmes sur trois (66 %) et un peu plus de cinq hommes sur six (84 %) ont déclaré qu'on pouvait éviter de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms (Tableau 19). Par ailleurs, 84 % des femmes et 91 % des hommes ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté permet d'éviter de contracter le VIH/sida. Dans l'ensemble, 62 % des femmes et 82 % des hommes connaissent à la fois ces deux moyens de prévention du VIH/sida.

Tableau 19 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui savent que l'on peut réduire le risque de contracter le HIV en :				Pourcentage d'hommes qui savent que l'on peut réduire le risque de contracter le HIV en :			
	Utilisant des condoms ¹	limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	60,8	80,4	56,9	3 643	76,5	83,5	73,8	1 444
15-19	53,9	76,2	50,2	2 003	68,2	76,4	65,5	801
20-24	69,2	85,6	65,0	1 641	86,8	92,4	84,3	643
25-29	70,3	85,9	66,7	1 667	91,6	95,5	89,1	542
30-39	70,8	87,5	66,8	2 277	90,6	96,8	89,6	835
40-49	66,3	87,9	63,1	1 263	86,3	96,4	85,5	585
État matrimonial								
Célibataire	63,8	82,3	60,1	2 709	82,1	87,1	79,8	1 968
A déjà eu des rapports sexuels	74,3	86,1	70,2	323	94,1	95,8	92,6	636
N'a jamais eu de rapports sexuels	62,3	81,8	58,8	2 386	76,4	82,9	73,7	1 332
Marié ou vivant ensemble	66,3	84,9	62,6	5 731	86,7	96,1	85,3	1 411
Divorcé/séparé/veuf	74,5	89,8	69,1	412	(82,6)	(98,2)	(82,6)	26
Résidence								
Urbain	74,8	89,3	71,2	4 205	90,0	94,6	88,9	1 771
Rural	57,9	79,9	54,0	4 646	77,5	86,9	74,8	1 634
Région								
Nord	50,4	71,7	44,7	1 456	79,3	92,0	77,9	464
Ouest	77,1	92,0	73,8	3 384	90,9	93,6	90,3	1 477
Centre	63,8	85,2	60,6	2 520	75,8	86,1	71,9	843
Sud	59,3	78,1	55,4	1 491	82,3	90,1	79,8	622
Niveau d'instruction								
Pas d'instruction	57,8	80,7	54,5	4 505	74,8	88,2	72,8	1 255
Primaire	70,9	87,0	67,3	1 927	85,4	90,0	83,7	883
Moyen/secondaire ou plus	77,1	89,1	72,5	2 419	92,3	94,3	90,3	1 266
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	51,3	76,3	48,4	1 509	70,4	82,5	67,5	508
Second	57,6	79,5	54,2	1 579	78,1	87,0	74,8	616
Moyen	63,6	83,8	59,5	1 757	84,5	91,2	83,2	662
Quatrième	73,4	88,3	69,2	1 886	86,8	91,8	84,3	753
Le plus élevé	77,8	90,8	73,9	2 121	93,4	97,6	93,3	866
Total 15-49	65,9	84,4	62,2	8 851	84,0	90,9	82,1	3 405
Hommes 50-59	na	na	na	na	84,4	96,6	83,6	329
Ensemble 15-59	na	na	na	na	84,1	91,4	82,3	3 734

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

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

La connaissance de ces deux moyens de prévention varie en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques. C'est en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent ces deux moyens de prévention du VIH sont les plus élevées. Les résultats selon les régions montrent également des différences importantes. Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, c'est dans l'Ouest (respectivement 74 % et 90 %) que ces deux moyens sont les plus fréquemment connus. À l'opposé, chez les femmes, c'est la région du Sud (55 %) qui se distingue par les proportions les plus faibles et chez les hommes, c'est dans la région Centre (72 %).

3.9.2 Connaissance considérée comme « approfondie » du VIH/sida parmi les jeunes

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète du VIH/sida les jeunes de 15-24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida. Les résultats concernant la connaissance de la maladie et de ses moyens de prévention sont présentés au Tableau 20 pour les femmes et pour les hommes de 15-24 ans.

