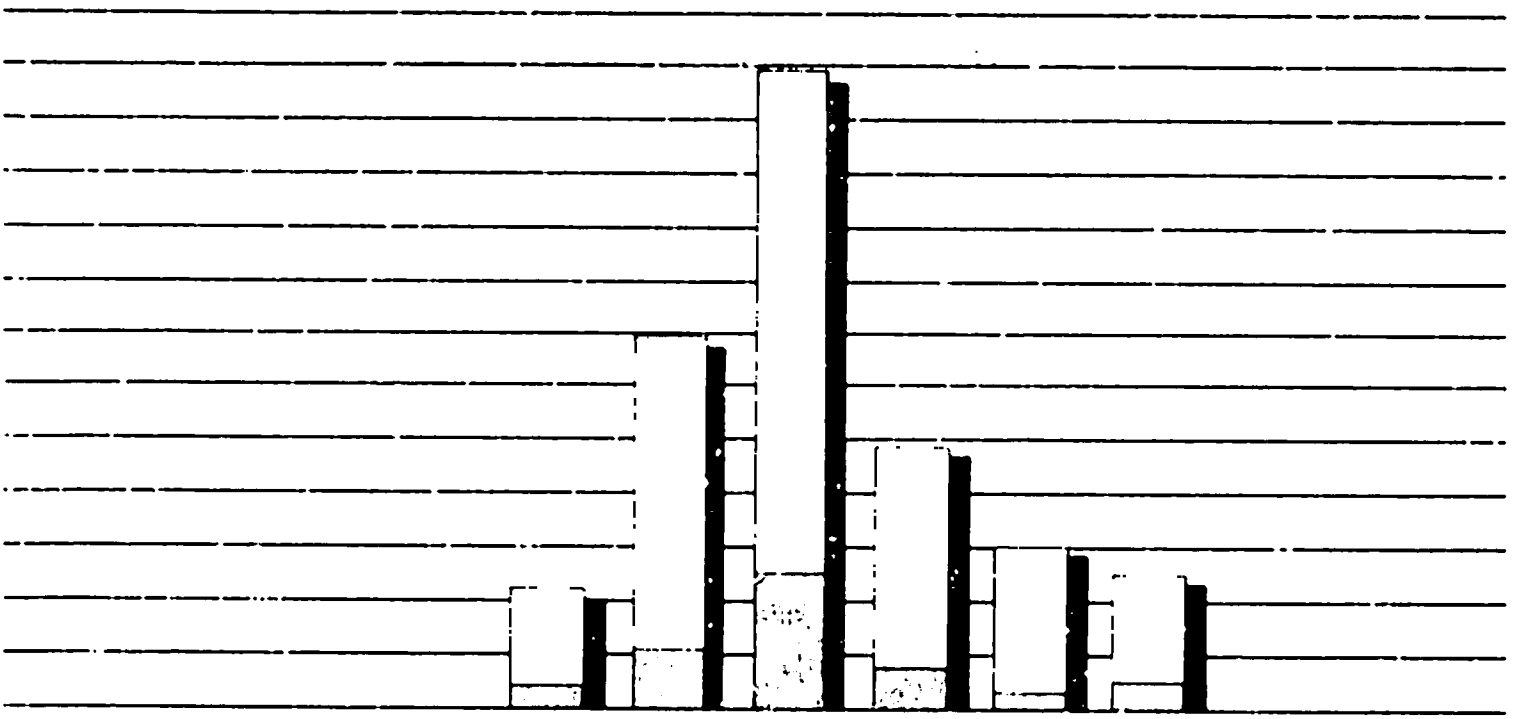
DHS

PN-ABQ-114

Niger



Enquête Démographique et de Santé Niger 1992

RAPPORT DE SYNTHESE

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE NIGER 1992

RAPPORT DE SYNTHESE

Cadre de l'enquête 3

Fécondité 4
Niveaux et tendances 4
Fécondité des adolescentes 5
Nuptialité et exposition au risque de grossesse 5
Préférences en matière de fécondité 6

Planification familiale 7
Connaissance et utilisation de la contraception 7
Attitude vis-à-vis de la planification familiale 8
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale 9

Santé de la mère et de l'enfant 10
Soins prénatals et assistance à l'accouchement 10
Vaccination 11
Maladie des enfants et traitements 12
Allaitement 13
Etat nutritionnel des enfants 14
Etat nutritionnel des mères 15

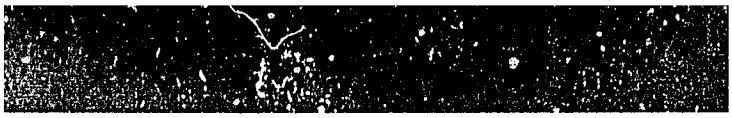
Mortalité des enfants et mortalité maternelle 16
Mortalité infanto-juvénile 16
Mortalité maternelle 17

Conclusions et recommandations 18

Principaux indicateurs 19

Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux
Direction Générale du Plan
Rue de Sirba
B.P. 862
Niamey, Niger

Septembre 1993



Rapport préparé par:
I. Alichina Kourguéni, B. Garba et B. Barrère
Production:
A. Kovensky, K. Mitchell et J. Dammons
Photographie:
B. Barrère et J. Schoemaker

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSN) réalisée au Niger en 1992 par le Ministère des Finances et du Plan (Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, Direction Générale du Plan). L'EDSN, financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSN fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSN peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, Rue de Sirba, B.P. 862 Niamey (Niger), Téléphone (227) 72 35 60. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, USA (Téléphone 410-290-2800; Fax 410-290-2999; Télex 19811 6).

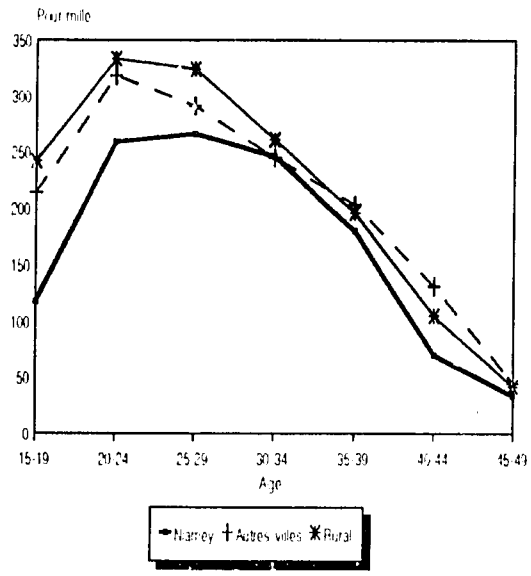
Cadre de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, en collaboration avec certaines Directions Techniques du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, et avec l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSN fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants et des femmes ainsi que sur la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de mars à juin 1992, 5 242 ménages, 6 503 femmes âgées de 15-49 ans et 1 570 maris ont été interviewés avec succès. En outre, des informations sur la disponibilité des services communautaires ont été collectées dans chacune des 235 grappes de l'échantillon.

