

**NIGER**

**Enquête  
Démographique et de  
Santé et à  
Indicateurs Multiples  
EDSN/MICS-III  
2006**

**Rapport  
Préliminaire**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN/MICS-III) réalisée au Niger de janvier à mai 2006 par l'Institut National de la Statistique (INS), avec la collaboration du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES). L'EDSN/MICS-III 2006 a été financée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par la Banque Mondiale par l'intermédiaire de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre le Sida (CISLS). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro. L'objectif principal de l'enquête a été de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH. Pour la réalisation des tests du VIH, elle a bénéficié de l'appui technique et logistique du CERMES .

Pour tous renseignements concernant l'EDSN/MICS-III 2006, contacter l'Institut National de la Statistique (INS), 182 Rue de la SIRBA, BP. 13416, Niamey, Niger, (Téléphone (227) 20-72-35-60, Fax : 227-20-72-21-74). Internet : <http://www.ins.ne>, e-mail : [ins@ins.ne](mailto:ins@ins.ne).

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

# NIGER

## Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDSN/MICS-III 2006

### Rapport Préliminaire

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
Niamey, NIGER

ORC MACRO  
Calverton, Maryland, USA

Septembre 2006





# TABLE DES MATIÈRES

	<b>Pages</b>
AVANT-PROPOS .....	v
I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE.....	1
A. Objectifs de l'enquête .....	1
B. Questionnaires.....	2
C. Échantillonnage.....	3
D. Test du VIH.....	3
E. Formation et collecte des données.....	4
F. Traitement des données.....	4
II - RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	6
A. Couverture de l'échantillon.....	6
B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	6
C. Fécondité .....	9
D. Utilisation de la contraception.....	10
E. Désir d'enfants (supplémentaires).....	13
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement.....	14
G. Vaccination des enfants.....	16
H. Maladies des enfants et traitement .....	19
I. Allaitement et alimentation de complément.....	21
J. État nutritionnel des enfants .....	22
K. Test d'anémie .....	24
L. Mortalité infantile et juvénile.....	25
M. Connaissance du VIH/sida .....	28
N. Utilisation du condom .....	29



## AVANT-PROPOS

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN/MICS) de 2006 est la troisième du genre réalisée au Niger au cours de ces quinze dernières années. Elle a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS) avec l'assistance technique de ORC Macro, société américaine responsable de la réalisation du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS), et avec la collaboration du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) pour le test du VIH/sida. Elle a été exécutée grâce à l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque Mondiale par l'intermédiaire de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre le Sida (CISLS).

Ce rapport présente les résultats préliminaires de cette étude. Il fournit des informations relatives :

- aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive, en particulier :
  - la fécondité ;
  - la planification familiale ;
  - le suivi prénatal ;
  - l'accouchement ;
- à la santé infantile, en particulier :
  - les vaccinations ;
  - la diarrhée ;
  - l'allaitement ;
- à l'état nutritionnel des enfants ;
- au test d'anémie auprès des enfants et des femmes ;
- à la mortalité infanto-juvénile ;
- au comportement vis-à-vis des IST et du VIH/sida.

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final, prévu pour janvier 2007. Ces résultats, étant préliminaires, peuvent être sujets à de légères modifications.

L'INS remercie tous ceux qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête, spécialement : l'UNICEF, le PNUD, la Banque Mondiale, l'UNFPA, l'OMS, la CISLS, le CERMES, HKI.

Les remerciements de l'INS s'adressent également à l'équipe technique de l'EDSN-MICS-III, au personnel de l'enquête, aux différents employés de l'INS et de ORC Macro.

L'INS tient à remercier les populations des zones concernées ainsi que les autorités administratives et coutumières pour leur assistance aux équipes chargées de la collecte des données sur le terrain.

**Mr Abdoullahi Beidou**  
**Directeur Général de l'INS**





# **I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE**

## **A. Objectifs de l'enquête**

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN/MICS-III) 2006 a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous populations des femmes de 15 à 49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 59 ans. En particulier, l'EDSN/MICS-III vise à identifier et/ou à estimer :

### **Pour l'ensemble de la population :**

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux de disponibilité et d'utilisation des services de santé ;
- les niveaux d'utilisation de sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

### **Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq 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 les 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 une méthode contraceptive ;
- 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 ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- la prévalence de l'anémie des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- le niveau de prévalence du VIH.