Tableau 20 Connaissance « approfondie » du VIH/sida par les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance « approfondie » du VIH/sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Femmes de 15-24 ans		Hommes de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du VIH/sida	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du VIH/sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-19	22,2	2 003	26,7	801
15-17	19,5	1 165	26,3	511
18-19	25,9	838	27,4	290
20-24	32,0	1 641	40,5	643
20-22	31,8	1 070	37,0	396
23-24	32,2	571	46,0	246
État matrimonial				
Célibataire	30,9	2 245	33,6	1 407
A déjà eu des rapports sexuels	31,9	194	35,0	306
N'a jamais eu de rapports sexuels	30,8	2 052	33,2	1 101
Non célibataire	19,7	1 398	(4,2)	37
Résidence				
Urbain	39,3	1 677	47,2	704
Rural	15,8	1 966	19,1	740
Région				
Nord	13,7	643	27,1	212
Ouest	42,0	1 314	48,5	563
Centre	21,5	1 061	22,3	401
Sud	16,2	625	20,4	268
Niveau d'instruction				
Pas d'instruction	11,3	1 278	8,6	413
Primaire	21,7	743	14,8	299
Moyen/secondaire ou plus	40,9	1 623	53,9	732
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	8,9	640	11,0	232
Second	17,1	675	20,6	290
Moyen	24,5	727	24,8	284
Quatrième	33,8	792	39,7	314
Le plus élevé	43,3	810	59,7	323
Ensemble 15-24	26,6	3 643	32,8	1 444

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Sont considérés comme ayant une connaissance « approfondie » des moyens de prévention du VIH ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH, et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH, à savoir : le VIH peut être transmis par des piqûres de moustiques et une personne peut être infectée en partageant les repas d'une personne qui a le VIH.

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, 27 % sont considérées comme ayant une connaissance « approfondie » du sida ; cette proportion est inférieure à celle des hommes (33 %). C'est parmi les jeunes qui vivent en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de ceux qui ont une connaissance « approfondie » du sida sont les plus élevées. Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes sans niveau d'instruction, respectivement 11 % et 9 %, ont une connaissance « approfondie » du sida. Par comparaison, ces proportions sont de 41 % chez les femmes de niveau moyen/secondaire ou supérieur et de 54 % chez les hommes de même niveau d'instruction. Le niveau de connaissance « approfondie » du sida augmente avec le niveau de bien-être économique passant de 9 % à 43 % chez les jeunes femmes et de 11 % à 60 % chez les jeunes hommes.

3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est peu fréquente. Le Tableau 21.1 présente, parmi les femmes de 15-49 ans, les pourcentages de celles qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuels. On constate que seulement 0,3 % des femmes ont eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Tableau 21.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes		Femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage qui ont eu 2 partenaires sexuels ou+ au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-24	0,2	3 643	1,2	1 564
15-19	0,2	2 003	1,1	506
20-24	0,3	1 641	1,3	1 058
25-29	0,1	1 667	1,2	1 430
30-39	0,5	2 277	1,4	2 184
40-49	0,4	1 263	1,5	1 243
État matrimonial				
Célibataire	0,5	2 709	1,6	323
Mariée/vivant ensemble	0,0	5 731	1,3	5 689
Divorcée/séparée/veuve	2,4	412	1,7	410
Résidence				
Urbain	0,5	4 205	1,4	2 730
Rural	0,1	4 646	1,2	3 691
Région				
Nord	0,0	1 456	1,2	1 108
Ouest	0,6	3 384	1,3	2 151
Centre	0,0	2 520	1,2	1 935
Sud	0,4	1 491	1,6	1 227
Niveau d'instruction				
Pas d'instruction	0,1	4 505	1,3	3 964
Primaire	0,2	1 927	1,4	1 441
Moyen/secondaire ou plus	0,8	2 419	1,4	1 016
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	0,1	1 509	1,3	1 255
Second	0,1	1 579	1,4	1 259
Moyen	0,0	1 757	1,3	1 304
Quatrième	0,3	1 886	1,3	1 318
Le plus élevé	0,8	2 121	1,3	1 285
Ensemble	0,3	8 851	1,3	6 421

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné une réponse non numérique.

Par ailleurs, les résultats indiquent que les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 1,3 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie ne varie que très peu en fonction de la caractéristique sociodémographique considérée.