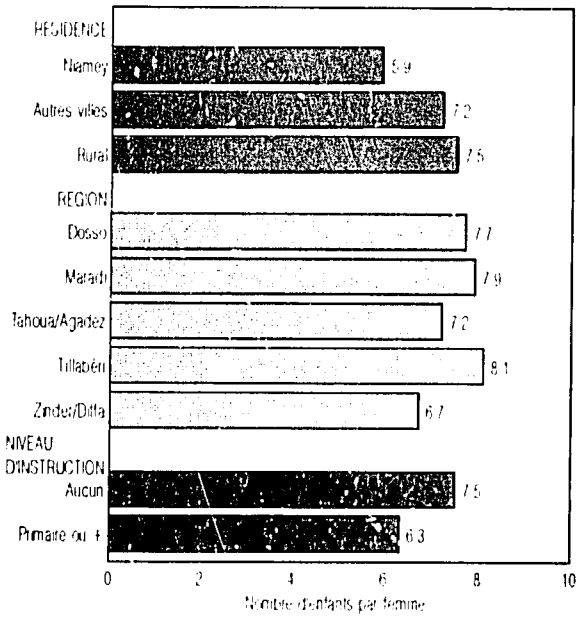
Les informations recueillies sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (Niamey, Autres villes, Rural) et au niveau des départements ou groupes de départements suivants : Dosso, Maradi, Tahoua/Agadez, Tillabéri, Zinder/Diffa.

Graphique 1
Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
(Femmes de 15-49 ans)



Note : Taux pour la période de six ans avant l'enquête

Graphique 2
Indice synthétique de fécondité par résidence, région et niveau d'instruction
(Femmes de 15-49 ans)



Note : Taux pour la période de six ans avant l'enquête

Fécondité

Niveaux et tendances

- Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes nigériennes donneront naissance en moyenne à 7,4 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité qui semble avoir peu changé ces dernières années est l'une des plus élevée au monde. Une importante caractéristique de cette fécondité est sa précocité : une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 18 ans.
- Les niveaux de fécondité varient fortement en fonction du milieu et de la région de résidence : les femmes de Niamey (5,9 enfants) donnent naissance à 1,6 enfants de moins que celles du milieu rural (7,5 enfants) et les femmes de Zinder/Diffa (6,7 enfants) ont, en moyenne, 1,4 enfants de moins que celles de Tillabéri (8,1 enfants).

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes nigériennes donneront naissance en moyenne à 7,4 enfants durant leur vie féconde.

- Les niveaux de fécondité varient également en fonction du niveau d'instruction : les femmes ayant fréquenté l'école (6,3 enfants) ont, en moyenne, un peu plus d'un enfant de moins que celles sans instruction (7,5 enfants).

Fécondité des adolescentes

- Au moment de l'enquête, 36 pour cent des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà au moins un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. Cette fécondité précoce est nettement moins importante chez les adolescentes ayant fréquenté l'école (25 pour cent) et chez celles de Niamey (17 pour cent).

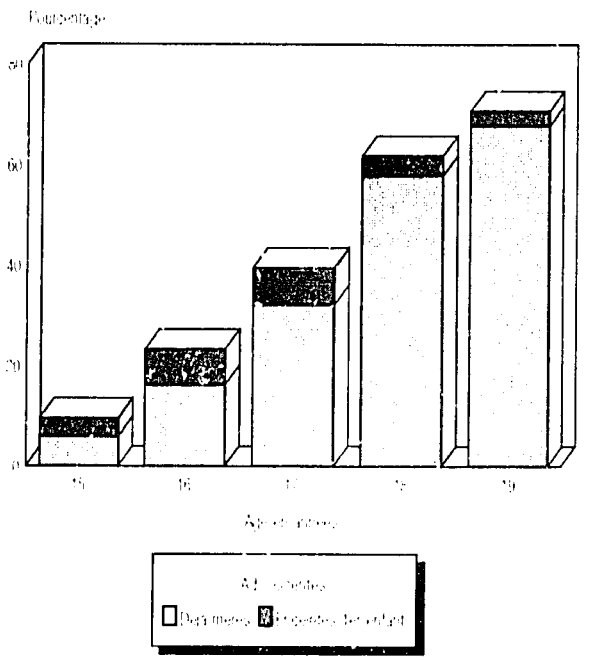
A l'âge de 17 ans, deux femmes sur cinq ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes pour la première fois.

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

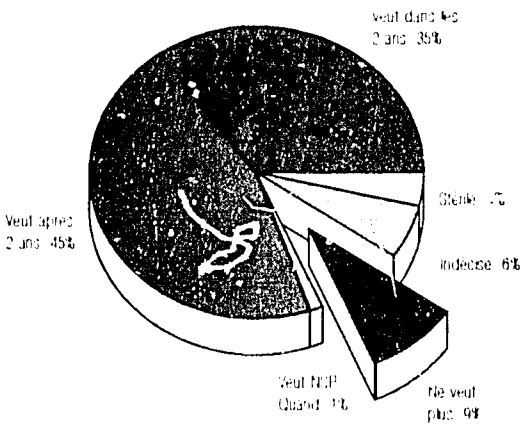
- Le mariage est quasi universel au Niger : 86 pour cent des femmes de 15-49 ans étaient mariées au moment de l'enquête et, à partir de 30 ans, moins d'un pour cent des femmes restent célibataires. En outre, les femmes entrent en union très tôt : près d'une femme sur deux (48 pour cent) est déjà mariée à 15 ans et, à 18 ans, près de neuf femmes sur dix sont ou ont été en union. Par ailleurs, plus d'une femme mariée sur trois (36 pour cent) vit en union polygame.

Près d'une femme sur deux est déjà mariée à l'âge de 15 ans.

Graphique 3
Fécondité et grossesses des adolescentes



Graphique 4
Désir d'enfants supplémentaires
(Femmes mariées de 15-49 ans)



- L'activité sexuelle débute également très tôt : à 15 ans, 51 pour cent des femmes nigériennes ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels.
- Par suite de l'abstinence post-partum et d'une aménorrhée prolongée, après une naissance, les femmes ne sont pratiquement pas soumises au risque de grossesse pendant 16 mois.