### **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 vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- la prévalence de l'anémie au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de prévalence du VIH.

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.

## **B. Questionnaires**

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires sont utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge et niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'évaluer les conditions environnementales et nutritionnelles dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans ont été pesés et mesurés et leur sang a été testé pour déterminer la prévalence de l'anémie. Enfin, 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 onze sections suivantes :
  - caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
  - reproduction ;
  - planification familiale ;
  - suivi pré/postnatal, allaitement, vaccination et santé des enfants ;
  - mariage et activité sexuelle ;
  - préférences en matière de fécondité ;
  - caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme ;
  - VIH/sida et autres IST ;
  - excision ;
  - fistule ;
  - mortalité maternelle.
- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les sept sections suivantes :
  - caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
  - reproduction ;
  - planification familiale ;
  - mariage et activité sexuelle ;
  - préférence en matière de fécondité ;
  - VIH/sida et autres IST ;
  - circoncision.

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, les questionnaires individuels (femme et homme) ont été traduits pendant la formation en Haoussa et Zarma (les deux principales langues nationales parlées au Niger), de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs.

### C. Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSN/MICS-III 2006 est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Quinze strates ont été définies : les 7 régions décomposées en urbain-rural et la ville de Niamey.

Au premier degré, 345 grappes ont été tirées à partir de la liste des zones de dénombrements (ZD) établie à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2001. Parmi celles-ci, 342 grappes ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif des ménages, les trois (3) autres ont été abandonnées pour cause d'insécurité.

Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir des listes établies lors de l'opération de dénombrement. Les mesures du poids et de la taille ont été prises sur toutes les femmes de 15-49 ans et sur tous les enfants âgés de moins de cinq ans dans la moitié de l'échantillon des ménages. Dans le même sous-échantillon d'un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans ont été testés pour estimer la prévalence de l'anémie et la prévalence du VIH. Tous les enfants de moins de cinq ans du même sous-échantillon ont été testés pour la mesure de la prévalence de l'anémie.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées individuellement.

Enfin, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'étude retenus sont : les 7 régions (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri et Zinder) et la Communauté Urbaine de Niamey.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe. Au total, 8 418 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage.

### D. Test du VIH/sida

Dans la moitié des ménages sélectionnés, les hommes de 15-59 ans et les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH/sida. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro à Calverton et par le comité national d'éthique du Niger.

Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et de toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié élaboré par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Comité National d'Éthique du Niger a approuvé le protocole anonyme-lié spécifique de l'EDSN/MICS-III et la version finale du consentement éclairé et volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'était pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Aux personnes éligibles qui avaient accepté, ou non, d'effectuer le test du VIH, (par signature du formulaire de consentement), on a remis une carte qui permet d'obtenir, si elles le souhaitent, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV). Au verso de cette carte était indiquée la liste de l'ensemble des CDV opérationnels sur l'ensemble du territoire national.

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe comprenait un agent de santé qui était chargé des prélèvements sur les personnes éligibles du ménage. En plus de la formation sur la méthodologie de prélèvement de sang, les agents avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test du VIH. Pour chaque personne éligible, l'agent cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. Après cela, la carte était remise à la personne éligible pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV.

Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, l'agent, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur la ligne du questionnaire correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement à l'INS, puis au laboratoire CERMES à Niamey.

#### **E. Formation et collecte des données**

Le personnel de terrain, sélectionné par la Direction de INS, a été formé pendant une période de quatre semaines. La collecte des données a débuté ensuite après cette formation avec 20 équipes. Les équipes standard, au nombre de 20, étaient composées de deux enquêtrices, une infirmière/agent de santé, un enquêteur, une contrôleuse, un chef d'équipe et un chauffeur. L'enquêteur était chargé de conduire l'enquête homme.

La formation pour le test d'anémie et du VIH a duré 7 jours pendant lesquels un spécialiste de ORC Macro a présenté et expliqué aux infirmières/agents de santé les techniques de prélèvement des gouttes de sang, de l'analyse à l'aide de « l'HemoCue » pour le test d'anémie et de l'expédition des échantillons au laboratoire CERMES pour le test du VIH.

La collecte des données a duré de janvier à mai 2006. Auparavant, en août 2005, les questionnaires avaient été testés au cours d'une enquête pilote. Ce test avait permis de réviser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête.

