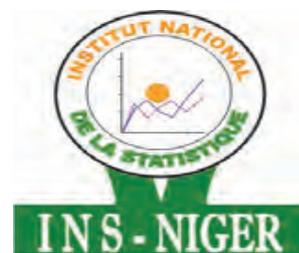


Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger EDSN-MICS-IV 2012

Rapport Préliminaire

Institut National de la Statistique (INS)



ICF International

RÉPUBLIQUE DU NIGER

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS
MULTIPLES DU NIGER
(EDSN-MICS IV) 2012**

Rapport préliminaire

Décembre 2012

Institut National de la Statistique (INS)
Niamey



ICF International
Calverton, Maryland



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger (EDSN-MICS IV). L'EDSN-MICS IV 2012 du Niger a été réalisée de février à Juin 2012 par l'Institut National de la Statistique (INS), ministère des Finances, en collaboration avec les services techniques du ministère de la Santé Publique et le Laboratoire National de référence des IST/VIH/TB. L'EDSN-MICS IV 2012 a été financée par le Gouvernement du Niger, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale par le biais du Projet Démographique Multisectoriel (PRODEM), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), KfW par l'intermédiaire de la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En outre, ICF International a fourni l'assistance technique dans le cadre d'un contrat de services avec l'INS.

Pour tout renseignement concernant l'Enquête Démographique et de Santé du Niger (EDSN-MICS IV), contacter l'Institut National de la Statistique, BP 13416, Niamey, Niger (Téléphone : (227) 20 72 35 60, Fax (227) 20 72 2174 ; Email : ins@ins.ne ; Internet : www.ins.ne).

Pour obtenir des informations sur le projet DHS, contactez ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA ; Téléphone : 301-572-0200, Fax : 301-572-0999 ; Email : reports@measuredhs.com ; Internet : www.measuredhs.com.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE.....	1
2.1	Objectifs de l'enquête.....	1
2.2	Questionnaires	2
2.3	Échantillonnage	3
2.4	Cartographie et collecte des données	4
2.5	Traitement des données	4
3.	RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	5
3.1	Couverture de l'échantillon.....	5
3.2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	5
3.3	Fécondité.....	6
3.4	Désir d'enfants (supplémentaires)	8
3.5	Utilisation de la contraception	9
3.6	Soins prénatals et accouchement	11
3.7	Vaccination des enfants	14
3.8	Prévalence et traitement des maladies de l'enfance	16
3.9	Indicateurs du paludisme	18
3.10	Allaitement et alimentation de complément	19
3.11	État nutritionnel des enfants.....	20
3.12	Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants	23
3.13	Mortalité des enfants.....	24
3.14	Connaissance du VIH/sida.....	25
3.15	Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	28

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle.....	5
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	6
Tableau 3	Fécondité actuelle	7
Tableau 4	Préférences en matière de fécondité	8
Tableau 5	Utilisation actuelle de la contraception.....	10
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle.....	12
Tableau 7	Vaccination des enfants	15
Tableau 8	Traitement des infections respiratoires aiguës, de la fièvre et de la diarrhée	16
Tableau 9	Indicateurs du paludisme	18
Tableau 10	Allaitement selon l'âge de l'enfant	20
Tableau 11	État nutritionnel des enfants	22
Tableau 12	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	23
Tableau 13	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	24
Tableau 14	Connaissance du sida.....	26
Tableau 15	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	27
Tableau 16.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes	29
Tableau 16.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	30
Graphique 1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	7
Graphique 2	Taux de fécondité générale selon l'EDSN-III 2006 et l'EDSN-MICS IV 2012	8
Graphique 3	Prévalence contraceptive (femmes en union), EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012	11
Graphique 4	Indicateurs de santé maternelle et infantile, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012	13
Graphique 5	Prévalence des maladies des enfants de moins de 5 ans et recherche de traitement	17
Graphique 6	Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.....	21
Graphique 7	Tendance de la mortalité infantile et juvénile, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012.....	25
Graphique 8	Connaissance des moyens de prévention du VIH, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012.....	28

1. INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Niger (EDSN-MICS IV) a été réalisée par l'Institut National de la Statistique en collaboration avec les services techniques du ministère de la Santé Publique. L'EDSN-MICS-IV a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) d'ICF International, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et le VIH/sida.

L'EDSN-MICS-IV 2012 a été financée par le Gouvernement du Niger, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale à travers le Projet Démographique Multisectoriel (PRODEM), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), KfW par l'intermédiaire de la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le Sida et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Sur le plan technique, l'EDSN-MICS IV a bénéficié de l'assistance d'ICF International qui a la charge du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys – DHS*) au niveau international.

Cette quatrième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Niger (EDSN-MICS IV) permet de disposer de données statistiques de qualité, actualisées concernant la situation sociodémographique et sanitaire des populations nigériennes et, en particulier, des enfants et des femmes. De plus, ces données sont représentatives au plan national ainsi qu'à des niveaux plus fins de découpage géographique. Par conséquent, ces données permettront d'évaluer et de rendre compte des progrès accomplis pour la réalisation des OMD, ainsi que des objectifs du MDE et d'autres engagements mondiaux et nationaux en matière de développement social.

Ce rapport préliminaire a pour objectif de présenter les premiers résultats de l'EDSN-MICS IV. Il fournit des indicateurs de base relatifs à la fécondité, à la planification familiale, à la santé de la reproduction, ainsi qu'à l'état nutritionnel des enfants et à la connaissance et aux comportements par rapport au VIH/Sida ; il fournit également une estimation de la prévalence de l'anémie et du paludisme chez les enfants.

Du fait qu'ils ont été produits avant la révision finale et l'analyse approfondie du fichier complet de l'enquête, ces résultats restent provisoires et susceptibles de légères modifications.

Un rapport final, présentant tous les résultats définitifs de l'enquête, de façon détaillée, sera publié dans les prochains mois.

2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectifs de l'enquête

La quatrième Enquête Démographique et de Santé du Niger a pour objectif principal de produire de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques, sanitaires et nutritionnels au niveau de l'ensemble de la population et des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSN-MICS IV vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de 5 ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité des enfants ;
- les différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et des Infections Respiratoires Aigües (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.
- la prévalence de l'anémie et du VIH chez les femmes de 15-49 ans.

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.
- la prévalence de l'anémie et du VIH chez les hommes de 15-59 ans.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population nigérienne. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

2.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés. Les questionnaires ont été programmés sur des tablettes PC que les agents de collecte utilisaient pour poser les questions et enregistrer directement les résultats de l'interview. Trois types de questionnaires ont été utilisés. Il s'agit du :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage notamment les caractéristiques du ménage, des membres du ménage et du logement. Il comprend les différentes parties suivantes :
 - Tableau ménage qui permet de collecter, entre autres informations, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction des membres du ménage ;
 - Caractéristiques du logement (type de toilettes, eau, mur du logement, etc.) ;
 - Moustiquaires ;
 - Travail et discipline des enfants ;
 - Test de sel pour la teneur en iode ;
 - Poids, taille et test d'hémoglobine des enfants de moins de 5 ans ;

- Poids, taille, test d'hémoglobine et test du VIH chez les femmes.
- Test du VIH chez les hommes.

En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.

2) **Questionnaire femme.** Il comprend les douze sections suivantes :

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
2. Reproduction ;
3. Contraception ;
4. Grossesse et soins postnatals ;
5. Vaccination des enfants, santé et nutrition;
6. Mariage et activité sexuelle;
7. Préférences en matière de fécondité ;
8. Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
9. VIH/sida ;
10. Excision ;
11. Fistule ;
12. Autres problèmes de santé ;
13. Mortalité maternelle ;

3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les huit sections suivantes :

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
2. Reproduction ;
3. Contraception ;
4. Mariage et activité sexuelle ;
5. Préférences en matière de fécondité ;
6. Emploi et rôle des sexes
7. VIH/sida ;
8. Autres problèmes de santé ;
9. Excision.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte du Niger et en tenant compte des objectifs de l'enquête.

Par ailleurs, plusieurs séances de traduction des principaux termes et expressions, en particulier ceux relatifs aux aspects sensibles des questionnaires (les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) ont été traduits dans les principales langues parlées au Niger (Haoussa, Djerma) de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible.

2.3 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSN-MICS IV 2012 est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. L'échantillon de l'EDSN-MICS IV est un échantillon représentatif de ménages. Comme pour toutes les EDS passées, l'EDSN-MICS IV comprenait 10 domaines d'études constitués de chacune des huit régions du pays (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri Zinder et Niamey), du milieu urbain et du milieu rural.

Au premier degré, 480 grappes ont été sélectionnées, et tirées proportionnellement à leur taille, à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2001. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés, à probabilité égale, à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Le nombre de ménages tirés est de 25 dans chaque grappe urbaine ou rurale. Au total, 12 000 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage. A

cause de l'insécurité dans la région d'Agadez, 3 grappes et demi ont été abandonnées sans que cela n'ait affecté les résultats de la région.

Tous les membres des ménages tirés ont été identifiés à l'aide du questionnaire ménage. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans ces ménages ont été enquêtées individuellement. En outre, ces femmes, de même que tous les enfants âgés de moins de 5 ans, ont été mesurés et pesés et, en outre, dans un ménage sur deux, ils ont fourni un échantillon de sang pour estimer la prévalence de l'anémie et du VIH chez les femmes et la prévalence de l'anémie chez les enfants.

De plus, dans le sous-échantillon des ménages ayant servi au test de sang chez les femmes et les enfants, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont également été enquêtés individuellement et testés pour le VIH.

2.4 Cartographie et collecte des données

L'opération de cartographie et de dénombrement des 480 grappes de l'échantillon s'est déroulée sur le terrain du 27 août au 9 décembre 2011, soit en trois mois et demi. Douze équipes composées de 2 agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés, étaient chargés de ce travail.

Un pré-test des questionnaires a été effectué du 8 au 13 novembre 2011 : vingt-quatre agents ont été recrutés, formés et déployés en zone urbaine (Niamey) et en zone rurale non loin de Niamey. Les enseignements tirés de ce pré-test ont permis de finaliser les questionnaires et les manuels d'instructions du personnel de collecte.

La formation pour l'enquête principale s'est déroulée du 20 décembre 2011 au 23 janvier 2012. Cent soixante-huit personnes (dont 20 agents de saisie) ayant, au moins, un niveau de fin d'études secondaires ont suivi la formation. À l'issue de la formation, les meilleurs candidats ont été retenus pour la collecte et répartis en vingt équipes, composées chacune d'un chef d'équipe, d'une contrôlease, d'un enquêteur homme et de trois agents enquêtrices. Quarante-quatre agents ont été formés pour relever les mesures anthropométriques et prélever les gouttes de sang pour les tests d'anémie et du VIH.