Préférences en matière de fécondité

- Le niveau élevé de la fécondité reflète une préférence pour les familles nombreuses : le nombre idéal d'enfants, déjà élevé pour les femmes mariées (8,5 enfants en moyenne), atteint 12,6 pour les maris.
- La quasi totalité des naissances des cinq dernières années (97 pour cent) étaient souhaitées. Seulement 9 pour cent des femmes mariées ne désirent plus d'enfant supplémentaire; même parmi les femmes ayant déjà six enfants ou plus, seulement 30 pour cent expriment ce désir. Parmi les maris, seulement 2 pour cent ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Seulement 9 pour cent des femmes mariées ne désirent plus d'enfant supplémentaire.

- Si toutes les naissances non-désirées pouvaient être évitées, la fécondité totale des femmes (7,1 enfants) serait peu différente de la fécondité observée (7,4 enfants).

Planification familiale

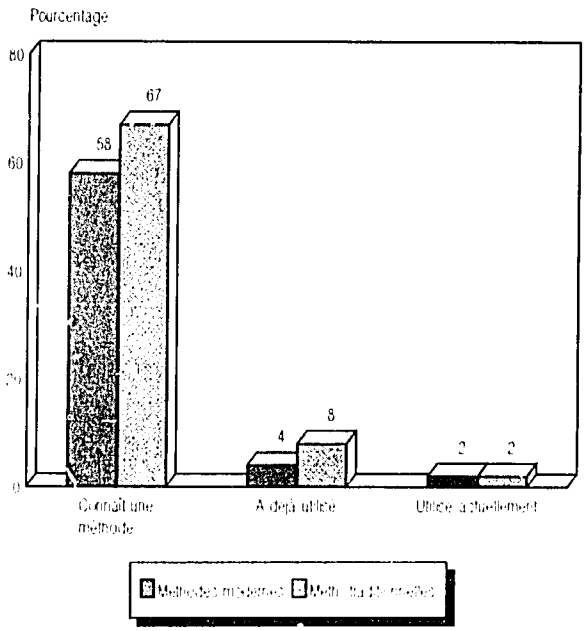
Connaissance et utilisation de la contraception

- Plus de trois femmes sur quatre (76 pour cent) connaissent au moins une méthode de contraception, mais cette proportion n'est plus que de 58 pour cent pour les seules méthodes modernes. Par contre, 74 pour cent des maris connaissent, au moins, une méthode de contraception moderne. En outre, parmi les femmes ayant déclaré connaître une méthode moderne, seulement une sur trois sait où se la procurer. Les méthodes les plus connues sont la pilule, le stérilisation féminine et les injections.
- Environ 11 pour cent des femmes mariées ont déclaré avoir utilisé au moins une méthode de contraception à un moment quelconque de leur vie, dont 4 pour cent une méthode moderne. Cependant, 4 pour cent seulement des femmes mariées utilisaient une méthode au moment de l'enquête, dont la moitié (2 pour cent) une méthode moderne.

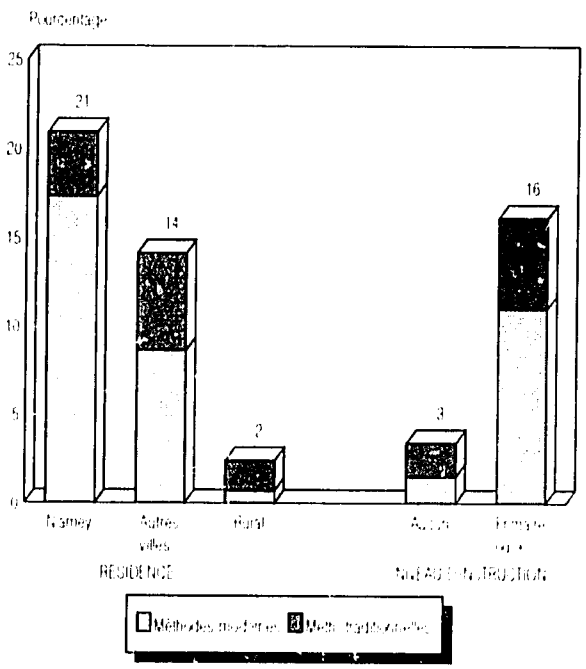
Seulement 2 pour cent des femmes mariées utilisent une méthode de contraception moderne.

- L'utilisation des méthodes varie fortement selon la résidence et le niveau d'instruction : moins de 1 pour cent des femmes rurales utilisent une méthode moderne, contre 9 pour cent en ville et 17 pour cent à Niamey. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de près de 2 pour cent chez les femmes sans instruction à 11 pour cent chez celles ayant fréquenté l'école.

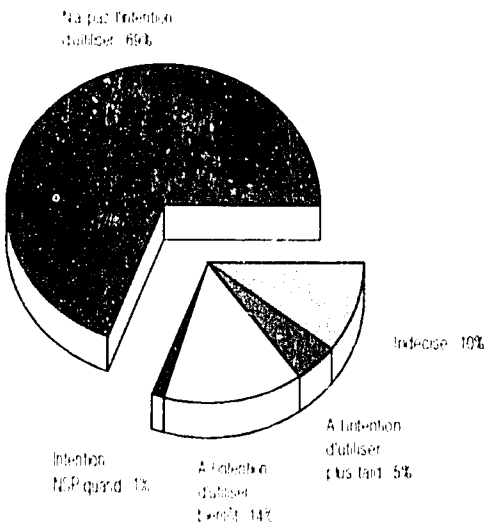
Graphique 5
Connaissance et utilisation de la contraception
(Femmes mariées de 15-49 ans)



Graphique 6
Prévalence de la contraception par résidence et niveau d'instruction
(Femmes mariées de 15-49 ans)



Graphique 7
Intention d'utiliser la contraception dans l'avenir
(Femmes mariées de 15-49 ans non-utilisatrices de la contraception)



Attitude vis-à-vis de la planification familiale

- Un peu plus de 70 pour cent des femmes et 58 pour cent des maris connaissant une méthode de contraception approuvent la planification familiale. En outre, la majorité des femmes (73 pour cent) sont favorables à la diffusion d'informations à ce sujet. Cependant, huit femmes sur dix ont déclaré n'avoir reçu, de la radio ou de la télévision, aucun message relatif à la planification familiale pendant le mois ayant précédé l'enquête.

Une femme sur cinq seulement a été exposée à un message sur la planification familiale à la radio ou à la télévision pendant le mois ayant précédé l'enquête.

- Parmi les femmes mariées et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, une sur cinq a manifesté son intention de l'utiliser dans l'avenir. De même, 28 pour cent des maris ont exprimé la même intention.