#### **F. Traitement des données**

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CPro, développé par le programme DHS. Un agent de bureau était chargé de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par vingt opérateurs de saisie, de janvier à juin 2006, assistés de deux contrôleurs sous la supervision d'un gestionnaire de base des données. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. Ce travail a été effectué par une équipe composée de six agents de l'INS. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique de l'INS avec l'assistance d'un informaticien et d'un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

## II – RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

### A. Couverture de l'échantillon

Des 345 grappes sélectionnées dans l'échantillon, 342 ont pu être enquêtées au cours de l'EDSN/MICS-III. Au total, 8 418 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 7 824 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 7 824 ménages, 7 660 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,9 % (tableau 1).

Enquête	Résidence				Ensemble
	Niamey	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	
<b>Enquête ménage</b>					
Nombre de ménages sélectionnés	968	1 540	2 508	5 910	8 418
Nombre de ménages occupés	922	1 466	2 388	5 436	7 824
Nombre de ménages enquêtés	913	1 449	2 362	5 298	7 660
Taux de réponse des ménages	99,0	98,8	98,9	97,5	97,9
<b>Enquête individuelle femme</b>					
Nombre de femmes éligibles	1 418	2 011	3 429	6 217	9 646
Nombre de femmes enquêtées	1 329	1 920	3 249	5 974	9 223
Taux de réponse des femmes	93,7	95,5	94,8	96,1	95,6
<b>Enquête individuelle homme</b>					
Nombre d'hommes éligibles	753	909	1 662	2 177	3 839
Nombre d'hommes enquêtés	681	827	1 508	2 041	3 549
Taux de réponse des hommes	90,4	91,0	90,7	93,8	92,4

À l'intérieur des 7 660 ménages enquêtés, 9 646 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 9 223 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 95,6 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : au total 3 839 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 3 839 hommes devant être interviewés individuellement, 3 549 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 92,4 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponses sont très satisfaisants puisqu'ils sont très largement supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage. De ce fait, le nombre de femmes enquêtées (9 223) dépasse nettement la taille de l'échantillon nécessaire pour les besoins de l'enquête (8 000) ; de même, le nombre d'hommes enquêtés (3 549) dépasse nettement le nombre fixé au départ (3 000).

### B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDSN/MICS-III. Le tableau 2 présente la répartition de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction.

Comme attendu, on remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge, surtout à partir de 30-34 ans ; chez les hommes, on observe la même tendance à la baisse.

Précisons que, dans le cadre de l'EDSN/MICS-III 2006, ont été considérés en union tous les hommes et toutes les femmes enquêtés ayant déclaré avoir un partenaire régulier, quel que soit l'état matrimonial déclaré ; de même, quel que soit l'état matrimonial déclaré, tous les hommes et toutes les femmes enquêtés ayant déclaré ne pas avoir et ne pas avoir eu de partenaire ont été considérés comme célibataires. Selon cette définition, près d'une femme sur dix (10 %) a été considérée comme célibataire, 86 % en union et 4 % en rupture d'union (veuvage et séparation). Chez les hommes, comme on pouvait s'y attendre du fait d'une entrée en union plus tardive par rapport aux femmes et du fait de la polygamie, la proportion des unions est nettement plus faible que chez les femmes (67 % contre 86 %).

Parmi les femmes enquêtées, 9 % résident dans la ville de Niamey, 11 % dans les Autres Villes et 80 % en milieu rural. Les hommes sont légèrement plus représentés que les femmes en milieu urbain et, en particulier, dans la ville de Niamey (12 % des hommes contre 9 % des femmes) ce qui pourrait, peut-être, s'expliquer par une migration du rural vers l'urbain plus importante chez les hommes.

Du point de vue régional, on peut noter que c'est dans les régions de Tahoua, Maradi et Zinder (respectivement, 20 %, 19 % et 18 %) que les femmes sont proportionnellement les plus nombreuses. À l'opposé, les régions d'Agadez, et de Diffa sont celles qui comptent les proportions les plus faibles de femmes (respectivement 3 %, et 2 %). Du point de vue régional, la population masculine est répartie de la même façon que celle des femmes.

