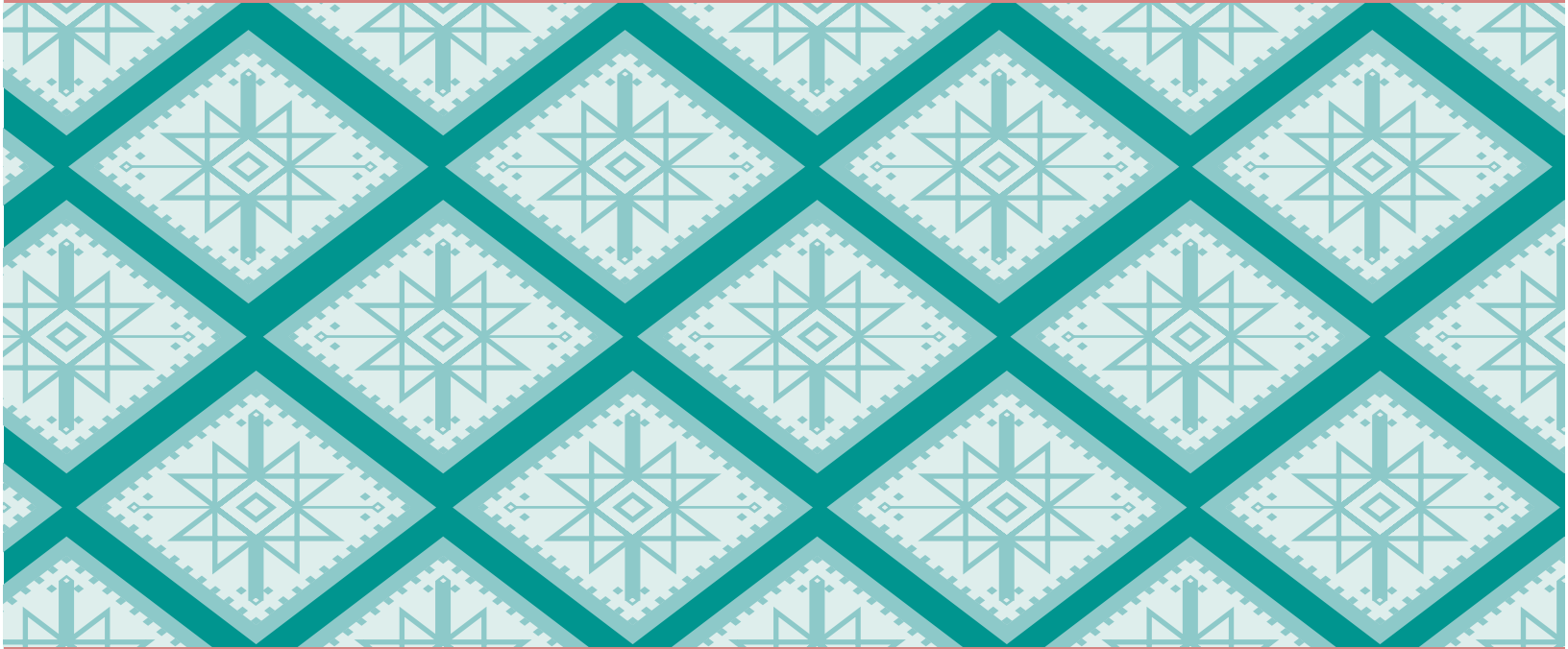


# Sénégal



**Enquête Démographique  
et de Santé**

**2005**

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

**Enquête Démographique  
et de Santé  
Sénégal 2005**

Salif Ndiaye  
Mohamed Ayad

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

ORC Macro  
Calverton, Maryland, USA

Avril 2006



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

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

Pour tout renseignement concernant l'EDS-IV, prière de contacter le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, rue Aimé Césaire, Fann Résidence, BP 4024, Dakar (Téléphone : (221) 869 4242 ; Fax : (221) 869 4249) ; Internet : <http://www.sante.gouv.sn>) ou le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Immeuble A, N° : A7\_A8, HLM Hann Maristes, Dakar (Téléphone/Fax : (221) 832 6379).