La collecte des données sur l'ensemble du territoire national a débuté le 10 février 2012 et s'est achevée le 24 juin 2012.

2.5 Traitement des données

Au cours de l'EDSN-MICS IV, les interviews ont été conduites à l'aide des questionnaires sur papier. Les questionnaires remplis ont été acheminés au bureau central de l'enquête à Niamey, pour être édités, puis saisis. La saisie des questionnaires a été effectuée en utilisant le logiciel CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis et le Programme DHS. Une personne au bureau central était chargée de la réception des questionnaires et 10 autres personnes étaient chargées de la vérification/codification des questionnaires. Une équipe de saisie composée de 20 agents était chargée de la saisie des questionnaires. La saisie des questionnaires a débuté le 25 mars 2012 et s'est achevée le 24 août 2012, soit cinq (5) mois.

À la fin de la collecte sur le terrain, les données saisies au bureau central ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par un informaticien et un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes antérieures similaires.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de EDSN-MICS IV, un échantillon de 480 grappes a été tiré. Au total, 11 900 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 10 969 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 10 969 ménages, 10 750 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de 98 % (Tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Dans les 10 750 ménages enquêtés, 11 698 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 11 160 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 95 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 4 445 hommes étaient éligibles et 3 928 ont été interviewés (taux de réponses de 88 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu urbain sont pratiquement les mêmes que ceux obtenus en milieu rural chez les femmes. Chez les hommes, le taux de réponse est un peu plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (93 % contre 81 %).

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Niger 2012

Résultat	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	3 250	8 650	11 900
Ménages occupés	3 054	7 915	10 969
Ménages interviewés	2 977	7 773	10 750
Taux de réponse des ménages ¹	97,5	98,2	98,0
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	3 647	8 051	11 698
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 400	7 760	11 160
Taux de réponse des femmes éligibles ²	93,2	96,4	95,4
Interview des hommes de 15-64 ans			
Effectif d'hommes éligibles	1 692	2 753	4 445
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 368	2 560	3 928
Taux de réponse des hommes éligibles ²	80,9	93,0	88,4

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés

² Enquêtes interviewés/Enquêtés éligibles

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDSN-MICS IV. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'ethnie, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. Pour chaque catégorie, le tableau présente l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés dans chaque catégorie, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes auquel on a redonné son poids réel dans la population totale du Niger. Bien que l'enquête ait porté sur les hommes de 15-59 ans, dans ce tableau et dans tous les tableaux suivants, les résultats détaillés par caractéristiques sociodémographiques sont limités aux hommes de 15-49 ans de façon à pouvoir les comparer directement aux femmes.

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 16 % de femmes et 21 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 20 % de femmes et 15 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges 25-29 ans. Puis, au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution régulière des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 89 % de femmes et 65 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (33 % contre 8 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est nettement plus élevée chez les femmes (4 %) que chez les hommes (2 %).

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	16,4	1 830	1 901	20,5	696	720
20-24	17,8	1 992	1 968	12,0	405	428
25-29	20,4	2 276	2 281	14,9	504	493
30-34	16,6	1 849	1 845	13,9	471	476
35-39	12,9	1 444	1 421	14,4	489	501
40-44	8,9	989	995	12,9	436	438
45-49	7,0	779	749	11,5	389	365
État matrimonial						
Célibataire	7,9	883	1 179	33,2	1 125	1 233
En union	88,6	9 881	9 509	65,2	2 211	2 137
Divorcé(e)/séparé(e)/Veuve/veuf	3,6	396	472	1,5	53	51
Milieu de résidence						
Urbain	18,8	2 095	3 400	25,9	877	1 251
Rural	81,2	9 065	7 760	74,1	2 512	2 170
Région						
Agadez	1,9	217	747	2,5	83	242
Diffa	2,8	314	975	3,8	128	396
Dosso	12,3	1 372	1 500	11,7	398	432
Maradi	21,0	2 343	2 024	20,5	694	567
Tahoua	22,6	2 521	1 771	18,4	624	426
Tillabéry	12,4	1 380	1 339	12,1	411	390
Zinder	18,6	2 075	1 425	18,1	615	406
Niamey	8,4	936	1 379	12,9	437	562
Niveau d'instruction						
Aucun	80,0	8 928	8 326	59,5	2 018	1 902
Primaire	11,4	1 276	1 439	20,5	694	698
Secondaire ou +	8,5	945	1 373	19,5	661	804
Ensemble 15-49 ¹	100,0	11 160	11 160	100,0	3 389	3 421
50-64	na	na	na	na	539	507
Ensemble 15-64	na	na	na	na	3 928	3 928

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

na = Non applicable

¹ Y compris 12 cas (pondérés) de femmes de 15-49 ans et 22 cas (non pondérés) de femmes de 15-49 ans, 16 cas (pondérés) d'hommes de 15-49 ans et 17 cas (non pondérés) d'hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

La répartition selon le milieu de résidence montre que 19 % des femmes et 26 % des hommes résident en milieu urbain. La répartition géographique de la population reflète bien le poids démographique respectif de chaque région. Ainsi, le tableau 2 révèle que les régions de Maradi (21 % de femmes et d'hommes) et de Tahoua (23 % de femmes et 18 % d'hommes) sont celles qui comptent les proportions les plus élevée de femmes et d'hommes, suivi de la région de Zinder (19 % de femmes et 18 % d'hommes).

On constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 80 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 60 % chez les hommes. À l'opposé, 9 % des femmes contre 20 % des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

3.3 Fécondité

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

Le tableau 3 indique qu'en moyenne, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 7,6 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 8,1 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,6 enfants). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (Graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 25-29 ans avant de baisser de façon régulière avec l'âge. En milieu urbain, c'est dans le groupe d'âges 25-29 ans que le niveau de fécondité maximum est atteint (279 ‰) alors qu'en milieu rural la fécondité est beaucoup plus précoce puisque le taux atteint son maximum (359 ‰) dès 20-24 ans pour commencer à diminuer et atteindre 111 ‰ à 40-44 ans. De plus, si les adolescentes de 15-19 ans ne contribuent que pour 10 % à la fécondité totale du milieu urbain, elles contribuent pour 14 % à la fécondité du milieu rural.

Tableau 3. Fécondité actuelle

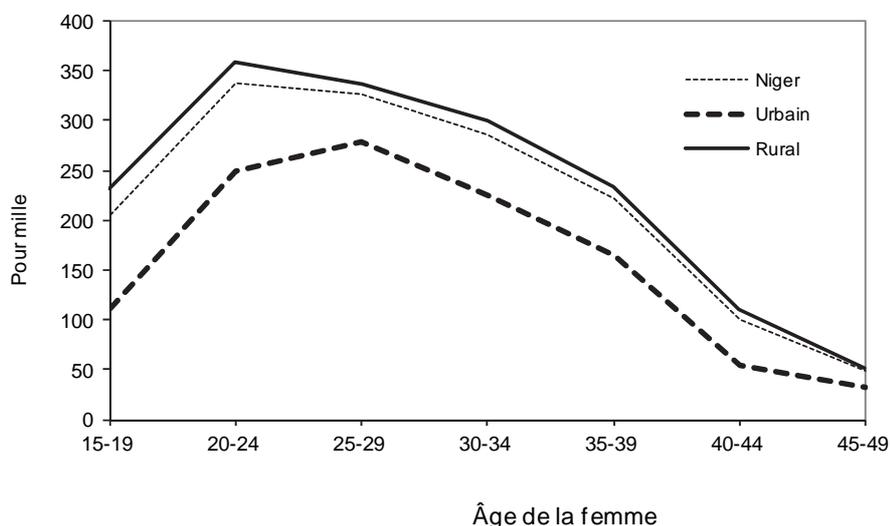
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Niger 2012

Groupe d'âges	Milieu de résidence			EDSN-III 2006
	Urbain	Rural	Ensemble	
15-19	112	231	206	199
20-24	250	359	338	302
25-29	279	336	326	296
30-34	225	300	287	271
35-39	165	234	221	203
40-44	55	111	100	105
45-49	32	52	49	44
ISF (15-49)	5,6	8,1	7,6	7,1
TGFG	193	285	268	245
TBN	39,0	48,1	46,6	46,1

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

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

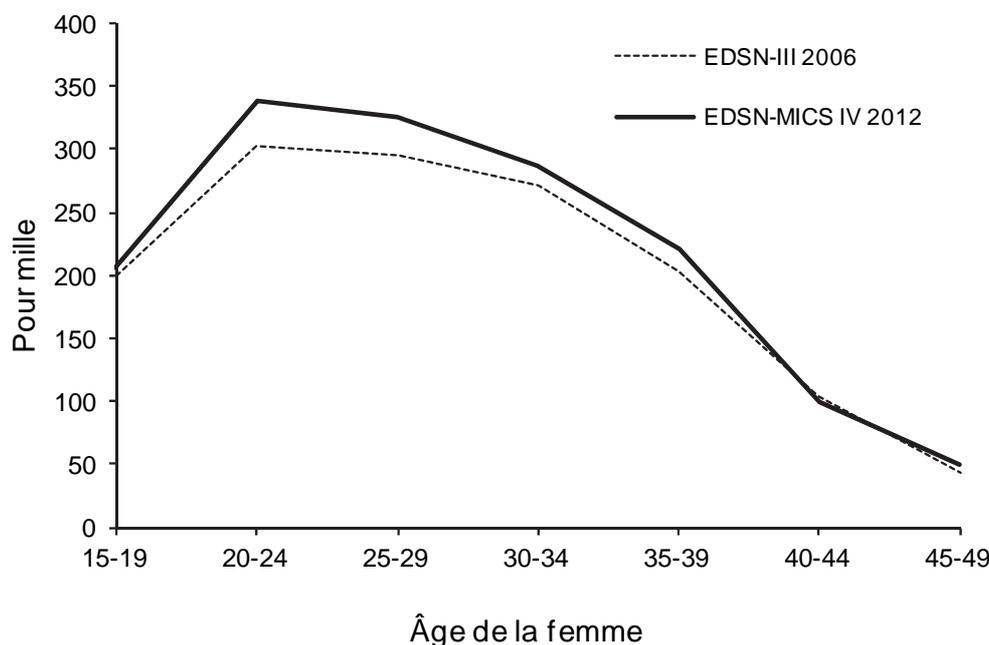
Graphique 1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



EDSN-MICS IV 2012

En 2006, l'ISF avait été estimé à 7,1 enfants par femme (6,0 en urbain et 7,4 en rural), contre 7,6 en 2012 (5,6 en urbain et 8,1 en rural). Il semblerait donc qu'il y ait eu une hausse du niveau de fécondité entre les deux enquêtes, même si le niveau semble avoir baissé en milieu urbain. La comparaison des taux par âge de 2006 et 2012 (Graphique 2) met en évidence des courbes régulières et très proches, le niveau maximum de fécondité étant toujours atteint à 25-29 ans.