La répartition selon le niveau d'instruction fait apparaître que huit femmes sur dix (80 %) n'ont jamais fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation contre 69 % des hommes. Seulement, 2 % des femmes et 5 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

**Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés**

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés par âge et par caractéristiques sociodémographiques, EDSN-MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Âge</b>						
15-19	18,6	1 718	1 835	17,5	620	693
20-24	17,9	1 651	1 676	13,8	490	512
25-29	19,4	1 792	1 720	13,3	472	468
30-34	14,7	1 354	1 289	12,0	425	407
35-39	12,6	1 167	1 149	10,8	382	357
40-44	9,6	883	879	10,4	369	360
45-49	7,1	658	675	9,7	343	321
50-54	na	na	na	7,8	278	258
55-59	na	na	na	4,8	171	173
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	9,9	916	1 332	31,3	1 109	1 329
Marié	85,9	7 922	7 398	66,4	2 356	2 129
Vivant ensemble	0,2	19	33	0,1	5	4
Divorcé/séparé	2,5	231	307	1,8	63	66
Veuf/Veuve	1,5	134	153	0,5	17	21
<b>Milieu de résidence</b>						
Niamey	8,9	822	1 329	12,4	441	681
Autres Villes	10,8	995	1 920	13,1	466	827
Ensemble urbain	19,7	1 817	3 249	25,6	907	1 508
Rural	80,3	7 406	5 974	74,4	2 642	2 041
<b>Région</b>						
Agadez	2,7	248	877	3,0	108	364
Diffa	2,4	221	730	2,7	95	308
Dosso	14,1	1 303	1 415	11,9	424	445
Maradi	19,0	1 752	1 171	19,1	678	458
Tahoua	20,2	1 859	1 395	18,5	658	472
Tillabéri	14,4	1 329	1 322	13,0	461	426
Zinder	18,3	1 688	984	19,3	683	395
Niamey	8,9	822	1 329	12,4	441	681
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	80,2	7 393	6 781	68,5	2 431	2 124
Primaire/alphabétisé	13,8	1 270	1 469	17,3	616	695
Secondaire premier cycle	4,6	424	724	9,4	335	457
Secondaire second cycle	1,1	100	185	2,6	92	150
Supérieur	0,4	36	64	2,1	75	123
<b>Religion</b>						
Musulmane	98,3	9 065	9 065	98,1	3 480	3 490
Chrétienne	0,7	64	68	0,7	26	31
Animiste	0,0	4	3	0,0	1	1
Sans religion	0,6	56	50	0,7	25	17
Autre	0,0	3	3	0,0	0	0
Manquant	0,4	32	34	0,5	18	10
<b>Groupe ethnique</b>						
Arabe	0,4	38	85	0,5	18	36
Djerma/Songhai	21,2	1 954	2 335	20,3	722	860
Gourmantché	0,8	70	58	0,8	30	25
Haoussa	53,1	4 894	3 956	54,9	1 950	1 573
Kanouri	5,9	540	711	6,2	219	296
Peul	6,5	602	636	7,3	259	246
Touareg	11,0	1 012	1 216	8,6	306	432
Toubou	0,4	34	91	0,5	19	40
Autre	0,8	78	133	0,8	27	41
ND	0,0	2	2	0,0	0	0
Ensemble	100,0	9 223	9 223	100,0	3 549	3 549

na = non applicable  
ND = Non déterminé



### C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Par ailleurs, les indicateurs sont calculés sur la période de cinq ans précédant l'enquête soit, approximativement, la période 2002-2006. Cette période de cinq années a été retenue comme un compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée par l'intermédiaire des 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.

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes nigériennes se caractérisent par une fécondité très élevée aux jeunes âges (199 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (302 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 7,1 enfants par femme.

Groupes d'âges	Milieu de résidence					EDSN-II 1998
	Niamey	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	
15-19	83	147	116	222	199	216
20-24	194	298	249	315	302	322
25-29	233	276	255	304	296	319
30-34	255	249	252	275	271	293
35-39	190	194	192	205	203	206
40-44	88	81	84	110	105	96
45-49	10	71	43	44	44	42
ISF 15-49 ans (pour 1 femme)	5,3	6,6	6,0	7,4	7,1	7,5
TGFG (pour 1 000)	169	218	196	256	245	257
TBN (pour 1 000)	39,8	41,4	40,7	47,1	46,1	52,8