Les résultats présentés au Tableau 21.2 montrent que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est plus élevée que celle des femmes (7 % contre 0,3 %). En outre, cette proportion varie de 2 % parmi les hommes de 15-24 ans à 19 % parmi ceux de 40-49 ans. Les résultats selon l'état matrimonial montrent que c'est parmi les hommes en union que le multipartenariat a été le plus fréquent. Plus d'un homme en union sur dix (13 %) a déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois alors que cette proportion n'est que de 3 % parmi les célibataires. Cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes sans instruction (10 %). On constate que le multipartenariat au cours des 12 derniers mois est une pratique un peu plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (9 % contre 6 %). Au niveau régional, le pourcentage d'hommes qui ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois varie d'un maximum de 14 % dans le Sud à un minimum de 4 % dans le Nord et 5 % dans l'Ouest.

Tableau 21.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi ces hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels ; nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes		Hommes qui ont eu 2 partenaires sexuelles ou + au cours des 12 derniers mois		Hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu deux partenaires sexuelles ou + au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	1,9	1 444	(70,3)	27	2,6	336
15-19	1,0	801	*	8	2,0	106
20-24	2,9	643	(68,3)	19	2,8	230
25-29	4,1	542	(40,1)	22	2,8	357
30-39	10,4	835	26,1	86	3,8	762
40-49	19,4	585	1,0	113	4,4	573
État matrimonial						
Célibataire	3,0	1 968	69,0	59	3,6	633
Marié/vivant ensemble	13,4	1 411	5,7	189	3,5	1 370
Divorcé/séparé/veuf	(3,1)	26	*	1	(8,2)	25
Résidence						
Urbain	6,2	1 771	29,2	109	4,2	1 078
Rural	8,6	1 634	14,0	140	2,9	950
Région						
Nord	4,0	464	(8,0)	18	2,1	255
Ouest	5,1	1 477	(22,9)	76	4,1	861
Centre	7,7	843	7,8	65	2,8	455
Sud	14,4	622	30,9	90	4,2	456
Niveau d'instruction						
Pas d'instruction	10,3	1 255	3,5	129	2,5	804
Primaire	6,0	883	36,1	53	4,2	572
Moyen/secondaire ou plus	5,2	1 266	41,8	66	4,5	652
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	10,6	508	11,7	54	2,8	326
Second	8,5	616	21,5	52	3,1	355
Moyen	6,0	662	22,4	40	3,0	393
Quatrième	5,3	753	(16,4)	40	3,3	438
Le plus élevé	7,3	866	(29,3)	63	5,1	516
Ensemble 15-49	7,3	3 405	20,7	249	3,6	2 028
Hommes 50-59	32,8	329	1,2	108	4,3	317
Ensemble 15-59	9,6	3 734	14,8	357	3,7	2 345

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné une réponse non numérique.

Parmi les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, seulement 21 % ont déclaré avoir utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels. Cette proportion est plus élevée chez les hommes célibataires (69 %), ceux du milieu urbain (29 %) et ceux ayant un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (42 %). À l'opposé, c'est parmi les hommes en union (6 %), ceux résidant en milieu rural (14 %) et ceux sans instruction (4 %) que ces proportions sont les plus faibles.

Les hommes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,7 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Ce nombre moyen augmente avec l'âge, passant de 2,0 chez les jeunes de 15-19 ans à 4,4 chez ceux de 40-49 ans. Les résultats selon le milieu et la région de résidence montrent que c'est en milieu urbain (4,2 contre 2,9 pour le milieu rural) et dans le Sud (4,2) qu'il est le plus élevé. Par ailleurs, le nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique des ménages.

3.9.4 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires. Au cours de l'enquête, on a demandé aux enquêtés s'ils connaissaient un endroit où effectuer un test du VIH, s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans l'affirmative, s'ils avaient obtenu les résultats de leur test. Les résultats concernant les femmes sont présentés au Tableau 22.1. Il ressort de ce tableau que 77 % des femmes ont déclaré connaître un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer un test du VIH. Cependant, seulement 43 % des femmes ont effectué un test et en ont reçu les résultats ; 3 % des femmes ont déjà fait un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et 55 % des femmes n'ont jamais effectué un test du VIH.

La connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH est influencée par le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage. En effet, 70 % des femmes du milieu rural savent où aller pour effectuer un test du VIH contre 85 % en milieu urbain. De même, cette proportion varie de 65 % dans la région Nord à 86 % dans celles de l'Ouest. Elle passe de 70 % chez les femmes sans instruction à 88 % chez les femmes de niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus. Par rapport aux femmes des ménages du quintile le plus élevé, celles vivant dans un ménage du quintile le plus bas sont proportionnellement moins nombreuses à connaître un lieu où effectuer le test du VIH (64 % contre 88 %).