**Graphique 2 Taux de fécondité par âge selon
l'EDSN-III (2006) et l'EDSN-MICS IV (2012)**



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 9 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (supplémentaires), proportion relativement faible. À l'opposé, 86 % des femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 32 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux années à venir, et 51 % souhaiteraient cet enfant plus tard (après deux ans) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances (Tableau 4). Par ailleurs, 3 % des femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais sans savoir quand. Par rapport aux données de l'EDSN-MICS III 2006, on constate que la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant n'a pas changé (9 %) ; en outre, la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance est, elle aussi, restée pratiquement la même (49 % en 2006 et 51 % en 2012). De même, la proportion de femmes qui désirent avoir un prochain enfant dans les deux années à venir (33 % en 2006 et 32 % en 2012) et celle des indécises (2 % en 2006 et en 2012) n'ont également pratiquement pas varié.

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants (supplémentaires), selon le nombre d'enfants vivants, Niger 2012

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	83,8	34,4	32,7	29,5	32,1	27,4	22,4	32,4
Veut un autre plus tard ³	7,4	59,3	61,0	60,0	55,3	54,8	42,1	50,8
Veut un autre, NSP quand	5,9	4,0	2,5	3,1	3,5	2,4	2,0	3,0
Indécise	0,3	0,5	1,1	1,7	2,8	3,3	4,4	2,4
Ne veut plus d'enfant	0,2	0,5	0,9	4,1	4,2	9,0	23,4	8,4
Stérilisée	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1
S'est déclarée stérile	0,8	1,1	1,5	1,4	2,0	2,7	5,2	2,5
Manquant	1,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	645	1 257	1 335	1 509	1 410	1 294	2 430	9 881

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente de façon importante avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % chez les femmes ayant un seul enfant vivant, la proportion passe à 1 % chez celles ayant deux enfants vivants, 4 % chez celles ayant trois enfants vivants, et atteint un maximum de 23 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. La proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est relativement élevée quel que soit le nombre d'enfants vivants, sauf chez les femmes sans enfant (7 %).

3.5 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 14 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête (Tableau 5), et la plupart utilise une méthode moderne (12 % contre 2 % pour les méthodes traditionnelles). La tendance est à la hausse depuis l'EDSN-III 2006 puisque la proportion d'utilisatrices est passée de 11 % en 2006 à 14 % à l'enquête actuelle. En ce qui concerne les méthodes modernes, y compris la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la prévalence est passée de 10 % en 2006¹ à 12 % en 2012 (Graphique 3). La prévalence contraceptive traditionnelle est pratiquement restée la même (2 %). L'augmentation de la prévalence contraceptive moderne provient essentiellement de celle de la pilule (passant de 3 % à 6 %). La pilule (6 %), la MAMA (4 %) et les injectables (2 %) sont les méthodes contraceptives moderne les plus utilisées. Au niveau des méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui constitue la méthode traditionnelle la plus utilisée, mais toutefois avec moins de 1 %.

En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 27 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne en milieu urbain contre 10 % en milieu rural. En milieu urbain, 17 % de femmes utilisent la pilule, 4 % utilisent les injectables et 4 % la MAMA. Sur le plan régional, c'est à Niamey que la prévalence contraceptive moderne est la plus élevée (32 %) tandis qu'à Tahoua, seulement 6 % de femmes en union utilisent une méthode moderne.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. Chez les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire ou plus, 30 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 18 % chez celles ayant un niveau primaire et 10 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme : en effet, très faible à 15-19 ans (6 %), la prévalence augmente, atteint un maximum de 16 % dans le groupe d'âges 25-29 ans, reste quasiment stable jusqu'à 35-39 ans puis commence à diminuer pour atteindre un minimum de 3 % à 45-49 ans. Les plus fortes proportions d'utilisatrices se situent à 20-39 ans.

On note également que le niveau d'utilisation de la contraception moderne varie peu en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme. Extrêmement faible parmi les femmes sans enfant (1,2 %), la prévalence augmente avec le nombre d'enfants mais les écarts en fonction de la parité sont très faibles.

1 Il convient de noter qu'en 2006, la MAMA avait été classée dans les méthodes traditionnelles.

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Méthode moderne					Une méthode traditionnelle		Méthode traditionnelle		N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
				DIU	Pilule	Injectable	Implant	Condom masculin	MAMA ¹	Autre	Continence périodique	Autre ²				
Groupe d'âges																
15-19	7,0	5,9	0,0	0,0	3,0	0,2	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,1	1,0	93,0	1 116
20-24	14,7	12,6	0,1	0,1	5,9	1,8	0,3	0,1	0,1	4,4	0,0	0,0	0,0	2,0	85,3	1 804
25-29	17,9	16,0	0,0	0,1	8,4	2,2	0,4	0,0	0,0	4,9	0,1	0,0	0,1	1,7	82,1	2 162
30-34	16,9	14,3	0,1	0,0	5,8	2,8	0,3	0,1	0,1	5,0	0,1	0,0	0,1	2,5	83,1	1 785
35-39	16,4	15,0	0,3	0,1	6,4	3,6	0,6	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,2	1,2	83,6	1 385
40-44	9,7	8,8	0,5	0,0	3,5	2,4	0,0	0,1	0,1	2,2	0,0	0,0	0,1	0,8	90,3	918
45-49	3,9	3,2	0,2	0,3	1,1	1,1	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4	96,1	710
Milieu de résidence																
Urbain	29,0	27,0	0,4	0,3	17,1	3,9	1,2	0,1	0,1	3,8	0,0	0,0	0,6	1,4	71,0	1 457
Rural	11,3	9,7	0,1	0,0	3,6	1,8	0,2	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	1,6	88,7	8 424
Région																
Agadez	19,4	17,8	0,8	0,2	12,0	2,4	0,7	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1	1,6	80,6	158
Diffa	12,1	11,5	0,0	0,0	8,1	1,4	0,0	0,1	0,1	1,8	0,0	0,0	0,0	0,7	87,9	279
Dosso	18,9	18,0	0,2	0,0	7,2	3,0	0,3	0,1	0,1	7,2	0,0	0,0	0,1	0,8	81,1	1 235
Maradi	11,2	6,9	0,1	0,1	2,4	1,8	0,2	0,1	0,1	2,3	0,0	0,0	0,1	4,3	88,8	2 184
Tahoua	6,5	5,8	0,1	0,0	3,9	1,1	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	93,5	2 244
Tillabéri	12,0	11,7	0,0	0,2	7,8	2,5	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,3	88,0	1 263
Zinder	17,2	16,0	0,0	0,0	3,2	2,7	0,1	0,0	0,0	9,9	0,2	0,0	0,0	1,2	82,8	1 916
Niamey	33,9	31,8	0,8	0,5	20,4	3,4	1,0	0,2	0,2	5,5	0,0	0,0	1,1	0,9	66,1	603
Niveau d'instruction																
Aucun	12,0	10,4	0,1	0,0	4,1	1,8	0,2	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	1,6	88,0	8 352
Primaire	20,5	18,4	0,1	0,0	10,2	3,5	0,4	0,0	0,0	3,9	0,2	0,0	0,4	1,7	79,5	1 014
Secondaire ou +	32,3	30,0	0,8	0,6	20,4	4,3	1,7	0,3	0,3	2,0	0,0	0,0	0,6	1,6	67,7	504
Nombre d'enfants vivants																
0	1,2	1,0	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	98,8	880
1-2	15,1	13,3	0,0	0,1	7,8	1,3	0,4	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,1	1,7	84,9	2 629
3-4	15,7	14,0	0,1	0,1	6,3	2,5	0,3	0,0	0,0	4,6	0,1	0,0	0,1	1,6	84,3	2 883
5+	14,7	12,7	0,2	0,1	4,7	3,0	0,3	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	0,1	1,9	85,3	3 488
Ensemble ³	13,9	12,2	0,1	0,1	5,6	2,1	0,3	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,1	1,6	86,1	9 881

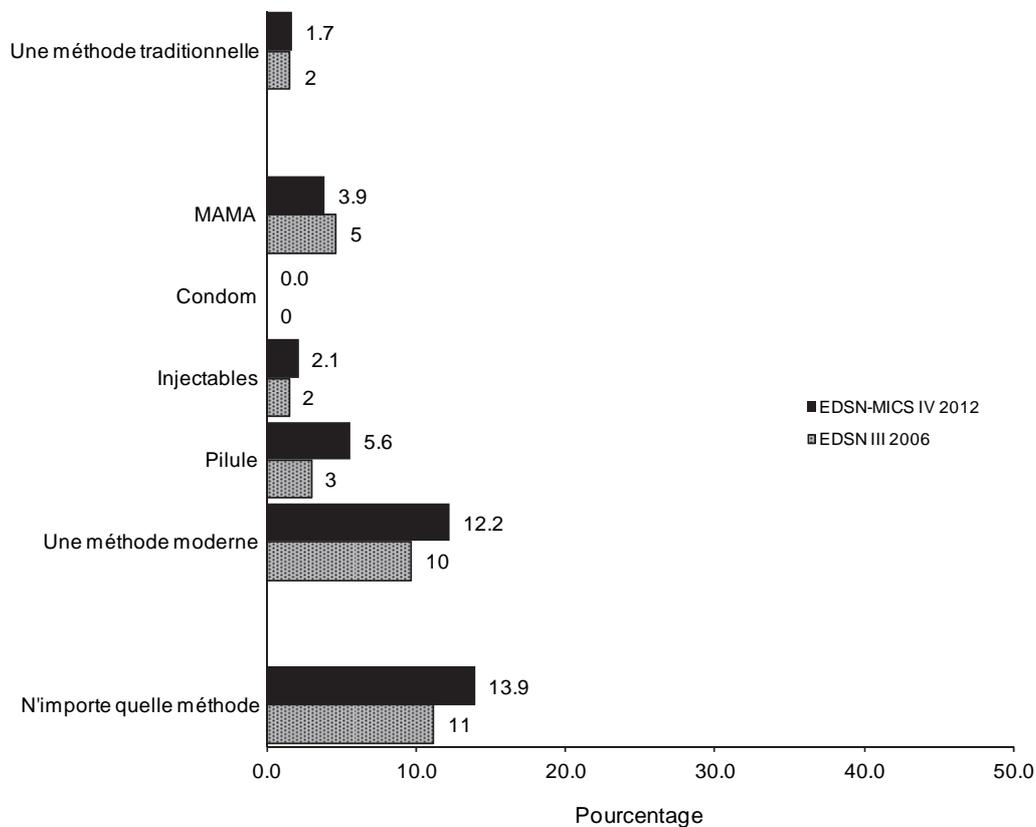
Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

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

² Y compris le retrait de presque 0,0%.