Parmi les femmes mariées et non-utilisatrices de la contraception, une sur cinq a exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.

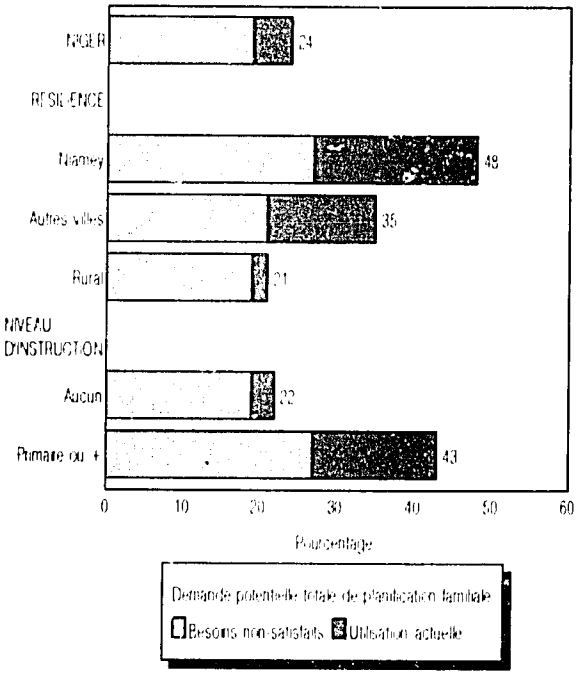
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

- L'enquête révèle que 19 pour cent de femmes mariées ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale. Il s'agit principalement (14 pour cent) de femmes non-utilisatrices de la contraception qui veulent attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant : ces besoins concernent donc davantage l'espacement que la limitation des naissances.

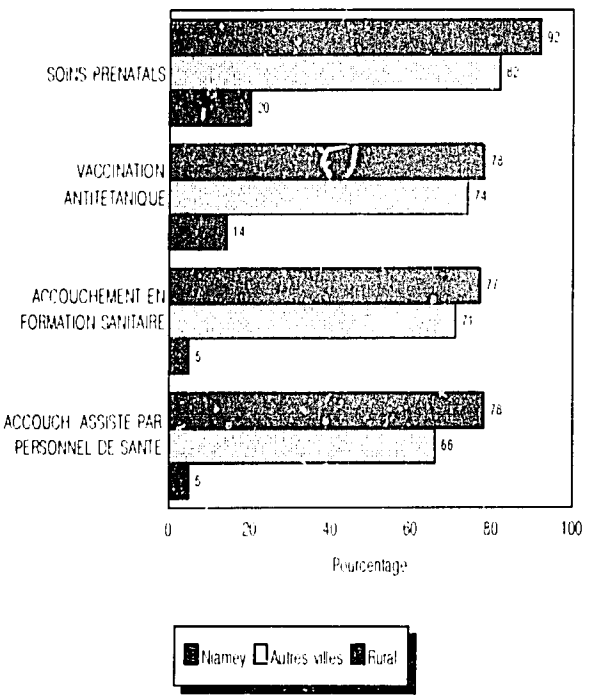
Près d'une femme mariée sur cinq a des besoins non-satisfaits en matière de contraception, principalement pour espacer ses naissances.

- La satisfaction des besoins non-satisfaits pourrait entraîner une augmentation de la prévalence contraceptive qui atteindrait 24 pour cent. La demande totale en matière de contraception pourrait alors atteindre 49 pour cent à Niamey et 35 pour cent dans les autres villes.

Graphique 8
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale
(Femmes mariées de 15-49 ans)



Graphique 9
Soins prénatals, vaccination antitétanique, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement (Naissances des 5 années précédant l'enquête)



Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

- Au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pour 30 pour cent des naissances seulement, les mères se sont rendues en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé. En outre, dans seulement 23 pour cent des cas, les mères ont reçu au moins une injection antitétanique pendant la grossesse.
- A Niamey, pour la quasi-totalité des naissances, les mères ont reçu des soins prénatals (92 pour cent) et ont été vaccinées contre le tétanos (78 pour cent). Par contre, en milieu rural, ces proportions n'atteignent, respectivement, que 20 et 14 pour cent.
- Très peu de naissances ont lieu dans des formations sanitaires (16 pour cent) et avec l'assistance d'un professionnel de la santé (15 pour cent). Les naissances ont lieu avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle formée dans 18 pour cent des cas et, dans 26 pour cent des cas, avec l'aide d'une accoucheuse non formée.

Plus de quatre naissances sur cinq ont lieu à la maison, et deux naissances sur cinq ont lieu avec la simple assistance de parents/amis ou même sans aucune assistance.

- Dans l'ensemble du milieu urbain, 73 pour cent des naissances ont lieu dans des formations sanitaires, contre seulement 5 pour cent en milieu rural. De même, les professionnels de la santé ont assisté sept naissances sur dix en milieu urbain, contre une sur vingt en milieu rural.

Vaccination

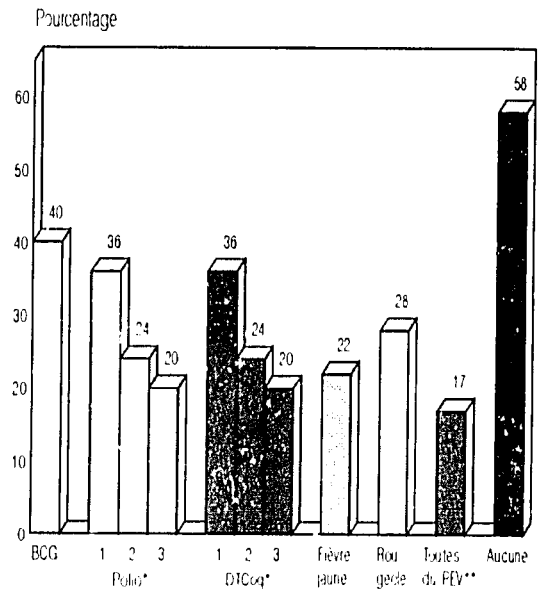
- Selon les carnets de vaccinations et les déclarations des mères, seulement 17 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations du Programme Elargi de Vaccination - PEV (BCG, trois doses de polio et de DTCoq, et rougeole). En tenant compte de la fièvre jaune, cette proportion n'est plus que de 14 pour cent. A l'inverse, près de trois enfants sur cinq n'ont reçu aucune de ces vaccinations.

Seulement 17 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations du PEV.

- Quarante pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 28 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole et 20 pour cent seulement des enfants ont reçu les trois doses de vaccin de DTCoq et de polio. En outre, 22 pour cent des enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune.