Le Tableau 22.1 présente aussi la proportion de femmes qui ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est seulement de 14 %. Par ailleurs, tout comme la connaissance du statut sérologique des femmes à un moment quelconque, la connaissance du statut sérologique récent varie de manière importante en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques. En effet, la connaissance du statut sérologique récent est plus faible chez les plus jeunes de 15-19 ans et les plus âgées de 40-49 ans (8 % et 11 %). Par ailleurs, la proportion de femmes ayant effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu les résultats du dernier test est plus élevée chez les femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (21 %), chez celles qui résident en milieu urbain (15 % contre 13 % en milieu rural) et dans le Sud (17 % contre 10 % dans le Nord). En outre, la connaissance du statut sérologique récent augmente avec le niveau d'instruction de la femme, passant de 11 % chez les femmes sans instruction à 15 % chez celles de niveau primaire et à 17 % chez les femmes ayant au moyen le niveau moyen/secondaire ou plus.

Tableau 22.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH, répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont fait ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non le résultat du dernier test, pourcentage ayant déjà fait un test et pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif de femmes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹				
Groupe d'âges								
15-24	70,8	30,1	2,9	67,0	100,0	33,0	11,4	3 643
15-19	64,1	18,9	2,2	78,9	100,0	21,1	8,1	2 003
20-24	79,1	43,7	3,7	52,6	100,0	47,4	15,4	1 641
25-29	82,9	53,4	3,1	43,5	100,0	56,5	17,3	1 667
30-39	81,2	54,5	2,6	42,9	100,0	57,1	16,5	2 277
40-49	80,2	43,1	1,6	55,3	100,0	44,7	10,5	1 263
État matrimonial								
Célibataire	73,2	25,4	2,4	72,2	100,0	27,8	8,7	2 709
A déjà eu des rapports sexuels	79,3	51,7	4,3	43,9	100,0	56,1	21,2	323
N'a jamais eu de rapports sexuels	72,4	21,9	2,1	76,0	100,0	24,0	7,0	2 386
Mariée ou vivant ensemble	78,5	50,2	2,9	46,9	100,0	53,1	16,2	5 731
Divorcée/séparée/veuve	83,8	50,9	0,8	48,4	100,0	51,6	11,3	412
Résidence								
Urbain	84,9	49,0	2,1	48,9	100,0	51,1	14,9	4 205
Rural	70,1	36,8	3,2	60,0	100,0	40,0	12,6	4 646
Région								
Nord	65,1	24,7	3,5	71,8	100,0	28,2	10,0	1 456
Ouest	85,9	50,4	1,7	47,9	100,0	52,1	13,9	3 384
Centre	73,1	39,5	2,9	57,6	100,0	42,4	13,7	2 520
Sud	75,6	47,8	3,7	48,5	100,0	51,5	16,7	1 491
Niveau d'instruction								
Pas d'instruction	70,1	37,6	2,7	59,8	100,0	40,2	11,3	4 505
Primaire	79,8	48,9	2,1	49,0	100,0	51,0	15,2	1 927
Moyen/secondaire ou plus	88,0	47,0	3,1	49,9	100,0	50,1	16,9	2 419
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	64,0	34,2	3,1	62,7	100,0	37,3	13,1	1 509
Second	68,6	37,5	3,3	59,1	100,0	40,9	13,0	1 579
Moyen	79,1	43,7	3,4	52,9	100,0	47,1	14,1	1 757
Quatrième	80,5	44,7	1,4	53,8	100,0	46,2	14,7	1 886
Le plus élevé	88,1	49,6	2,4	48,0	100,0	52,0	13,4	2 121
Ensemble ¹	77,1	42,6	2,7	54,7	100,0	45,3	13,7	8 851

¹ Y compris : Ne sait pas/Manquant

Le Tableau 22.2 présente les résultats pour les hommes. Il en ressort que 53 % des hommes connaissent un endroit où ils peuvent effectuer le test du VIH. Comme chez les femmes, la connaissance de ce type d'endroit est influencée par le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage.

En outre, on constate que 76 % des hommes n'ont jamais effectué de test, seulement 22 % ont effectué un test du VIH et ont reçu les résultats et 2 % ont effectué un test du VIH et n'ont pas reçu les résultats. C'est en milieu rural (16 %), dans les régions du Centre (17 %) et du Nord (18 %), parmi les jeunes de 15-19 ans (11 %), parmi les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (14 %), parmi les hommes sans instruction (11 %) et parmi ceux des ménages du quintile le plus bas (13 %) que la proportion d'hommes qui ont effectué un test et qui ont reçu les résultats est la plus faible.