³ Y compris 11 cas de femmes en union, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

**Graphique 3 Prévalence contraceptive (femmes en union),
EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012**



3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé.

Au cours de l'EDSN-MICS IV, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête.

Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 83 % des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (Tableau 6) et cette proportion a fortement augmenté depuis l'EDSN-MICS III de 2006 (46 %) (Graphique 4). La proportion de femmes qui ont vu un professionnel de santé durant leur grossesse varie peu en fonction de l'âge. On observe, par contre, un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (97 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (81 %). On remarque aussi des disparités non négligeables selon les régions. La région de Diffa (57 %) se distingue par le taux de consultation prénatale le plus faible. À l'opposé, les régions de Niamey (98 %), Dosso (91 %) et Tillabéri (90 %) se caractérisent

par les taux les plus élevés. La proportion de femmes qui se sont rendues en visité prénatale est fortement influencée par le niveau d'instruction. Les femmes sans niveau d'instruction (81 %) sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à avoir bénéficié de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, la quasi-totalité des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (99 %) ont reçu des soins prénatals.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ³	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance						
<20	82,9	67,9	1 193	32,6	32,9	2 238
20-34	83,1	73,1	5 410	28,5	29,0	9 247
35+	81,8	67,8	1 399	29,6	30,0	1 862
Milieu de résidence						
Urbain	96,9	78,4	1 164	83,0	82,6	1 754
Rural	80,5	70,2	6 838	21,2	21,8	11 593
Région						
Agadez	75,5	64,6	124	57,1	54,6	182
Diffa	57,3	52,9	224	32,0	31,7	344
Dosso	90,8	78,2	1 005	33,2	33,2	1 631
Maradi	83,8	75,8	1 735	25,1	26,7	3 014
Tahoua	77,5	69,3	1 763	24,7	25,2	2 923
Tillabéri	89,8	76,7	1 034	28,8	29,3	1 731
Zinder	78,1	64,5	1 643	20,1	19,9	2 816
Niamey	97,7	71,6	475	86,8	86,3	705
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	80,8	69,7	6 766	24,4	24,8	11 449
Primaire	91,7	78,8	822	52,4	53,0	1 310
Secondaire ou +	98,8	85,4	407	75,1	74,9	573
Ensemble ⁴	82,9	71,4	8 002	29,3	29,8	13 347

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

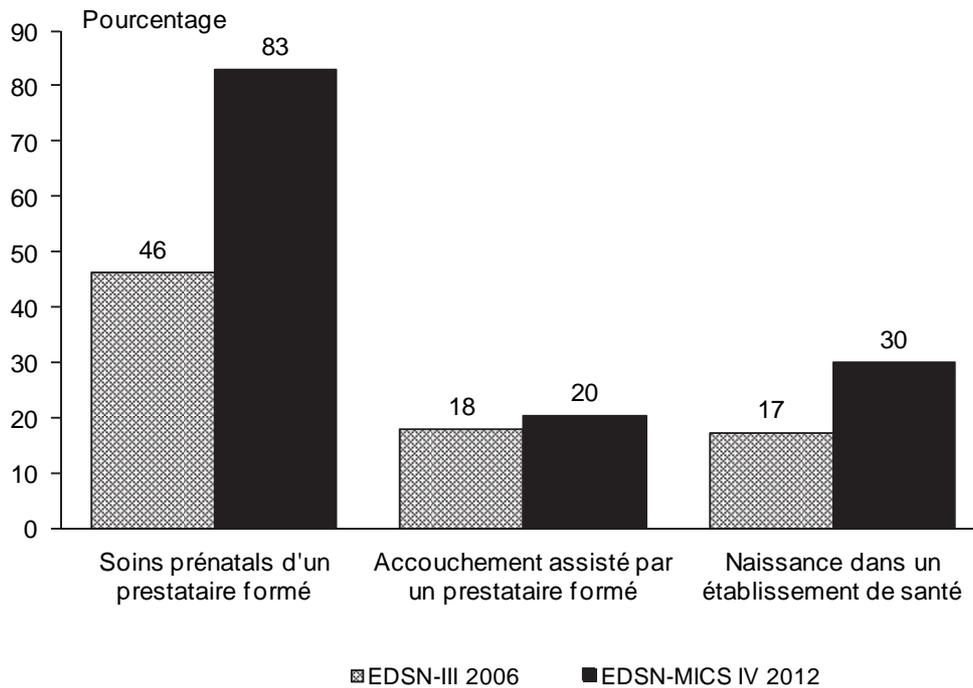
² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, 5 injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

³ Les médecins, les infirmières et sages-femmes sont considérés comme des prestataires formés pour l'assistance à l'accouchement.

⁴ Y compris 8 cas de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et 14 cas de naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pour lesquels le niveau d'instruction de la femme ou de la mère (pour les naissances) est manquant.

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

Graphique 4 Indicateurs de santé maternelle et infantile, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012



Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : près des trois quarts des femmes (71 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés de mère résidant en milieu urbain (78 %) sont plus fréquemment protégés que ceux de mère résidant en milieu rural (70 %). De même, dans les régions, les résultats montrent que la couverture en VAT est inégale : les régions de Dosso (78 %), Tillabéri (77 %), Maradi (76 %) et Niamey (72 %) sont celles où la couverture est la meilleure. En revanche, dans celle de Diffa, seulement 53 % des femmes ont reçu une protection adéquate contre le tétanos. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente avec le niveau d'instruction de la mère. Cette proportion passe de 70 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 85 % quand elle a atteint, au moins, le niveau secondaire.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère où elle avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDSN-MICS IV révèlent que seulement 30 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 17 % en 2006 (Graphique 4). Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé ne varie pas beaucoup avec l'âge. Par contre, on note un écart très important entre le milieu urbain où 83 % des femmes ont accouché en établissement de santé contre 22 % en milieu rural.

Les différences entre régions sont très importantes. Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé est inférieur à 50 % dans les régions de Zinder (20 %), Maradi (27 %), Tahoua (25 %), Tillabéri (29 %), Diffa (32 %) et Dosso (33 %) alors qu'il est de 55 % à Agadez et 86 % à Niamey. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient positivement et de façon significative avec le niveau d'instruction : de 25 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 53 % chez les femmes de niveau primaire et à 75 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, on observe que 20 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé formé lors de l'accouchement ; Cette proportion a peu changé depuis 2006. (Graphique 4). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé formé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq² contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDSN-MICS IV, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec exactitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour 65 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 52 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 4 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (44 %) ont donc été partiellement vaccinés. En particulier, 84 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 86 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq ; et dans une proportion encore plus élevée (93 %), ils ont reçu la première dose de polio ; en outre, 69 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été donnée à un peu plus de la moitié des enfants (57 %).

Pour le DTCoq et surtout la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 86 % pour la première dose de DTCoq, la couverture tombe à 79 % pour la deuxième et à 68 % pour la troisième, soit une déperdition de 21 %. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 93 %, 85 % et 75 %, soit une déperdition de 19 %.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à l'autre. À Niamey (73 %), Agadez (66 %), Dosso (61 %), Tillabéri (58 %), et Maradi (54 %), au moins la moitié des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés. À l'opposé, dans les régions de Tahoua (47 %), de Diffa (42 %) et de Zinder (41 %), les proportions sont largement en dessous des 50 %. C'est aussi dans la région de Diffa (22 %) que l'on trouve la proportion la plus élevée d'enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucun vaccin. L'instruction de la mère a aussi un effet positif sur la vaccination des enfants : le taux de couverture vaccinale complète passe de 50 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 73 % chez ceux dont la mère a, au moins, un niveau secondaire.

² Il faut noter que les enfants qui, d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère, avaient reçu des doses de Pentacoq ont été comptabilisés ici comme ayant reçu les doses correspondantes de DTCoq.

Tableau 7. Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq ¹					Polio					Rougeole	Tous les vaccins ³	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants	
		1	2	3	0 ²	1	2	3	2	3							
Sexe																	
Masculin	84,1	86,1	79,4	67,5	55,0	92,8	84,4	74,5	68,9	51,6	5,1	63,8	1 098				
Féminin	83,9	86,2	78,5	68,6	58,5	92,5	84,9	74,8	68,5	52,3	3,7	66,2	1 178				
Milieu de résidence																	
Urbain	95,1	93,9	90,4	86,3	87,8	94,9	92,1	83,4	77,9	68,6	2,5	75,8	332				
Rural	82,1	84,8	77,0	64,9	51,5	92,3	83,4	73,2	67,1	49,1	4,7	63,2	1 943				
Région																	
Agadez	90,6	87,1	83,2	75,4	70,4	86,4	84,9	84,9	76,9	65,7	7,8	58,9	31				
Diffa	74,6	66,8	64,6	52,4	53,2	73,5	71,5	55,0	59,0	41,8	21,5	44,3	55				
Dosso	85,6	93,6	87,3	78,5	67,6	95,0	88,4	79,6	74,7	60,9	1,6	77,0	308				
Maradi	87,3	87,4	80,1	68,5	53,1	93,4	87,4	77,1	69,0	54,1	2,5	66,5	479				
Tahoua	79,7	80,2	74,5	64,0	45,3	90,7	79,3	69,7	66,2	46,8	5,9	62,0	472				
Tillabéri	86,8	88,2	83,9	73,5	64,5	91,2	84,9	72,3	74,8	58,0	5,3	75,0	276				
Zinder	79,8	84,6	72,4	58,2	50,2	94,9	83,7	73,6	61,2	40,8	4,1	52,8	515				
Niamey	96,1	94,7	90,7	87,2	92,4	95,7	93,2	86,4	80,0	72,5	2,9	78,9	139				
Niveau d'instruction																	
Aucun	82,3	84,3	76,7	65,4	53,6	92,1	83,5	73,0	67,0	49,8	4,7	63,8	1 917				
Primaire	89,8	94,1	88,9	78,9	67,5	95,6	90,1	83,4	73,4	59,1	3,1	71,0	235				
Secondaire ou +	99,4	99,6	95,2	90,1	87,0	97,2	92,3	84,7	87,0	72,7	0,4	71,7	121				
Ensemble ⁴	84,0	86,2	78,9	68,1	56,8	92,7	84,7	74,7	68,7	52,0	4,3	65,0	2 275				

¹ DTCoq ou Pentacoq.