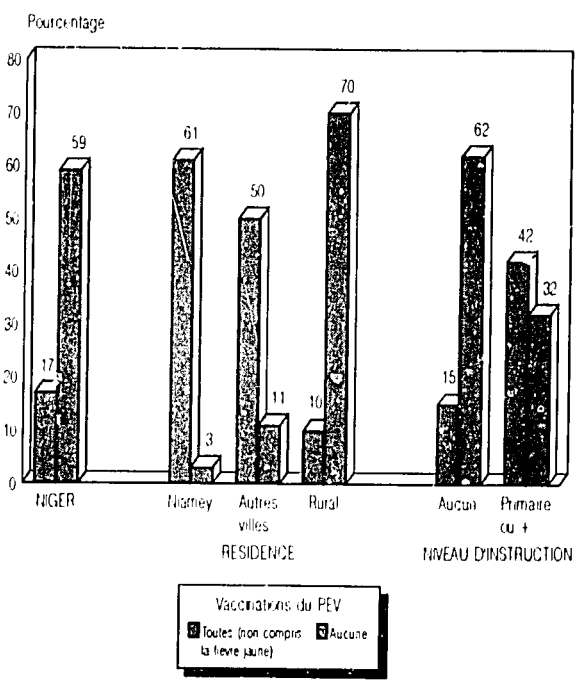
Près de trois enfants sur cinq n'ont reçu aucune vaccination.

Graphique 10
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois

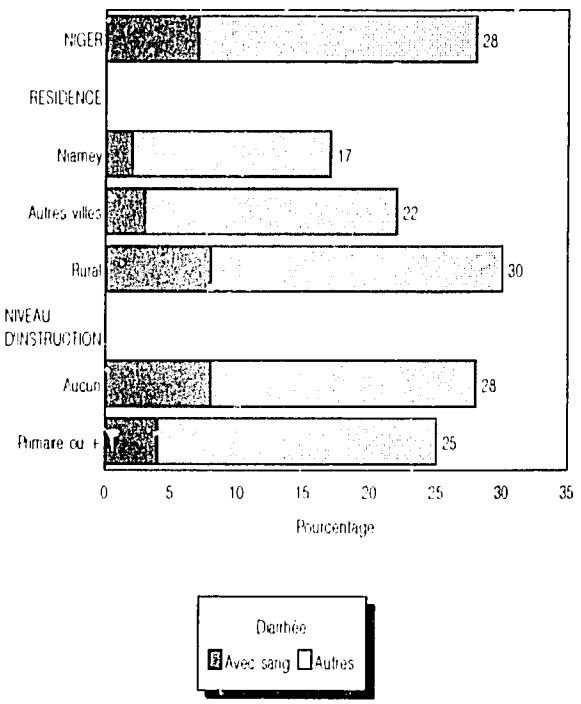


* Y compris Imovax
** Non compris la fièvre jaune

Graphique 11
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par résidence et niveau d'instruction de la mère



Graphique 12
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans par résidence et



- La couverture vaccinale est beaucoup plus importante en milieu urbain (54 pour cent des enfants ont reçu toutes les vaccinations du PEV) qu'en milieu rural (10 pour cent). De même, 42 pour cent des enfants dont la mère a fréquenté l'école sont complètement vaccinés contre seulement 15 pour cent des enfants de mère sans instruction.

Maladie des enfants et traitements

- Plus d'un enfant de moins de cinq ans sur quatre (28 pour cent) a eu au moins un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans un cas sur quatre, la diarrhée était accompagnée de sang. Parmi ces enfants, seulement 11 pour cent ont reçu une quantité additionnelle de liquides (y compris l'allaitement) pendant leur maladie. Enfin, seulement un enfant souffrant de diarrhée sur dix a été conduit pour consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical.

Vingt-huit pour cent des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête.

- Un peu plus d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (11 pour cent) a souffert de la toux et d'une respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête : seulement 14 pour cent d'entre eux ont été conduits dans une formation sanitaire ou auprès de personnel médical pendant leur maladie et, dans 39 pour cent des cas, ils n'ont reçu aucun traitement.

- Près d'un enfant de moins de 5 ans sur deux (45 pour cent) a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête : 11 pour cent d'entre eux seulement ont été conduits en consultation dans une formation sanitaire et 47 pour cent n'ont reçu aucun traitement.

Allaitement

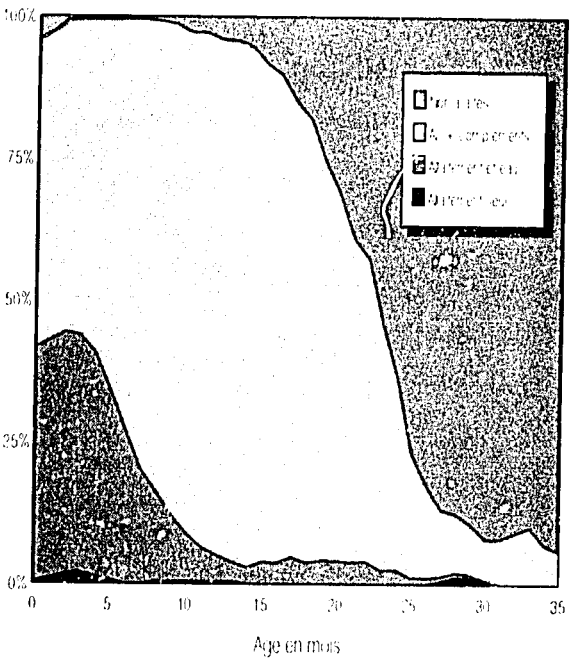
- L'allaitement est pratiquement universel : 98 pour cent des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Au premier anniversaire, 97 pour cent des enfants continuent à être allaités, et un enfant sur deux est encore allaité à 21 mois. Cependant, seule une faible proportion d'enfants (20 pour cent) sont allaités dès la naissance.

La quasi totalité des enfants sont allaités jusqu'à leur 1er anniversaire, mais un enfant sur cinq seulement est mis au sein dès sa naissance.