Enfin, les résultats du Tableau 22.2 indiquent que 9 % des hommes ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Les résultats sur la connaissance du statut sérologique récent présentent les mêmes types de variations que celles déjà constatées pour la connaissance du statut sérologique à un moment quelconque.

Tableau 22.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH, répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test, pourcentage ayant déjà fait un test et pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif d'hommes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹				
Groupe d'âges								
15-24	41,5	16,4	1,9	81,7	100,0	18,3	6,4	1 444
15-19	31,8	10,8	2,1	87,1	100,0	12,9	6,3	801
20-24	53,6	23,4	1,7	74,9	100,0	25,1	6,6	643
25-29	59,4	26,2	1,9	71,9	100,0	28,1	9,5	542
30-39	62,4	26,4	1,9	71,6	100,0	28,4	11,6	835
40-49	63,5	24,2	1,7	74,1	100,0	25,9	10,9	585
État matrimonial								
Célibataire	49,6	19,5	1,9	78,6	100,0	21,4	7,4	1 968
A déjà eu des rapports sexuels	67,4	32,0	2,3	65,6	100,0	34,4	12,3	636
N'a jamais eu de rapports sexuels	41,1	13,5	1,7	84,7	100,0	15,3	5,0	1 332
Marié ou vivant ensemble	58,5	24,5	1,8	73,6	100,0	26,4	10,8	1 411
Divorcé/séparé/veuf	(46,6)	(42,7)	(0,0)	(57,3)	100,0	(42,7)	(27,2)	26
Résidence								
Urbain	65,1	26,8	1,9	71,3	100,0	28,7	11,2	1 771
Rural	40,4	16,3	1,9	81,8	100,0	18,2	6,5	1 634
Région								
Nord	42,3	17,9	1,2	80,9	100,0	19,1	8,3	464
Ouest	61,2	21,1	1,2	77,6	100,0	22,4	8,7	1 477
Centre	43,0	17,3	2,4	80,3	100,0	19,7	8,0	843
Sud	56,5	32,3	3,2	64,5	100,0	35,5	11,4	622
Niveau d'instruction								
Pas d'instruction	30,2	10,6	1,5	87,9	100,0	12,1	4,3	1 255
Primaire	52,1	19,8	0,7	79,5	100,0	20,5	7,5	883
Moyen/secondaire ou plus	76,8	34,2	3,1	62,7	100,0	37,3	14,6	1 266
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	32,4	12,9	2,8	84,4	100,0	15,6	3,8	508
Second	42,3	18,2	1,8	80,0	100,0	20,0	8,0	616
Moyen	47,9	19,1	1,5	79,5	100,0	20,5	8,3	662
Quatrième	55,8	21,0	1,5	77,5	100,0	22,5	9,6	753
Le plus élevé	75,1	32,3	2,1	65,6	100,0	34,4	12,6	866
Ensemble 15-49	53,3	21,8	1,9	76,3	100,0	23,7	8,9	3 405
Hommes 50-59	53,0	20,6	1,2	78,2	100,0	21,8	8,2	329
Ensemble 15-59 ¹	53,2	21,7	1,8	76,5	100,0	23,5	8,9	3 734

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Y compris : Ne sait pas/Manquant.

3.10 SITUATION DES ENFANTS

La capacité des familles à protéger et à prendre en charge les enfants est essentielle pour leur épanouissement et leur développement. Le renforcement de cette capacité peut se traduire par une meilleure prise en compte des droits de l'enfant et/ou par un meilleur développement intellectuel dont la phase rapide se situe au cours des trois à quatre premières années de la vie. L'absence de ces droits peut exposer l'enfant à certaines formes de vulnérabilité ; de même, un environnement précaire ainsi que le manque d'activités d'éveil peut empêcher l'enfant de développer sa capacité à penser, à parler, à apprendre et à raisonner. En effet, les retards enregistrés avant cinq ans ont des conséquences plus tard sur la santé (physique et mentale) et le comportement des enfants.

Au cours de l'EDS-Continue 2015, des informations collectées ont permis de calculer différents indicateurs servant à évaluer la situation des enfants et, plus particulièrement, la protection et le développement de l'enfant. Ce chapitre présente deux indicateurs sur la situation des enfants au Sénégal.