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

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

⁴ Y compris 2 enfants de 12-23 mois, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 4,4 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (Graphique 5). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 58 % d'entre eux (Tableau 8). Cependant, les nombres de cas sont trop faibles pour permettre une analyse comparative selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 8. Traitement des infections respiratoires aiguës, de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et pourcentage qui ont été traités avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO)	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ³	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	44,3	89	51,8	193	47,8	28,3	29,3	198
6-11	66,3	95	62,6	315	60,5	50,9	54,5	365
12-23	66,2	130	60,0	431	61,3	50,0	54,1	523
24-35	54,8	105	49,6	361	47,1	41,0	42,7	374
36-47	48,6	77	56,8	266	52,4	40,8	45,1	194
48-59	(64,6)	40	51,4	181	49,1	40,2	44,1	80
Sexe								
Masculin	58,6	268	54,3	866	57,9	46,2	49,1	912
Féminin	56,7	268	57,7	880	51,7	42,1	45,6	822
Milieu de résidence								
Urbain	76,9	79	65,4	251	53,3	47,1	49,8	267
Rural	54,4	457	54,5	1 495	55,3	43,8	47,0	1 467
Région								
Agadez	(82,4)	7	59,3	20	36,2	30,9	33,4	27
Diffa	*	1	(59,4)	16	40,8	40,5	55,5	30
Dosso	70,1	82	56,7	253	56,7	44,3	46,2	178
Maradi	42,4	107	50,3	286	47,4	39,9	44,9	296
Tahoua	52,4	164	49,2	422	45,9	42,3	44,0	364
Tillabéri	53,2	53	58,4	199	59,5	50,2	56,1	232
Zinder	(69,2)	73	62,7	397	67,9	45,8	46,8	442
Niamey	71,6	49	63,6	152	51,5	47,0	51,3	164
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	54,0	446	53,1	1 465	54,1	43,9	47,3	1 447
Primaire	78,6	58	71,0	187	61,8	44,1	45,9	187
Secondaire ou +	(74,0)	31	71,5	92	56,6	51,5	53,5	95
Ensemble ⁴	57,7	536	56,0	1 746	55,0	44,3	47,4	1 734

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

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

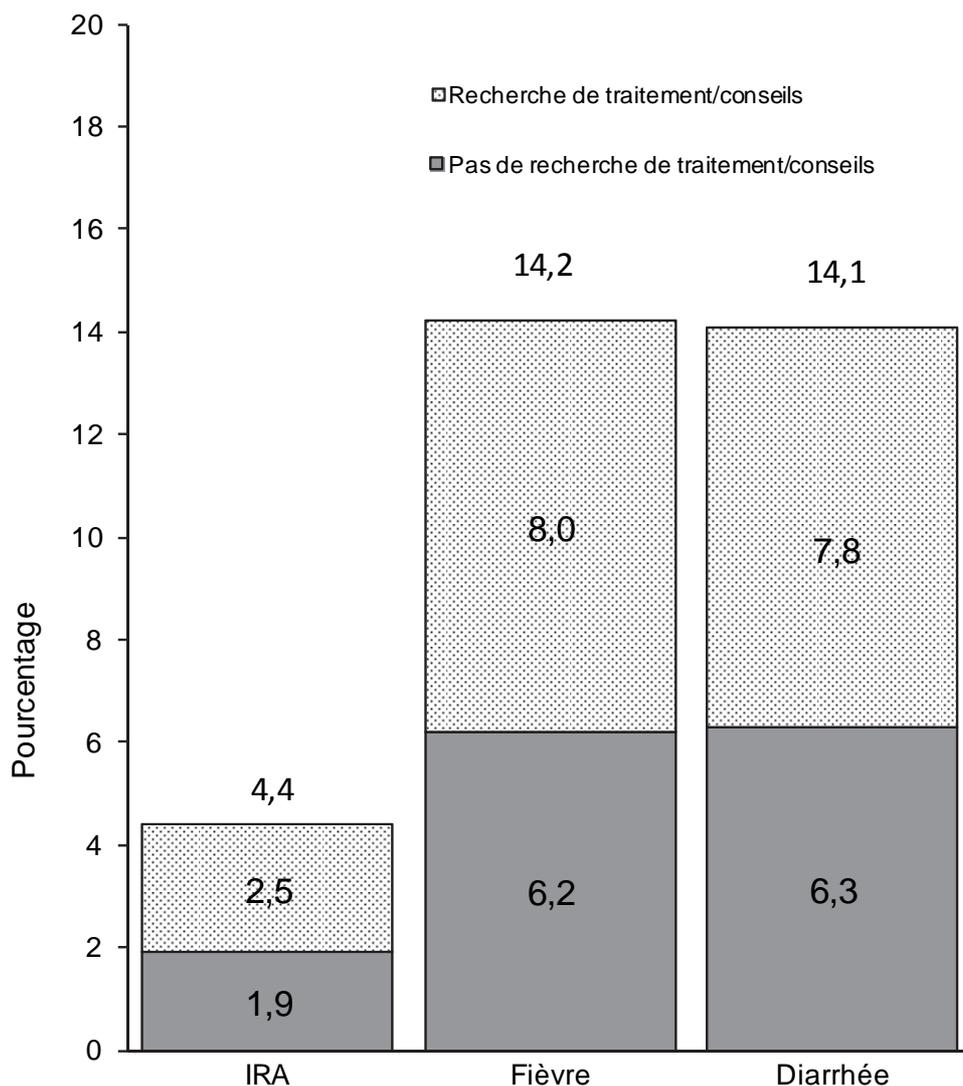
² Non compris les pharmacies, les vendeurs ambulants, et les boutiques.

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les solutions maison recommandées.

⁴ Y compris 1 cas d'enfants avec des symptômes d'IRA, 2 cas d'enfants avec la fièvre et 5 cas d'enfants avec la diarrhée, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

Dans l'ensemble, 14 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (Graphique 5). Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 56 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants du milieu rural (55 %), ceux de Tahoua (49 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (53 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas influencer de façon importante la décision de recherche d'un traitement (58 % pour les filles contre 54 % pour les garçons).

Graphique 5 Prévalence des maladies des enfants de moins de 5 ans et recherche de traitement (EDSN-MICS IV 2012)



Par ailleurs, 14 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (Graphique 5). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 55 % de ces enfants (Tableau 8). Par ailleurs, 44 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 47 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée). Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître de variations très importantes (53 % en milieu urbain contre 55 % en milieu rural pour la recherche de traitement ; 50 % en milieu urbain et 47 % en milieu rural pour le recours à la TRO).

3.9 Indicateurs du paludisme

La lutte contre le paludisme occupe une place importante dans toutes les politiques et stratégies nationales de développement mises en place ces dernières années. Ainsi, dans l'étude Prospective Nationale Niger 2025, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté et le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ont retenu la lutte contre le paludisme comme un des axes stratégiques prioritaires de lutte contre la pauvreté.

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludéens, et la prise préventive d'antipaludéens par les femmes enceintes constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSN-MICS IV permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et leur utilisation par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Il ressort du tableau 9, qu'au Niger, plus de sept ménages sur dix possèdent, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (72 %). Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (79 %) qu'en milieu rural (71 %). En ce qui concerne les MII, les proportions sont de 70 % pour les ménages du milieu urbain et de 60 % pour ceux du milieu rural. Dans l'ensemble, 61 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire de ce type.

Tableau 9. Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant eu de la fièvre avec des antipaludéens, selon le milieu de résidence, Niger 2012

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	79,4	1 757	70,7	8 993	72,1	10 750
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	69,9	1 757	59,6	8 993	61,3	10 750
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	43,8	1 756	21,3	11 552	24,3	13 308
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	37,2	1 756	17,6	11 552	20,1	13 308
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	49,0	1 332	26,0	7 786	29,4	9 118
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	41,5	209	21,2	1 367	23,9	1 576
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	33,2	209	17,9	1 367	19,9	1 576
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	45,2	154	26,8	913	29,4	1 067
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	84,3	710	72,0	4 433	73,7	5 143
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	41,0	710	33,8	4 433	34,8	5 143
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	15,4	1 705	14,0	10 563	14,2	12 268
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête pourcentage de ceux qui ont pris :						
Un antipaludéen quelconque	29,3	263	17,4	1 483	19,2	1 746
Coartem	23,9	263	13,7	1 483	15,3	1 746
Arsucam	0,3	263	0,8	1 483	0,7	1 746
Sel de cloroquine	3,6	263	2,4	1 483	2,6	1 746
Autre antipaludéen	4,0	263	0,9	1 483	1,4	1 746
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre :						
Un antipaludéen quelconque	25,9	263	12,4	1 483	14,5	1 746
Coartem	21,8	263	9,8	1 483	11,6	1 746
Arsucam	0,3	263	0,4	1 483	0,4	1 746
Sel de cloroquine	3,0	263	1,6	1 483	1,8	1 746
Autre antipaludéen	3,2	263	0,8	1 483	1,1	1 746

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

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

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire, quelle qu'elle soit, est de 24 % : elle varie de 44 % en milieu urbain à 21 % en milieu rural. Étant donné que la possession de MII n'est pas encore généralisée, la proportion d'enfants ayant dormi sous une MII n'est pas très élevée (20 %). Cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain que rural (37 % contre 18 %). Par ailleurs, si on se limite aux seuls enfants qui vivent dans un ménage possédant au moins une MII, on constate un taux d'utilisation des MII plus élevé par les enfants (29 %). Ce taux d'utilisation des MII atteint 49 % en milieu urbain contre 26 % en milieu rural.

En ce qui concerne les femmes enceintes, on constate qu'en moyenne près d'un quart (24 %) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête ; cette proportion varie de 42 % en milieu urbain à 21 % en milieu rural. La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MII est de 20 % (33 % en milieu urbain et 18 % en milieu rural). Par ailleurs, la proportion de femmes enceintes vivant dans un ménage ayant une MII et ayant dormi sous ce type de moustiquaire est de 29 %. Cette proportion est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 45 % et 27 %).