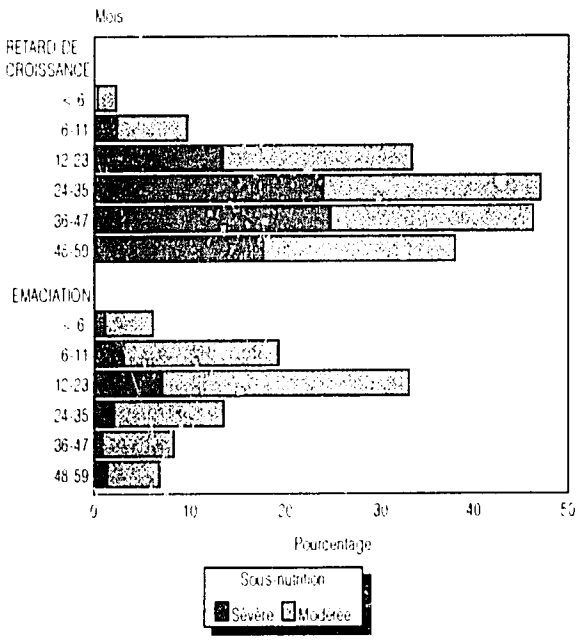
- Alors que, selon les recommandations de l'OMS, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à 4-6 mois, seulement 1 pour cent des enfants nigériens de moins de 4 mois sont exclusivement allaités. Dès 0-1 mois, 55 pour cent des enfants reçoivent, en plus du lait maternel, des liquides (autres que l'eau) et des aliments solides.

Seulement un enfant de moins de 4 mois sur cent est exclusivement allaité.

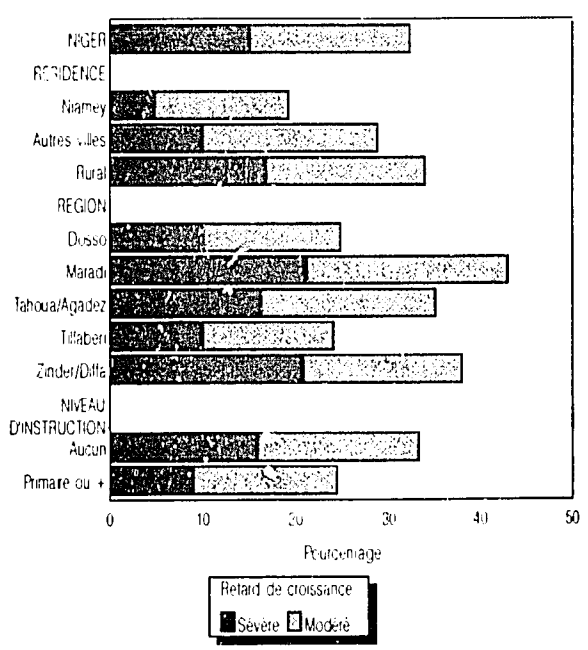
Graphique 13
Allaitement et alimentation de complément par âge



Graphique 14
Enfants présentant un retard de croissance (sous-nutrition chronique) et atteints d'émaciation (sous-nutrition aiguë) par âge



Graphique 15
Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par caractéristique de la mère



- Alors que, selon les recommandations de l'OMS, à partir de 4-6 mois des aliments solides devraient être introduits dans l'alimentation des enfants en complément de l'allaitement, un tiers des enfants nigériens de 6 à 9 mois ne reçoivent pas de tels compléments.

Etat nutritionnel des enfants

- Près d'un enfant de moins de 5 ans sur trois (32 pour cent) souffre de sous-nutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère. Cette sous-nutrition qui se manifeste par un retard de croissance s'aggrave rapidement avec l'âge : un enfant sur trois est atteint à 12-23 mois, et près d'un enfant sur deux à 24-47 mois.

A 2-3 ans, un enfant sur deux accuse un retard de croissance.

- L'insuffisance pondérale qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge concerne 36 pour cent des enfants de moins de 5 ans. Un tiers de ces enfants présentent une insuffisance pondérale sévère.
- Seize pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent de sous-nutrition aiguë, c'est-à-dire sont trop maigres par rapport à leur taille : dans un cas sur cinq ces enfants présentent une

forme sévère d'émaciation. A 12-23 mois, un enfant sur trois est atteint de cette forme de sous-nutrition. Après le 2e anniversaire, la proportion d'enfants émaciés diminue considérablement du fait, certainement, de la forte mortalité touchant les enfants les plus atteints.

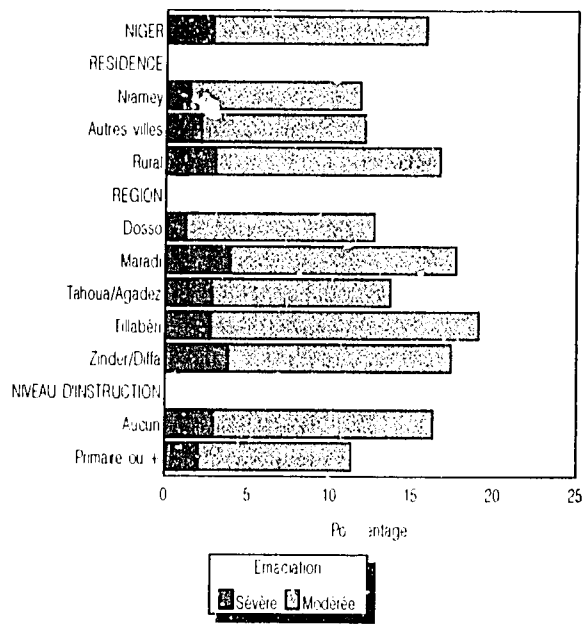
Un enfant de 12-23 mois sur trois est émacié.

- En milieu urbain, 26 pour cent des enfants présentent un retard de croissance et 12 pour cent sont émaciés contre, respectivement, 34 pour cent et 17 pour cent en milieu rural. De même, parmi les enfants dont la mère a fréquenté l'école, 24 pour cent présentent un retard de croissance et 11 pour cent sont émaciés contre, respectivement, 33 pour cent et 16 pour cent parmi les enfants dont la mère est sans instruction. Par ailleurs, les niveaux de sous-nutrition varient fortement selon la région de résidence.
- A 24-59 mois, 2,5 pour cent des enfants souffrent d'une carence en vitamine A.