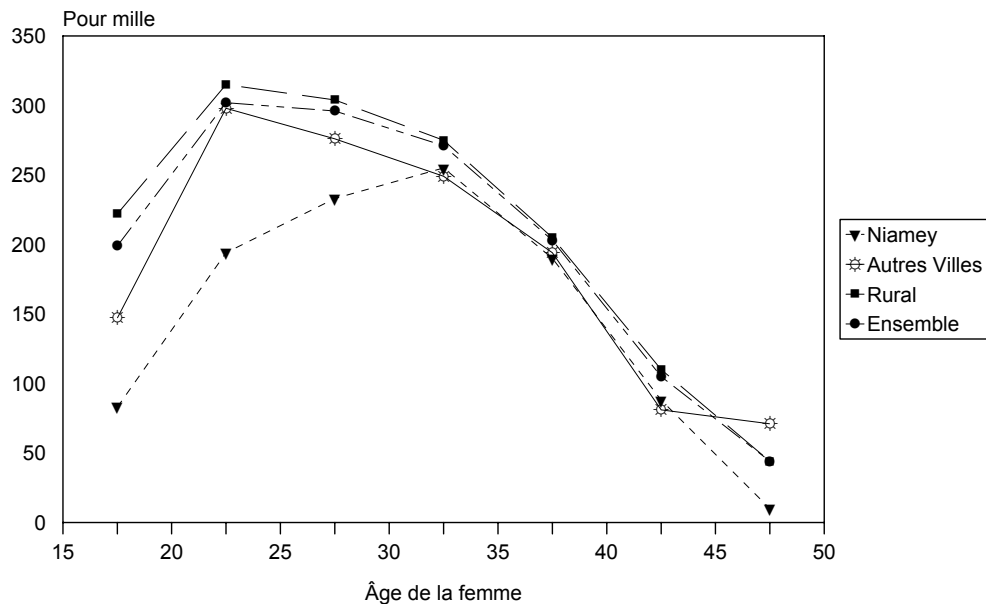
Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSN/MICS-III sont légèrement inférieurs à ceux estimés lors de l'EDSN-II<sup>2</sup> de 1998 (tableau 3). À tous les âges de reproduction, la fécondité à l'EDSN-II est supérieure à celle de l'EDSN/MICS-III. Globalement, l'ISF, estimé à 7,5 enfants par femme pour la période 1994-1998 par l'EDSN-II, est plus élevé que l'ISF estimé à 7,1 enfants par femme pour la période 2002-2006 par l'EDSN/MICS-III. Un changement dans la structure de la population entre les deux périodes, en particulier celle des femmes, pourrait expliquer en partie cette baisse de la fécondité.

<sup>2</sup> L'Enquête Démographique et de Santé (EDSN-II), réalisée en 1998 par Care International Niger avec l'assistance technique de ORC Macro International, est une enquête nationale par sondage qui a fourni des données sur les niveaux de la fécondité, de la mortalité des enfants, de la contraception et sur les indicateurs de la santé.

Une analyse plus approfondie des autres résultats comparatifs des deux enquêtes, en particulier ceux relatifs à l'âge d'entrée en union et aux rapports sexuels, mais aussi ceux relatifs à l'apport migratoire récent en direction des centres urbains, spécialement vers la ville de Niamey, est nécessaire pour conclure avec plus de certitude sur les tendances récentes de la fécondité au Niger.

Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain et, surtout, celles de la ville de Niamey ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale est plus tardive à Niamey puisque c'est à 30-34 ans qu'elle atteint son maximum (255 ‰) alors que dans les Autres Villes et en milieu rural c'est à 20-24 ans que l'on enregistre les valeurs maximales (respectivement, 298 ‰ et 315 ‰). L'ISF qui en résulte est estimé à 7,4 enfants par femme en zone rurale, à 6,6 dans les Autres Villes et à 5,3 dans la ville de Niamey. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des centres urbains ; en particulier, leur fécondité est 40 % plus élevée que celle des femmes de la ville de Niamey. Le milieu rural continue donc d'avoir une fécondité très élevée, alors que la ville de Niamey se caractérise par un léger vieillissement de l'âge à la fécondité maximale. La fécondité maximale pour la ville de Niamey à l'EDSN-II de 1998 était de 225 ‰ et elle se situait à 25-29 ans alors qu'à l'EDSN/MICS-III de 2006, elle se situe à 30-34 ans avec 255 ‰.