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

Pour seulement 74 % des dernières naissances ayant eu lieu au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse : 84 % en milieu urbain et 72 % en milieu rural. Par contre, la proportion de femmes ayant reçu, au cours des visites prénatales, comme on le recommande, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar n'est que de 35 % et ne présente que peu de variation selon le milieu de résidence (41 % en milieu urbain et 34 % en milieu rural).

Pendant la collecte des données, on a également demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans ce cas, quels antipaludéens avaient été pris par cet enfant. Parmi les enfants de moins de cinq ans, 14 % avait eu de la fièvre dans les deux semaines précédentes. Cette proportion est quasiment identique en milieu urbain (15 %) et en milieu rural (14 %). Parmi ces enfants, 19 % ont pris un antipaludéen, dont la majorité ont pris une Combinaison à base d'Artémisinine, le Coartem (15 %) et le sel de chloroquine (3 %). Dans 15 % des cas, l'antipaludéen a été pris rapidement après l'apparition de la fièvre. Le recours aux antipaludéens est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (29 % contre 17 %) et, en particulier le recours à une Combinaison à base d'Artémisinine comme le Coartem (24 % contre 14 %).

3.10 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 10 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

L'allaitement est une pratique quasi universelle au Niger et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 98 % des enfants de moins de six mois sont allaités et qu'à 12-15 mois, 93 % le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-

5 mois, seulement un enfant sur cinq (23 %) n'a reçu que du lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. Dans 77 % des cas, ces enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau seulement (56 %), des jus et autres liquides non lactés (8 %), des aliments de complément (8 %) et d'autres laits (4 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que la recommandation, selon laquelle il est nécessaire d'introduire des aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois, n'est pas encore complètement suivie : en effet, seulement 65 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon (3 % des enfants de 0-5 mois).

Tableau 10. Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaités et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Niger 2012

Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/ liquides non-lactés	Allaités et autre laits	Allaités et aliments de complément					
0-1	2,7	34,0	52,5	6,1	2,6	2,1	100,0	97,3	415	4,1	421
2-3	1,3	24,0	61,4	5,9	2,8	4,6	100,0	98,7	574	2,9	583
4-5	1,6	13,3	52,1	10,5	6,0	16,5	100,0	98,4	491	2,1	495
6-8	1,2	1,8	20,2	14,2	1,4	61,2	100,0	98,8	695	2,0	701
9-11	2,2	0,2	7,6	6,6	2,0	81,5	100,0	97,8	584	3,0	593
12-17	8,9	0,3	2,9	3,9	0,3	83,6	100,0	91,1	1 333	1,8	1 370
18-23	41,6	0,0	1,4	1,4	0,3	55,4	100,0	58,4	842	0,9	906
0-3	1,9	28,2	57,7	6,0	2,7	3,5	100,0	98,1	989	3,4	1 004
0-5	1,8	23,3	55,9	7,5	3,8	7,8	100,0	98,2	1 480	3,0	1 499
6-9	1,4	1,4	18,0	13,1	1,4	64,7	100,0	98,6	923	2,0	933
12-15	7,4	0,4	2,8	3,8	0,2	85,3	100,0	92,6	987	1,8	1 016
12-23	21,6	0,2	2,3	2,9	0,3	72,7	100,0	78,4	2 175	1,5	2 275
20-23	49,9	0,0	1,7	0,6	0,4	47,5	100,0	50,1	564	0,9	613

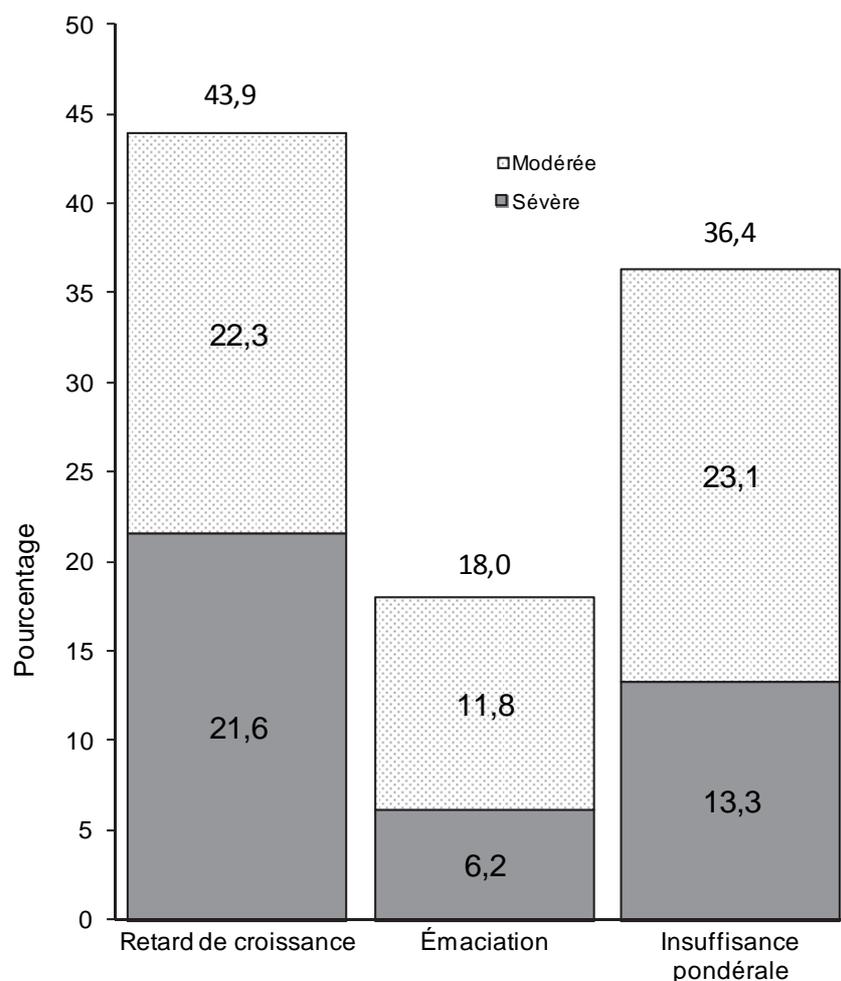
Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités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

3.11 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSN-MICS IV. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts-types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts-types en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 11 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

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

Graphique 6 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans



Dans l'ensemble, 44 % des enfants souffrent de malnutrition chronique : 22 % sous la forme sévère (Graphique 6). Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 16 % chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 31 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 59 % à 24-35 mois, et se maintient à un niveau élevé après cet âge. Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (46 % contre 30 %). La prévalence de la malnutrition chronique varie d'un minimum de 20 % à Niamey à un maximum de 54 % à Diffa et à Maradi. Dans ces deux régions et dans celle de Zinder, la malnutrition chronique touche donc plus de 50 % des enfants. Sans atteindre ces niveaux, la prévalence de la malnutrition chronique est aussi élevée dans les régions d'Agadez (40 %), de Tahoua (39 %), de Tillabéri (38 %) et de Dosso (37 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 45 % chez les enfants de mère sans instruction et de 40 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 23 % chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 11. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹			Poids-pour-taille				Poids-pour-âge				Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	
Groupe d'âges en mois												
<6	7,4	16,0	0,6	7,2	19,5	8,7	0,4	5,3	16,3	1,9	0,8	624
6-8	5,8	19,5	0,9	12,1	28,2	2,8	1,2	10,5	36,8	0,2	1,5	304
9-11	11,2	31,1	1,3	14,5	33,0	2,7	1,4	15,7	46,1	0,5	1,8	230
12-17	18,6	41,5	1,6	8,1	27,0	2,1	1,3	13,2	40,7	0,3	1,7	543
18-23	30,8	53,8	2,1	7,5	23,8	0,6	1,1	21,2	44,4	0,7	1,9	415
24-35	31,7	58,7	2,3	4,5	15,0	2,0	0,8	17,2	42,6	0,1	1,8	1 124
36-47	26,3	52,3	2,0	4,8	13,1	1,1	0,7	13,6	36,7	0,2	1,7	1 171
48-59	18,7	42,4	1,8	3,8	12,8	1,1	0,8	10,6	33,8	0,3	1,6	1 070
Sexe												
Masculin	22,8	45,8	1,8	6,9	19,2	2,6	0,9	13,8	37,2	0,5	1,6	2 751
Féminin	20,3	41,9	1,7	5,4	16,9	2,1	0,8	12,7	35,6	0,4	1,6	2 731
Milieu de résidence												
Urbain	11,4	29,6	1,3	5,7	14,2	2,6	0,7	7,4	22,8	0,4	1,2	677
Rural	23,0	45,9	1,8	6,2	18,6	2,3	0,9	14,1	38,3	0,5	1,6	4 804
Région												
Agadez	26,0	39,6	1,7	6,6	13,7	11,6	0,2	5,5	21,2	0,9	1,0	74
Diffa	29,8	54,1	2,1	20,8	36,2	2,5	1,5	34,7	58,7	0,8	2,2	116
Dosso	15,5	37,3	1,5	4,1	13,6	1,5	0,8	8,7	31,2	0,5	1,4	728
Maradi	29,3	53,5	2,0	6,5	19,0	3,7	0,8	17,6	43,0	0,5	1,7	1 291
Tahoua	16,2	38,9	1,5	6,9	20,9	2,9	1,0	11,8	33,1	0,5	1,6	1 240
Tillabéri	15,9	38,1	1,6	3,2	15,6	0,7	0,9	8,9	33,8	0,1	1,5	751
Zinder	29,2	52,0	2,0	7,7	18,8	1,5	0,9	16,4	42,3	0,5	1,8	1 018
Niamey	7,4	20,3	1,0	2,8	9,4	1,9	0,4	4,5	13,1	0,5	0,8	262
Niveau d'instruction de la mère³												
Aucun	21,7	45,0	1,7	6,2	18,1	2,3	0,9	13,3	37,5	0,4	1,6	4 476
Primaire	21,2	40,0	1,7	4,8	17,2	2,0	0,8	14,6	33,3	0,8	1,5	496
Secondaire ou +	7,9	22,5	1,0	9,3	16,3	5,4	0,7	7,1	20,4	0,5	1,1	207
Interview de la mère												
Mère interviewée	20,8	43,3	1,7	6,2	18,1	2,4	0,9	13,0	36,2	0,4	1,6	5 035
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	32,5	54,9	2,0	5,5	12,1	0,9	0,8	19,6	42,5	2,1	1,7	147
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	29,3	49,1	2,0	6,1	19,1	2,0	0,8	15,0	36,8	0,0	1,7	296
Ensemble ^{5,6}	21,6	43,9	1,7	6,2	18,0	2,4	0,9	13,3	36,4	0,4	1,6	5 481

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

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

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

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

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

⁵ Y compris 4 cas d'enfants, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

⁶ Y compris 2 cas d'enfants, pour lesquels l'interview de la mère est manquante.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 18 % des enfants sont émaciés dont environ le tiers (6 %) sous la forme sévère (Graphique 6). Les résultats indiquent que les enfants de 6-8 mois et ceux de 9-11 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (respectivement 28 % et 33 %). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon la région de résidence : en effet, dans Diffa (36 %) et Tahoua (21 %) les niveaux de la prévalence de la malnutrition aiguë se situent parmi les plus élevés et c'est à Niamey qu'il est le plus faible (9 %).