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



Citation recommandée :

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

# TABLE DES MATIÈRES

---

	Page
Liste des tableaux et des graphiques .....	ix
Préface .....	xvii
Remerciements.....	xix
Sigles et Abréviations .....	xxi
Résumé .....	xxiii
Indicateurs du Millénaire, EDS-IV Sénégal 2005 .....	xxix
Carte du Sénégal .....	xxx
<b>CHAPITRE 1</b>	<b>PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE</b>
	<i>Salif Ndiaye et Baka Tambouri Ndiaye</i>
1.1	PRÉSENTATION DU PAYS.....1
1.1.1	Géographie.....1
1.1.2	Économie.....1
1.1.3	Population.....2
1.1.4	Politique en matière de santé et situation sanitaire.....2
1.2	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....3
1.2.1	Objectifs.....3
1.2.2	Questionnaires.....4
1.2.3	Les manuels et autres documents techniques.....7
1.2.4	Échantillonnage.....7
1.2.5	Activités de l'EDS-IV.....8
1.2.6	Saisie et traitement des données.....11
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES</b>
	<i>Aliou Gaye</i>
2.1	STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION.....13
2.2	TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES.....15
2.2.1	Sexe du chef de ménage.....15
2.2.2	Taille des ménages.....15
2.3	CONDITION DE VIE DES ENFANTS ET DES ORPHELINS.....16
2.4	NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE.....17
2.5	CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS ET BIENS POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES.....24

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

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

*Mohamed Ayad*

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

### **CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ**

*Salif Ndiaye*

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

### **CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE**

*Salif Ndiaye*

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

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

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

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



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

# LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

---

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

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

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

## **CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE**

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

## **CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

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

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

## **CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT**

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

## **CHAPITRE 9 PALUDISME**

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

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

## **CHAPITRE 10 ALLAITEMENT, ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES**

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

## **CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

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

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

## **CHAPITRE 12 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE**

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

## **CHAPITRE 13 EXCISION**

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

## **CHAPITRE 14 VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

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

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



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

## **ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE**

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

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

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

## Préface

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

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

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

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

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



Abdou FALL

Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale

## REMERCIEMENTS

---

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

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

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

Je voudrais aussi, remercier :

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

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

Salif Ndiaye

Directeur du CRDH

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

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

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

## RÉSUMÉ

---

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

L'EDS-IV fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. De nouveaux volets inclus lors de la collecte portent sur la pratique de l'excision, l'utilisation des moustiquaires et les tests du VIH et de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDS-IV permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992, 1997 et 2000.

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

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

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

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

### CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

---

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

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

### FÉCONDITÉ

---

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

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

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

## NUPTIALITÉ

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

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

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

## PLANIFICATION FAMILIALE

### **Connaissance des méthodes contraceptives.**

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

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

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



## SANTÉ DE LA MÈRE

---

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

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

## SANTÉ DE L'ENFANT

---

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

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

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

## POSSESSION ET UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES

---

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

## NUTRITION

---

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



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

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

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

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

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

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

## MORTALITÉ INFANTILE

---

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

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

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

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

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

## **MORTALITÉ MATERNELLE**

---

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

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

## **EXCISION**

---

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

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

## **SIDA ET AUTRES IST**

---

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

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

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

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

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

## **PRÉVALENCE DU VIH**

---

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

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

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

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

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

## Indicateurs du Millénaire, EDS-IV Sénégal 2005

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

<sup>1</sup> Non compris les enfants dont le statut des parents est manquant.

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

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

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

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

<sup>6</sup> Charbon de bois, bois à brûler, paille ou bouse.

<sup>7</sup> Eau de robinet, forage ou puits protégés.

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

# SÈNÈGAL