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



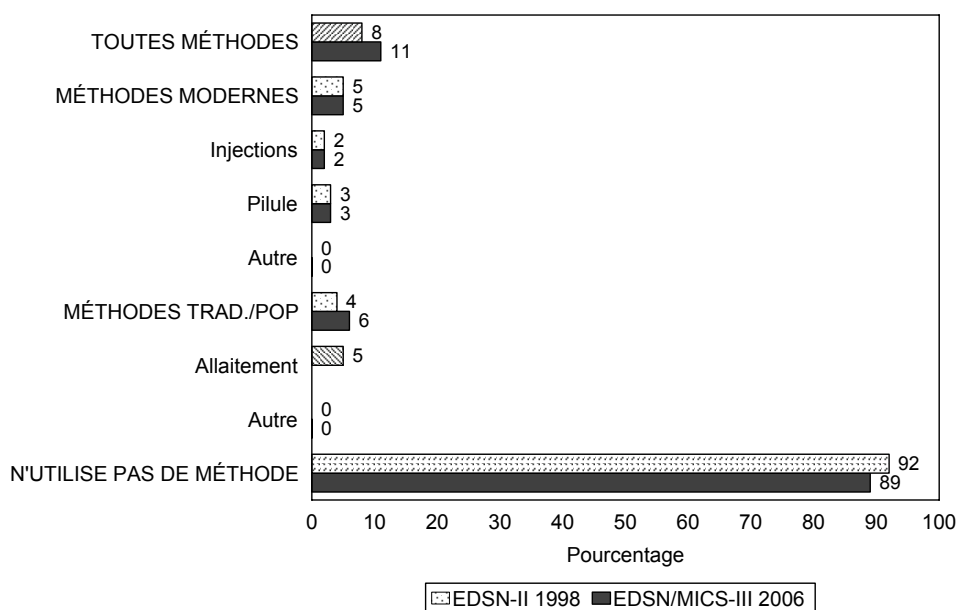
EDSN/MICS-III 2006

#### D. Utilisation de la contraception

Une femme en union sur dix (11 %) a déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive : 5 % utilisent une méthode moderne et 6 % une méthode traditionnelle (tableau 4). La prévalence contraceptive n'a pas varié au cours de ces dernières années au Niger, puisque 5 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998 (EDSN-II 1998), contre 5 % en 2006.

Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont, par ordre d'importance, la pilule (3 %) et les injections (2 %) (graphique 2). Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la méthode de l'allaitement qui est la méthode la plus fréquemment utilisée (5 %). Il faut noter que l'utilisation des méthodes contraceptives demeure très faible au Niger.

**Graphique 2**  
**Prévalence contraceptive par méthode**  
**(Femmes de 15-49 ans en union)**



La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant de 2 % à 15-19 ans à 5 % à 20-24 ans et 6 % à 30-34 ans (tableau 4). C'est entre 20-24 ans et 45-49 ans que le niveau d'utilisation d'une méthode moderne est le plus élevé (de 5 % à 6 %). Les pourcentages étaient pratiquement les mêmes aux mêmes âges à l'EDSN-II de 1998. La pilule et les injections sont surtout utilisées par les femmes de ces groupes d'âges. Par contre, plus la femme est âgée, plus la fréquence de la stérilisation augmente, surtout au-delà de 40 ans où elle passe à 1 % à 40-44 ans et 45-49 ans.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes varie selon le milieu de résidence : de 23 % dans la ville de Niamey, à 3 % en rural et à 15 % dans les Autres Villes (graphique 3). Il faut souligner que depuis l'EDSN-II de 1998, la prévalence contraceptive moderne a seulement légèrement augmenté en milieu rural, passant de 2 % à 3 % ; elle a un peu baissé dans les Autres Villes (de 17 % à 15 %) et légèrement augmenté dans la ville de Niamey (23 % contre 21 % en 1998). La pilule et les injections sont les méthodes les plus utilisées quel que soit le milieu de résidence.

La prévalence de la contraception moderne varie fortement selon la région, d'environ 1 % dans la région de Diffa à 10 % dans celle d'Agadez. La pilule constitue la méthode la plus utilisée quelle que soit la région considérée.