3.10.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans

Au cours de l'enquête, on a demandé pour les enfants de moins de cinq ans, si leur naissance avait été déclarée à l'état civil. Les résultats du Tableau 23 révèlent que 68 % des naissances d'enfants ont été enregistrées à l'état civil. Parmi ceux-ci, 52 % ont effectivement un acte de naissance et 16 % n'ont pas d'acte de naissance.

L'analyse selon l'âge montre qu'il n'y a pas d'amélioration de l'enregistrement des naissances à l'état civil puisque la proportion est identique quel que soit l'âge de l'enfant (68 %).

Tableau 23 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (de droit) dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristiques Sociodémographiques	Enfants dont la naissance a été enregistrée			Effectif d'enfants
	Pourcentage ayant un acte de naissance	Pourcentage n'ayant pas d'acte de naissance	Pourcentage enregistré	
Âge				
<2	51,9	16,4	68,3	2 404
2-4	52,0	16,2	68,2	3 876
Sexe				
Masculin	52,6	17,2	69,8	3 151
Féminin	51,3	15,4	66,7	3 129
Résidence				
Urbain	74,6	12,4	87,0	2 245
Rural	39,4	18,5	57,8	4 034
Région				
Nord	39,3	22,8	62,2	1 099
Ouest	80,8	5,3	86,1	1 873
Centre	41,7	18,2	59,9	2 120
Sud	36,5	24,1	60,6	1 189
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	28,5	15,6	44,1	1 535
Second	41,2	19,1	60,4	1 363
Moyen	56,9	17,1	74,0	1 271
Quatrième	66,1	16,6	82,7	1 112
Le plus élevé	80,7	12,1	92,8	997
Ensemble	52,0	16,3	68,3	6 280

Les parents accordent un peu plus d'importance à l'enregistrement des naissances des garçons que des filles (70 % contre 67 %). En outre, les résultats mettent en évidence des écarts entre les milieux de résidence : en effet, pour 87 % des enfants du milieu urbain, la naissance a été enregistrée à l'état civil contre 58 % en milieu rural. Au niveau régional, c'est dans la région Ouest (86 %) que les proportions d'enfants dont la naissance a été déclarée à l'état civil est la plus élevée contre 62 % pour le Nord, 60 % pour le Centre et 61 % pour le Sud.

La proportion d'enfants dont la naissance a été enregistrée est d'autant plus élevée que le niveau de bien-être économique du ménage est élevé, passant de 44 % pour les enfants des ménages du quintile le plus bas à 93 % pour ceux des ménages du quintile le plus élevé.

3.10.2 Enfants orphelins et résidence avec les parents

Les parents constituant le soutien principal des enfants, toute stratégie visant à les protéger doit donc, en priorité, renforcer les capacités des parents à les prendre en charge. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont orphelins et ceux qui vivent ou non avec leurs parents. Le Tableau 24 présente ces deux types d'information pour les enfants de moins de 15 ans et pour ceux de moins de 18 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il ressort des résultats du Tableau 24 que seuls 52 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum

de 59 % pour les moins de 2 ans à 54 % dans le groupe d'âges 5-9 ans et à un minimum de 40 % dans le groupe d'âges 15-17 ans. On note un léger écart en fonction du sexe de l'enfant, 54 % des garçons vivant avec leurs deux parents contre 50 % parmi les filles). En outre, on constate que la proportion d'enfants de moins de 18 ans qui vivent avec leurs deux parents varie avec la région et le quintile de bien-être économique. En effet, dans la région Sud, 56 % vivent avec leur deux parents contre 50 % dans les régions Nord et Centre. En fonction des quintiles, on note que la proportion d'enfants de moins de 18 ans qui vivent avec leurs deux parents a tendance à diminuer des ménages du quintile le plus bas aux deux plus élevés, passant de 65 % à 46

Par contre, la proportion d'enfants vivant avec les deux parents diminue avec le quintile de bien-être économique, de 65 % pour les ménages les plus pauvres, elle passe à 46 % pour ceux les plus aisés.

En outre, les résultats montrent qu'un tiers des enfants de moins de 18 ans (30 %) vivent avec leur mère seule, que leur père soit en vie (27 %) ou décédé (3 %). Par ailleurs, 3 % vivent avec leur père seul et 15 % ne vivent avec aucun des deux parents, bien que dans la majorité des cas (12 %), les deux parents soient en vie.