Le surpoids et l'obésité concernent de plus en plus d'enfants dans les pays en développement, ce qui pourrait constituer dans l'avenir un nouveau problème de santé publique. Le pourcentage d'enfants dont le poids-pour-taille se situe au-dessus de deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont en situation de surpoids ou sont atteints d'obésité. Alors que 18 % des enfants souffrent d'émaciation, à l'opposé, 2 % d'enfants sont trop gros. C'est dans les régions d'Agadez (12 %) et de Maradi (4 %) que les proportions d'enfants présentant un surpoids ou sont obèses sont les plus élevées.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts-types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Au Niger, environ 36 % des enfants présentent une insuffisance pondérale dont un peu plus d'un tiers (13 %) sous sa forme sévère (Graphique 6). L'insuffisance pondérale touche dans une même proportion les garçons et les filles (37 % et 36 %), mais par contre, son niveau est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (38 % contre 23 %). Enfin, il faut signaler que c'est dans les régions de Diffa (59 %), de Maradi (43 %) et de Zinder (42 %) que les enfants sont également les plus touchés par l'insuffisance pondérale.

3.12 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDSN-MICS IV afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans un ménage sur deux, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. De même, on a prélevé à tous les enfants de 6-59 mois de ces ménages, une goutte de sang pour mesurer le niveau d'hémoglobine, à condition que l'un des parents ou l'adulte responsable ait autorisé les tests. La goutte de sang prélevée a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test ont été immédiatement communiqués à ces personnes.

Le tableau 12 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes. Au niveau national, 73 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 27 % souffrent d'anémie légère, 43 % souffrent d'anémie modérée, et 3 % d'anémie sévère. En milieu rural, la proportion d'enfants

Tableau 12. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	69,7	25,3	40,3	4,0	635
Rural	73,9	27,6	43,6	2,8	4 330
Région					
Agadez	76,4	29,4	44,2	2,8	79
Diffa	87,7	20,0	65,6	2,1	141
Dosso	75,4	21,8	47,3	6,3	643
Maradi	68,7	25,4	41,4	2,0	1 152
Tahoua	73,6	31,2	40,9	1,4	1 155
Tillabéri	70,1	28,5	39,2	2,4	678
Zinder	76,3	31,1	42,1	3,1	864
Niamey	78,5	19,3	52,5	6,6	253
Ensemble	73,4	27,3	43,2	2,9	4 965
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	42,4	32,9	8,7	0,8	901
Rural	46,5	32,7	13,0	0,9	4 159
Région					
Agadez	50,0	37,5	10,8	1,7	97
Diffa	17,1	9,9	7,2	0,0	140
Dosso	58,1	38,3	18,6	1,2	679
Maradi	42,7	31,8	9,8	1,1	1 066
Tahoua	40,5	30,2	9,8	0,5	1 177
Tillabéri	46,4	33,2	12,5	0,7	670
Zinder	50,3	33,8	15,6	1,0	823
Niamey	47,4	36,7	10,0	0,7	407
Ensemble	45,8	32,7	12,2	0,9	5 060

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

anémiés est légèrement plus élevée qu'en milieu urbain (74 % contre 70 %). Par contre, la prévalence de l'anémie sévère est pratiquement la même dans les deux milieux de résidence (4 % et 3 %). C'est à Niamey (7 %) et dans la région de Dosso (6 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 46 % des femmes souffrent d'anémie : 33 % souffrent d'anémie légère, 12 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Comme chez les enfants, on note chez les femmes une prévalence légèrement plus élevée en milieu rural qu'urbain (47 % contre 42 %). C'est à Agadez que la prévalence de l'anémie sévère chez les femmes est la plus élevée (2 %).

3.13 Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile comptent parmi les indicateurs les plus appropriés pour évaluer la situation socio-économique d'un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constitue l'un des principaux objectifs de l'EDSN-MICS IV. Le calcul des indices est basé sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés :

- 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ;
- 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le quatrième anniversaire ;
- 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son quatrième anniversaire ;
- 4) les composantes de la mortalité infantile que sont :
 - le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et
 - le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 13 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2012. Pour la période des 5 dernières années avant l'EDSN-MICS IV, le risque de mortalité infantile est évalué à 51 ‰ ; ce niveau se décompose de la manière suivante : 24 ‰ pour la mortalité néonatale et 26 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 81 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 127 ‰. En d'autres termes, au Niger, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Tableau 13. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

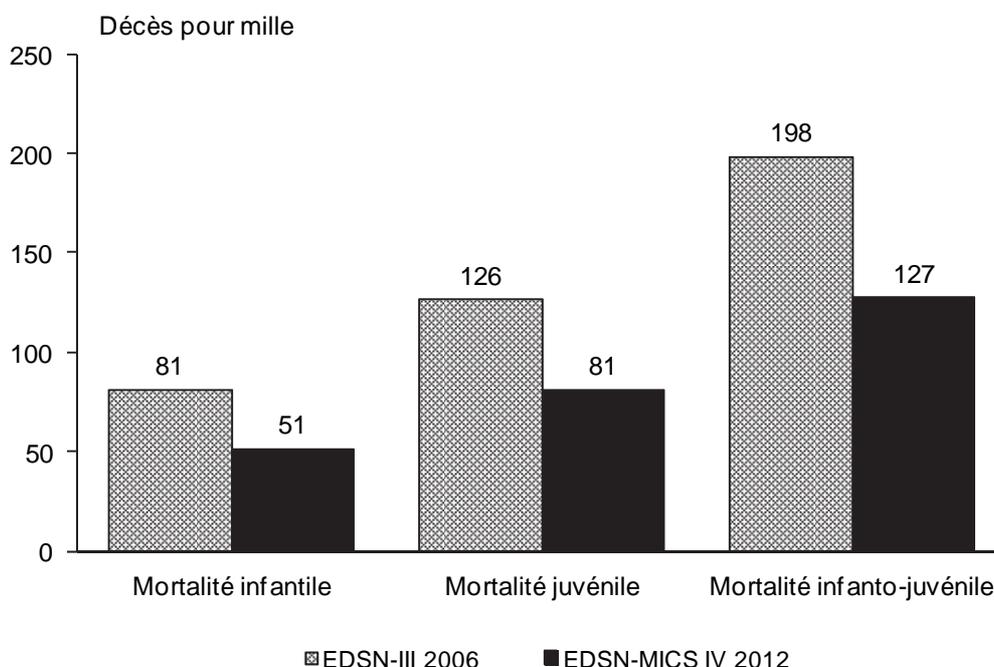
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, Niger 2012

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	24	26	51	81	127
5-9	39	40	79	110	180
10-14	38	54	92	153	231

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

Le graphique 7 présente l'évolution des quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile d'après les résultats de l'EDN-III en 2006 et de l'EDSN-MICS IV en 2012. Ces résultats mettent en évidence une tendance générale à la baisse des risques de décès des enfants avant l'âge de 5 ans.

Graphique 7 Tendence de la mortalité infantile et juvénile, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012



3.14 Connaissance du VIH/sida

Au cours de l'EDSN-MICS IV, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions pour évaluer leur connaissance du VIH/sida, de ses modes de transmission et de prévention ; en outre, au cours de l'enquête, on a aussi posé aux femmes et aux hommes des questions sur leurs comportements sexuels.

À la lecture du tableau 14, on constate que, dans l'ensemble, une majorité de femmes (86 %) et la quasi-totalité des hommes (97 %) ont déclaré avoir déjà entendu parler du VIH/sida et ces proportions ne varient que très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.

Cependant, bien que la grande majorité de la population nigérienne ait déjà entendu parler du VIH/sida, on constate que les moyens de prévention sont moins bien connus : seulement 48 % des femmes et 66 % des hommes savent que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permettent d'éviter de contracter le virus. (Tableau 15). Les hommes sont légèrement mieux informés que les femmes sur ces moyens d'éviter l'infection. Par rapport à l'enquête de 2006 on ne note pas d'amélioration de la connaissance des moyens de prévention puisque la proportion de femmes qui connaissent ces deux moyens est passée de 53 % à 48 %. Chez les hommes, on ne note pas de changement (65 % contre 66 % (Graphique 8).

Tableau 14. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	82,3	3 822	93,2	1 101
15-19	80,5	1 830	90,8	696
20-24	84,0	1 992	97,3	405
25-29	88,1	2 276	97,4	504
30-39	88,0	3 294	98,2	959
40-49	87,3	1 768	98,3	824
Etat matrimonial				
Célibataire	85,8	883	93,5	1 125
A déjà eu des rapports sexuels	96,2	36	99,4	156
N'a jamais eu de rapports sexuels	85,3	847	92,6	969
En union	86,0	9 881	98,0	2 211
En rupture d'union	85,9	396	97,3	53
Milieu de résidence				
Urbain	96,1	2 095	98,8	877
Rural	83,6	9 065	95,7	2 512
Région				
Agadez	83,1	217	88,0	83
Diffa	95,1	314	83,1	128
Dosso	92,2	1 372	98,4	398
Maradi	83,1	2 343	98,5	694
Tahoua	82,9	2 521	95,8	624
Tillabéri	91,9	1 380	97,1	411
Zinder	78,4	2 075	95,3	615
Niamey	97,8	936	99,2	437
Niveau d'instruction				
Aucun	83,5	8 928	95,0	2 018
Primaire	93,9	1 276	98,0	694
Secondaire ou +	98,1	945	99,3	661
Ensemble 15-49 ¹	86,0	11 160	96,5	3 389
50-59	na	na	97,4	539
Ensemble 15-59	na	na	96,6	3 928

na: Non applicable

¹ Y compris 12 femmes de 15-49 ans et 16 hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

Le tableau 15 montre par ailleurs que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance des moyens d'éviter le virus est étroitement liée au niveau d'instruction. Cependant, que ce soit chez les femmes et chez les hommes ayant le niveau d'instruction le plus élevé (secondaire ou plus), on constate que le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être généralisé (respectivement 74 % et 80 %).