Tableau 4. Utilisation actuelle de la contraception

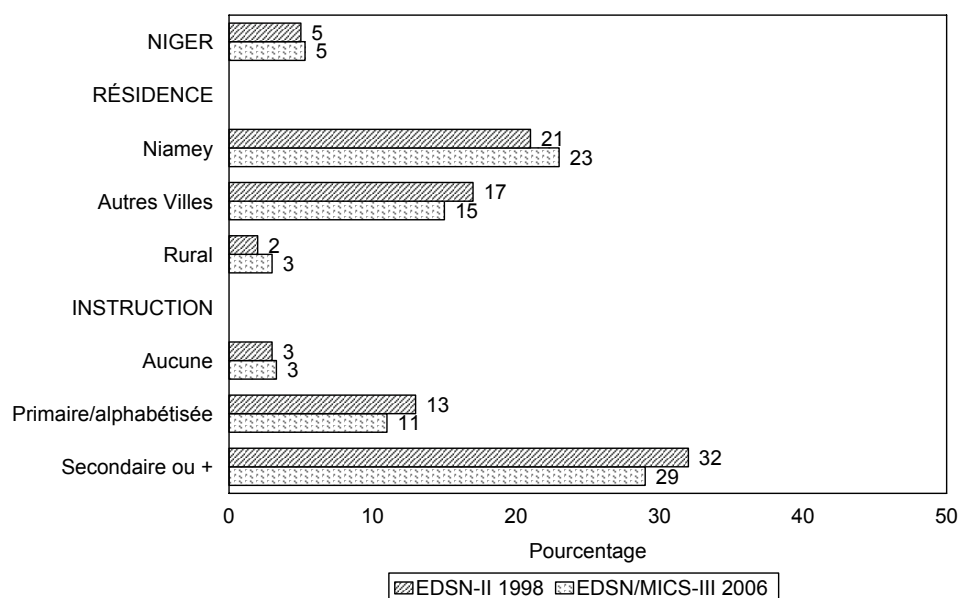
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	Méthode moderne					Méthode traditionnelle					Total	Effectif de femmes				
	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Autre	Une méthode traditionnelle	Allaitement	Continence périodique	Retrait			Méthode populaire	N'utilise pas actuellement		
<b>Âge</b>																
15-19	4,3	1,7	0,0	1,3	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	1,8	0,0	0,0	0,8	95,7	100,0	1 014
20-24	12,7	5,0	0,0	3,2	0,0	1,7	0,1	1,7	0,0	5,5	0,0	0,0	2,1	87,3	100,0	1 426
25-29	13,6	6,0	0,3	3,9	0,1	1,7	0,0	1,7	0,0	5,7	0,0	0,0	1,8	86,4	100,0	1 670
30-34	13,1	6,1	0,0	4,3	0,1	1,5	0,2	1,5	0,0	5,5	0,0	0,0	1,3	86,9	100,0	1 286
35-39	11,9	4,9	0,2	2,4	0,1	2,2	0,0	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	1,6	88,1	100,0	1 120
40-44	10,1	4,8	0,7	2,5	0,2	1,4	0,1	1,4	0,0	4,0	0,0	0,0	1,2	89,9	100,0	828
45-49	9,3	5,8	1,2	2,5	0,4	1,8	0,0	1,8	0,0	2,8	0,0	0,0	0,8	90,7	100,0	598
<b>Milieu de résidence</b>																
Niamey	27,7	23,2	1,0	16,6	1,2	3,9	0,6	3,9	0,6	4,5	0,0	0,3	1,2	72,3	100,0	481
Autres villes	19,9	14,8	0,4	10,0	0,2	4,2	0,0	4,2	0,0	5,1	0,0	0,0	1,6	80,1	100,0	712
Ensemble urbain	23,0	18,2	0,7	12,7	0,6	4,1	0,1	4,1	0,1	4,8	0,0	0,1	1,4	77,0	100,0	1 193
Rural	9,1	2,7	0,2	1,3	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	6,5	0,0	0,0	1,5	90,9	100,0	6 748
<b>Région</b>																
Agadez	16,5	10,0	0,8	6,8	0,2	2,3	0,0	2,3	0,0	6,4	0,0	0,0	3,4	83,5	100,0	164
Diffa	3,7	0,9	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	2,8	0,0	0,0	0,3	96,3	100,0	195
Dosso	18,9	5,8	0,4	3,4	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	13,2	0,0	0,0	1,1	81,1	100,0	1 106
Maradi	4,3	1,9	0,1	1,0	0,0	0,7	0,1	0,7	0,1	2,4	0,0	0,0	2,3	95,7	100,0	1 684
Tahoua	8,9	5,1	0,1	3,2	0,1	1,8	0,0	1,8	0,0	3,7	0,0	0,0	1,1	91,1	100,0	1 639
Tillabéri	20,5	4,3	0,3	2,2	0,1	1,7	0,0	1,7	0,0	16,2	0,0	0,0	2,4	79,5	100,0	1 146
Zinder	4,1	2,5	0,2	1,1	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,5	95,9	100,0	1 527
Niamey	27,7	23,2	1,0	16,6	1,2	3,9	0,6	3,9	0,6	4,5	0,0	0,3	1,2	72,3	100,0	481
<b>Niveau d'instruction</b>																
Aucun	9,8	3,3	0,2	1,8	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	6,5	0,0	0,0	1,5	90,2	100,0	6 677
Primaire/alphabétisée	15,5	9,8	0,2	5,9	0,2	3,2	0,4	3,2	0,4	5,7	0,0	0,0	1,6	84,5	100,0	995
Secondaire ou plus	31,7	28,9	0,9	22,0	1,4	4,3	0,3	4,3	0,3	2,7	0,0	0,0	0,5	68,3	100,0	269
<b>Enfants survivants</b>																
0	1,1	1,0	0,5	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,9	100,0	847
1-2	11,6	5,6	0,3	3,9	0,1	1,3	0,1	1,3	0,1	6,0	0,0	0,1	1,6	88,4	100,0	2 474
3-4	12,2	5,1	0,2	3,4	0,1	1,4	0,0	1,4	0,0	7,0	0,0	0,0	1,7	87,8	100,0	2 249
5+	13,6	5,6	0,2	2,8	0,2	2,4	0,0	2,4	0,0	8,0	0,0	0,0	1,6	86,4	100,0	2 372
Ensemble	11,2	5,0	0,3	3,0	0,1	1,5	0,0	1,5	0,0	6,2	0,0	0,0	1,5	88,8	100,0	7 941