Globalement, 6 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère : moins de 1 % des enfants ont perdu leurs deux parents (0,3 %), 3 % sont orphelins de père et 1 % orphelins de mère. Comme attendu, la proportion d'orphelins de père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 1 % pour les moins de 2 ans à 5 % pour les 5-9 ans, et à 9 % pour les 10-14 ans. Parmi les enfants de 15-17 ans, cette proportion atteint 17 %. La proportion d'enfants dont l'un ou les deux parents sont décédés est plus élevée dans le Sud (9 %).

Tableau 24. Enfants orphelins et résidence avec les parents

Répartition (en %) de la population de droit des enfants de moins de 18 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents ; pourcentage d'enfants ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants ayant un ou leurs deux parents décédés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2015

Caractéristique sociodémographique	Vit avec la mère mais pas avec le père				Vit avec le père mais pas avec la mère				Ne vit avec aucun des deux parents				Information manquante sur père/mère	Total	Pourcentage ne vivant avec aucun parent biologique	Pourcentage avec un ou les deux parents décédés ¹	Effectif d'enfants				
	Vit avec les deux parents		Père en vie		Mère en vie		Mère décédée		Les deux sont vivants		Seul le père est vivante							Seule la mère est vivante		Les deux sont décédés	
	Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivante	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés	Information manquante sur père/mère	Total						Information manquante sur père/mère	Total	Information manquante sur père/mère	Total
Age																					
0-4	57,2	34,6	0,8	1,2	0,2	5,6	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6,0	1,4	6 280				
<2	59,2	38,7	0,3	0,5	0,0	1,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,2	0,5	2 404				
2-4	56,0	32,1	1,1	1,6	0,3	8,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	9,0	2,0	3 876				
5-9	54,3	25,2	2,3	2,9	0,5	12,9	0,7	1,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	14,8	4,7	5 982				
10-14	48,9	22,3	4,7	3,3	1,1	16,3	1,0	2,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	19,8	9,2	4 709				
15-17	39,6	19,2	8,9	3,2	1,1	21,0	2,1	3,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	27,9	17,0	2 266				
Sexe																					
Masculin	54,0	26,5	3,4	2,9	0,6	10,3	0,6	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	12,4	6,2	9 532				
Féminin	50,4	27,2	3,0	2,0	0,5	14,3	1,0	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	16,9	6,1	9 705				
Résidence																					
Urbain	51,1	27,1	3,2	2,7	0,5	13,1	0,9	1,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	15,4	6,0	7 370				
Rural	52,9	26,7	3,2	2,3	0,6	11,8	0,7	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	14,3	6,3	11 868				
Région																					
Nord	49,6	31,1	2,5	2,8	0,7	11,9	0,5	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	13,4	4,6	3 499				
Ouest	53,7	26,4	3,4	2,5	0,4	11,8	0,6	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	13,6	5,6	5 886				
Centre	50,0	30,2	2,8	1,8	0,6	12,3	0,9	1,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	14,7	5,7	6 066				
Sud	55,8	18,2	4,1	3,2	0,8	13,6	1,3	2,3	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	17,8	9,2	3 786				
Quintiles de bien-être économique																					
Le plus bas	64,8	16,6	3,3	2,5	0,8	9,7	0,7	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	12,0	6,3	4 407				
Second	51,3	25,4	4,1	2,2	0,9	13,0	0,9	1,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	16,2	8,1	4 205				
Moyen	49,2	30,3	2,5	2,4	0,4	12,7	0,7	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	15,0	5,3	3 856				
Quatrième	46,4	32,7	2,9	2,1	0,2	12,9	1,0	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	15,7	5,9	3 532				
Le plus élevé	46,0	32,2	2,9	3,2	0,6	13,8	0,6	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	15,1	4,9	3 238				
Ensemble <15	53,9	27,9	2,4	2,4	0,5	11,2	0,6	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	12,9	4,7	16 971				
Ensemble <18	52,2	26,8	3,2	2,5	0,6	12,3	0,8	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	14,7	6,2	19 238				

Note : Le tableau est basé sur la population de droit des ménages, c'est-à-dire les résidents habituels.

¹ Inclut les enfants dont le père est décédé, la mère est décédée, les deux parents sont décédés et ceux dont un seul parent est décédé mais dont l'information sur l'état de survie de l'autre parent est manquante.