On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent un peu plus fréquemment ces deux méthodes de prévention que ceux du rural (respectivement 65 % contre 44 % et 75 % contre 63 %). Au niveau régional, les résultats montrent que ce sont les femmes de Dosso (68 %), de Niamey (65 %), Diffa (58 %) et Tillabéri (56 %) qui sont les mieux informées, alors qu'à Zinder (32 %) et Tahoua (42 %), les proportions de celles qui connaissent ces deux moyens de prévention sont beaucoup plus faibles. Chez les hommes, à l'exception des régions de Dosso et de Niamey qui se caractérisent par les proportions les plus élevées d'hommes qui connaissent ces deux moyens de prévention (respectivement 83 % et 77 %), on ne note pas d'écart important entre les autres régions.

Tableau 15. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter le VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter le VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	45,5	64,7	43,5	3 822	64,5	79,8	61,9	1 101
15-19	40,1	61,4	38,1	1 830	58,7	76,8	56,5	696
20-24	50,5	67,7	48,5	1 992	74,6	85,1	71,3	405
25-29	53,3	71,5	50,9	2 276	69,7	87,7	68,0	504
30-39	53,1	72,6	50,6	3 294	70,9	88,8	67,9	959
40-49	52,9	72,9	50,4	1 768	72,5	88,1	70,2	824
État matrimonial								
Célibataire	51,4	66,9	48,7	883	65,7	81,2	62,9	1 125
A déjà eu des rapports sexuels	82,0	86,0	79,7	36	92,5	93,5	86,6	156
N'a jamais eu de rapports sexuels	50,1	66,1	47,3	847	61,4	79,2	59,1	969
En union	50,2	69,8	48,0	9 881	70,6	87,6	68,2	2 211
En rupture d'union	54,5	73,4	51,5	396	75,0	93,8	74,1	53
Milieu de résidence								
Urbain	67,3	82,8	64,5	2 095	77,7	91,5	75,4	877
Rural	46,6	66,7	44,4	9 065	66,0	83,5	63,4	2 512
Région								
Agadez	45,6	56,5	43,1	217	59,7	78,1	56,7	83
Diffa	58,8	83,7	57,8	314	51,2	77,7	50,0	128
Dosso	70,1	78,4	67,9	1 372	84,1	97,7	83,4	398
Maradi	47,0	68,7	45,7	2 343	68,5	87,3	66,6	694
Tahoua	44,8	69,7	41,8	2 521	67,8	84,5	66,1	624
Tillabéri	57,3	83,7	55,6	1 380	64,8	92,4	63,5	411
Zinder	34,9	48,0	32,3	2 075	60,9	71,2	55,4	615
Niamey	68,8	85,1	64,8	936	80,4	90,8	77,0	437
Niveau d'instruction								
Aucun	45,9	66,0	43,6	8 928	63,4	81,5	60,5	2 018
Primaire	63,4	80,9	60,8	1 276	73,8	88,9	71,5	694
Secondaire ou +	76,4	89,0	74,2	945	81,8	94,6	80,1	661
Ensemble 15-49 ³	50,5	69,7	48,2	11 160	69,0	85,6	66,5	3 389
50-59	na	na	na	na	61,4	84,2	60,0	539
Ensemble 15-59	na	na	na	na	68,0	85,4	65,6	3 928

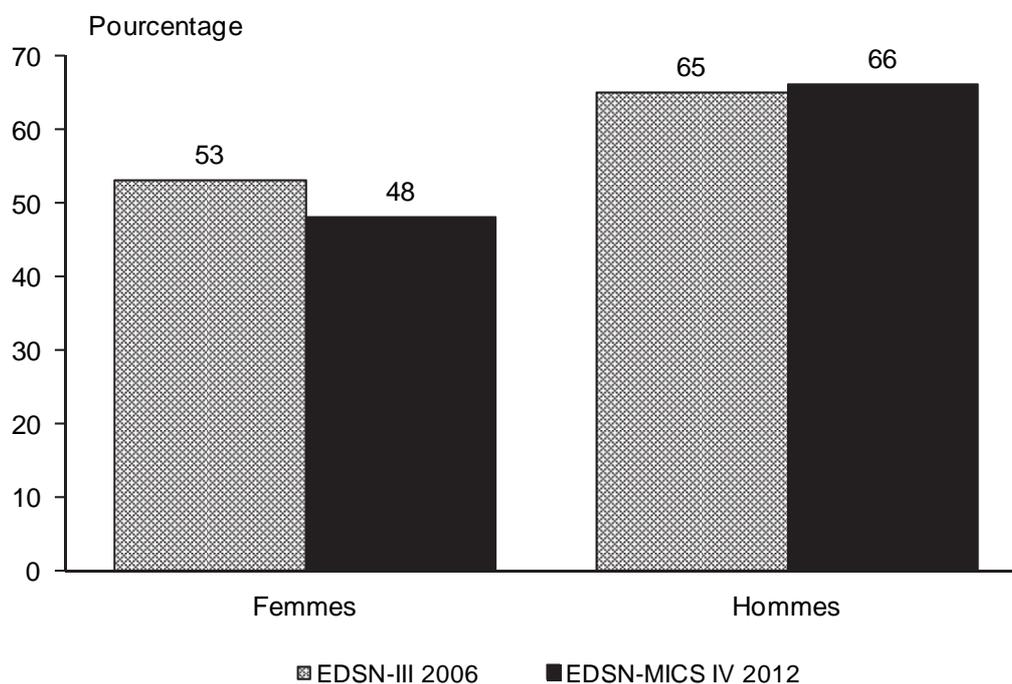
na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

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

³ Y compris 12 femmes de 15-49 ans et 16 hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

Graphique 8 Connaissance des moyens de prévention du VIH, EDSN-III 2006 et EDSN-MICS IV 2012



3.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au regard du tableau 16.1, on constate que moins de 1 % (0,3 %) des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est très faible dans tous les sous-groupes de femmes.

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 2,1 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Étant donné le faible nombre de cas, il n'est pas possible d'analyser les différentiels.

Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 1,2 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen ne présente guère de variation. Tout au plus, peut-on souligner que parmi les célibataires et les femmes en rupture d'union, il est un peu plus élevé que dans les autres sous-groupes de femmes (respectivement 1,7 et 1,5).

Tableau 16.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels; nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	0,2	3 822	*	7	1,1	3 012
15-19	0,1	1 830	*	2	1,1	1 148
20-24	0,3	1 992	*	5	1,2	1 864
25-29	0,6	2 276	*	14	1,2	2 235
30-39	0,3	3 294	*	9	1,3	3 263
40-49	0,3	1 768	*	5	1,3	1 758
État matrimonial						
Célibataire	0,2	883	*	2	1,7	35
En union	0,3	9 881	(0,0)	32	1,2	9 840
En rupture d'union	0,2	396	*	1	1,5	393
Milieu de résidence						
Urbain	0,4	2 095	*	8	1,2	1 639
Rural	0,3	9 065	(0,0)	27	1,2	8 628
Région						
Agadez	0,3	217	*	1	1,1	176
Diffa	0,8	314	*	3	1,0	292
Dosso	0,1	1 372	*	1	1,2	1 279
Maradi	0,8	2 343	*	19	1,2	2 208
Tahoua	0,0	2 521	*	0	1,2	2 356
Tillabéri	0,2	1 380	*	2	1,2	1 296
Zinder	0,2	2 075	*	3	1,3	1 965
Niamey	0,7	936	*	7	1,2	695
Niveau d'instruction						
Aucun	0,3	8 928	(0,0)	28	1,2	8 594
Primaire	0,4	1 276	*	5	1,2	1 098
Secondaire ou +	0,3	945	*	3	1,2	566
Ensemble ²	0,3	11 160	(2,1)	35	1,2	10 268

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

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.

² Y compris 12 femmes de 15-49 ans et 11 femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, pour lesquelles le niveau d'instruction est manquant.

Le tableau 16.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 13 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est plus élevée dans les groupes d'âges 30-39 ans (20 %) et 40-49 ans (26 %). En outre, on note que les hommes en union (19 %), ceux du milieu rural (15 %) et ceux sans instruction (16 %) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir eu au moins 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois. Ce résultat s'explique probablement, en partie, par la pratique de la polygamie. Au niveau régional, le multipartenariat est plus fréquent parmi les hommes de la région de Maradi (21 %), de Dosso (17 %) et de Tillabéri (13 %). À l'opposé, dans la région d'Agadez, seulement 4 % des hommes ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuelles.

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, 4,3 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Encore une fois et comme chez les femmes, ces résultats portent sur un nombre de cas trop faible pour être analysé selon les caractéristiques sociodémographiques.

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 2 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Parmi les célibataires, ceux ayant un niveau secondaire ou plus et ceux de Niamey, ce nombre moyen est un peu plus élevé (respectivement 4,4, 3,5 et 3,6).

Tableau 16.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes

Parmi tous les hommes de 15-59 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Niger 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	1,1	1 101	*	12	2,0	219
15-19	0,1	696	*	1	1,5	40
20-24	2,8	405	*	11	2,1	179
25-29	4,3	504	*	22	1,8	436
30-39	19,9	959	2,9	191	1,8	925
40-49	26,2	824	1,2	216	2,2	811
État matrimonial						
Célibataire	1,7	1 125	*	19	4,4	148
En union	19,1	2 211	0,7	422	1,8	2 191
En rupture d'union	0,0	53	*	0	1,8	53
Milieu de résidence						
Urbain	7,5	877	22,9	65	3,1	512
Rural	14,9	2 512	1,1	375	1,6	1 880
Région						
Agadez	4,0	83	*	3	1,6	43
Diffa	8,4	128	(0,0)	11	1,2	94
Dosso	17,3	398	1,8	69	2,1	259
Maradi	21,0	694	1,9	146	1,7	507
Tahoua	9,7	624	(0,0)	61	1,5	440
Tillabéri	12,7	411	2,5	52	1,9	307
Zinder	10,4	615	(1,3)	64	1,8	476
Niamey	8,0	437	(34,4)	35	3,6	266
Niveau d'instruction						
Aucun	16,4	2 018	0,9	331	1,6	1 644
Primaire	9,9	694	6,4	69	2,0	418
Secondaire ou +	5,9	661	(30,3)	39	3,5	320
Ensemble 15-49 ²	13,0	3 389	4,3	441	1,9	2 392
50-59	34,5	539	0,3	186	2,3	534
Ensemble 15-59	16,0	3 928	3,1	627	2,0	2 925

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

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

² Y compris 16 hommes de 15-49 ans, 2 hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois et 9 hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