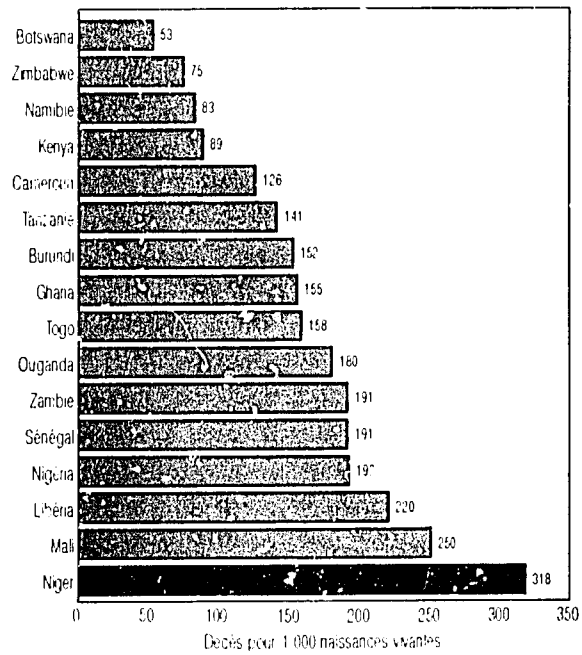
Etat nutritionnel des mères

- La taille des mères est un indicateur indirect du statut socio-économique dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une sous-nutrition chronique pendant l'enfance. La taille moyenne des femmes nigériennes est de 160 centimètres et varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques.
- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) donne une indication de l'état nutritionnel actuel. En moyenne, les femmes nigériennes ont un IMC de 20,8 kg/m^2, mais 19 pour cent des femmes ont un IMC inférieur à 18,5 kg/m^2 et peuvent être considérées comme présentant une déficience énergétique chronique.

Graphique 16
Enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation par caractéristique de la mère

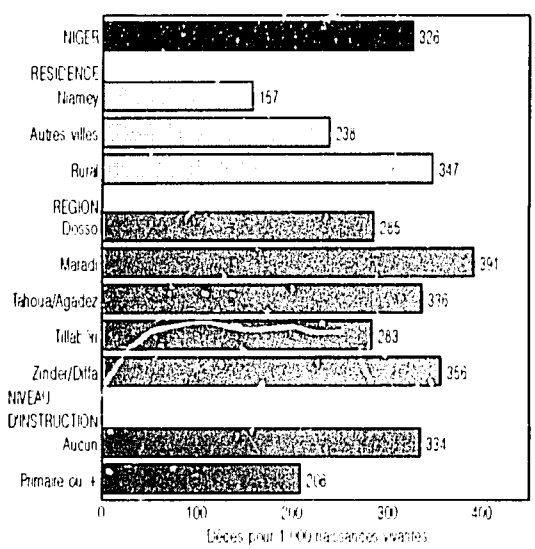


Graphique 17
Mortalité des enfants de moins de 5 ans pour différents pays d'Afrique subsaharienne



Note: Les données correspondent à la période de 5 ans précédant l'enquête

Graphique 18
Mortalité infanto-juvénile selon la résidence, la région et le niveau d'instruction de la mère



Note: Les données correspondent à la période de 10 ans précédant l'enquête

Mortalité des enfants et mortalité maternelle

Mortalité infanto-juvénile

- La mortalité des enfants nigériens est l'une des plus élevée au monde. Durant la période 1988-1992, sur 1 000 enfants nés vivants, 123 sont décédés avant leur 1er anniversaire et, sur 1 000 enfants survivants au 1er anniversaire, 223 sont décédés avant d'atteindre l'âge de 5 ans. La mortalité infanto-juvénile touche donc 318 enfants pour 1 000 naissances vivantes. En outre, au cours des quinze dernières années, la mortalité infanto-juvénile semble n'avoir que très peu varié.

Près d'un enfant sur trois décède avant d'atteindre son 5e anniversaire.

- Entre le 1er et le 3e anniversaire, 169 enfants sur mille décèdent. Ces âges de très forte mortalité correspondent aux âges où la diarrhée et la fièvre sont fortement prévalentes, aux âges où de nombreux enfants contractent la rougeole et aux âges où l'on observe les plus hauts niveaux de sous-nutrition.
- Les enfants du milieu rural sont plus particulièrement touchés par la mortalité : sur 1 000 enfants à la naissance, 347 n'atteignent pas le 5e anniversaire en milieu rural, contre 238 en ville et 157 à Niamey. De même, les enfants dont la mère n'a pas d'instruction courent un risque 1,6 fois plus élevé de décéder avant l'âge de 5 ans que ceux dont la mère a fréquenté l'école.

Avant l'âge de 5 ans, les enfants du milieu rural courent un risque de décéder plus de deux fois plus élevé que ceux de Niamey.

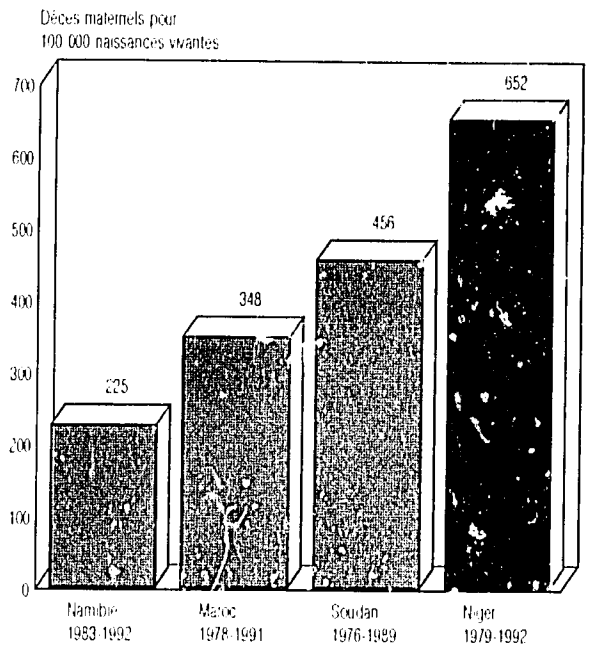
- Les enfants nés de mère très jeune (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité que les autres, en particulier durant la période néonatale où leur mortalité est presque le double de celle des enfants nés de mère de 20-29 ans. Les intervalles intergénésiques très courts sont également associés à une mortalité infantile (159 pour 1 000) plus de deux fois plus élevée que celle associée aux intervalles intergénésiques de quatre ans ou plus.

Mortalité maternelle

- La mortalité maternelle est très élevée au Niger. Pour la période 1979-1992, parmi les décès de femmes âgées de 15 à 49 ans, près de deux sur cinq étaient associés à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites. Pour la même période, le taux de mortalité maternelle est estimé à 652 décès pour 100 000 naissances vivantes. En d'autres termes, une femme court un risque de décéder de 1 sur vingt par cause maternelle.

Pour la période 1979-1992, la mortalité maternelle est estimée à 652 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Graphique 19
Mortalité maternelle pour différents pays (Enquêtes EDS)



Conclusions et recommandations

Un âge d'entrée en union extrêmement précoce, des premières naissances qui surviennent très tôt dans le mariage, et une fécondité qui se maintient à des niveaux élevés jusqu'à des âges tardifs, combinés à une prévalence contraceptive très faible, sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer le nombre très élevé de naissances des femmes nigériennes, en particulier en milieu rural.

Concernant la santé de la mère et de l'enfant, les résultats de l'EDSN ont mis en évidence une situation très critique et surtout en milieu rural. Malgré les efforts consentis et les investissements réalisés dans ce domaine, la situation sanitaire ne semble pas avoir connu d'amélioration du fait, d'une part, de l'augmentation des besoins, résultant lui-même d'une forte croissance de la population, et, d'autre part, de la diminution de ressources allouées à ce secteur.

Très peu de femmes bénéficient de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement et, en même temps, la couverture vaccinale est largement insuffisante pour des populations déjà fragilisées par un état nutritionnel critique. Parmi les enfants de moins de cinq ans, la fièvre, les infections respiratoires et la diarrhée sont fortement endémiques. Si cette mauvaise situation sanitaire et nutritionnelle des enfants s'explique, en partie, par le contexte économique et environnemental, la persistance de certains comportements et pratiques socio-culturelles, en particulier dans le domaine nutritionnel, tendent à aggraver cette situation.

En outre, la fécondité très élevée, la mauvaise situation sanitaire et l'état nutritionnel critique contribuent à maintenir la mortalité des enfants du Niger à un des niveaux les plus élevés au monde, et à exposer les mères à une très forte mortalité maternelle.

Face à ce constat, il est indispensable que :

- Des programmes d'information et de sensibilisation soient entrepris pour faire prendre conscience à toutes les couches de la population nigérienne du caractère dramatique de la situation sanitaire et nutritionnelle de ces catégories vulnérables que sont les mères et les enfants. Une telle prise de conscience est indispensable pour que la santé devienne un secteur prioritaire de la politique de développement. En outre, cette prise de conscience doit créer un sentiment de solidarité et de responsabilité collective et individuelle pour les actions à mettre en oeuvre.
- Une réforme des politiques et programmes de santé soit entreprise pour privilégier la lutte contre la morbidité et la mortalité des enfants et des mères, en particulier en milieu rural. Cette réforme devrait, entre autres, porter sur la formation du personnel de santé pour qu'elle soit mieux adaptée à la situation nigérienne.
- La population et, en particulier, les mères soient informées et sensibilisées sur la nécessité de consulter les professionnels de la santé pendant la grossesse et pour le suivi et la vaccination des enfants. Cette sensibilisation devrait également dénoncer certaines pratiques et comportements traditionnels néfastes pour la santé de la mère et de l'enfant.
- Les femmes, mais aussi et surtout les couples, soient informées et sensibilisées sur les risques que des grossesses rapprochées et trop nombreuses font courir aux mères et aux enfants. De ce fait, la population doit être mieux informée et sensibilisée sur l'importance et l'utilité de la planification familiale. Par ailleurs, les services de planification familiale devraient être développés et davantage orientés vers les populations rurales.

Pour que ces mesures aboutissent, elles devraient être intégrées à une politique globale visant à améliorer le niveau d'instruction de la population nigérienne et, en particulier, celui des jeunes générations.

Principaux indicateurs

Données du Recensement Général de la Population 1988

Population totale (en millions) 7,3
Population urbaine (%) 15,2
Accroissement annuel moyen (%) 3,2
Doublement de population (années) 21
Taux brut de natalité (pour mille) 52,0
Taux brut de mortalité (pour mille) 20,0
Espérance de vie à la naissance (années) 47

Enquête Démographique et Santé au Niger, 1992

Taille de l'échantillon

Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès 6 503
Maris enquêtés avec succès 1 570

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

Milieu urbain 17,3
Sans instruction 89,3
Instruction niveau primaire 7,6
Instruction niveaux secondaire et supérieur 3,1

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées 85,5
Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou l'ayant été 89,5
Age médian (en années) au premier mariage (femmes de 20-49 ans) 15,1
Age médian (en années) à la première naissance (femmes de 20-49 ans) 18,0
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[1] 20,9
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)[1] 15,2
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)[1] 2,0

Fécondité

Indice synthétique de fécondité[2] 7,4
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans 7,5

Préférences en matière de fécondité

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui :
- ne veulent plus d'enfants 8,9
- veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance 45,2

Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)[3] 8,2
Pourcentage de naissances des cinq années précédant l'enquête qui :
- n'étaient pas désirées 2,0
- sont survenues trop tôt 11,1

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui :
- connaissent au moins une méthode 77,3
- connaissent une méthode moderne 58,0
- connaissent une méthode moderne et une source d'approvisionnement 32,9
- ont déjà utilisé une méthode 11,4
- utilisent actuellement une méthode 4,4
- utilisent actuellement une méthode moderne 2,3

Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent :
- la pilule 1,5
- le DIU ou stérilet 0,2
- les injections 0,5
- la stérilisation féminine 0,1
- la continence périodique 0,1
- gris-gris 1,9
- les autres méthodes traditionnelles 0,2

Mortalité

Quotient de mortalité infantile (/1000)[4] 123
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1000)[4] 318

Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances[5] dont les mères ont :
- reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé 30,1
- ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique 23,1

Pourcentage de naissances[5] dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :
- un professionnel de la santé 14,9
- une accoucheuse traditionnelle formée 18,1
- une accoucheuse traditionnelle 26,0
- un parent ou autre relation 23,6
- sans aucune assistance 17,3

Pourcentage d'enfants encore allaités au moment de l'enquête et âgés de :
- 0-1 mois 96,8
- 4-5 mois 99,8
- 10-11 mois 96,9

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination 35,3
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre[6] :
- le BCG 39,9
- le DTCoq (trois doses)[7] 20,3
- la polio (trois doses)[7] 20,1
- la rougeole 27,8
- toutes les vaccinations du PEV[8] 17,4
- fièvre jaune 21,9
- toutes les vaccinations du PEV y compris la fièvre jaune 14,4
- aucune vaccination 58,8

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :
- la diarrhée 27,9
- la toux et une respiration courte et rapide 10,7
- la fièvre 45,2

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui :
- présentent un retard de croissance[9] 32,3
- sont atteints d'émaciation[9] 15,8

---

[1] Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête.
[2] Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des six années précédant l'enquête.
[3] A l'exclusion des femmes de 15-49 ans ne s'étant pas prononcées sur un nombre precis (13,8%).
[4] Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (de mi 87 à mi 92).
[5] Naissances survenues dans les 1-59 mois précédant l'enquête.
[6] D'après les carnets de vaccination et les déclarations des mère.
[7] Y compris l'Imovax.
[8] Programme Elargi de Vaccination.
[9] *Retard de croissance* : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; *Emaciation* : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la poids-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.