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la méthode la plus efficace est prise en considération

### **Graphique 3**

#### **Utilisation actuelle de la contraception moderne (Femmes de 15-49 ans en union)**



C'est parmi les femmes les plus instruites que la prévalence contraceptive moderne est la plus élevée (29 %) ; par comparaison, parmi celles qui n'ont aucune instruction, elle n'est que de 3 %. Cependant, c'est dans cette catégorie de femmes qu'elle a le plus augmenté depuis l'EDSN-II de 1998, passant de 3,0 % à 3,4 %. En ce qui concerne les autres niveaux d'instruction, il y a eu une baisse entre l'EDSN-II et l'EDSN/MICS-III (graphique 3).

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception, le taux d'utilisation des méthodes modernes passant de 1 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 6 % pour celles ayant cinq enfants ou plus. La pilule reste toujours la méthode la plus utilisée.

#### **E. Désir d'enfants supplémentaires**

Parmi les femmes actuellement en union, 9 % (y compris 0,3 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 49 % veulent attendre plus de deux ans avant d'avoir un (autre), c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un espacement des naissances, et 33 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une légère diminution, passant de 9,6 % en 1998 à 9,0 % en 2006, alors que la proportion de celles qui souhaitent espacer leur prochaine naissance a légèrement augmenté, passant de 45,6 % à 48,8 %.

Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSN/MICS-III Niger 2006

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants <sup>1</sup>							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
<b>Veut un autre</b>								
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	83,6	36,5	32,7	30,2	30,7	27,3	20,2	33,4
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	7,5	55,2	58,7	57,9	55,4	50,7	39,7	48,8
Veut un autre, NSP quand	4,5	3,7	2,3	4,1	3,2	3,6	2,4	3,3
<b>Indécise</b>	0,4	2,2	1,5	1,4	1,8	2,3	3,1	2,0
<b>Ne veut plus d'enfants</b>	0,8	0,9	2,5	4,2	5,1	11,6	26,1	8,7
<b>Stérilisé(e)</b>	0,7	0,1	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
<b>S'est déclarée stérile</b>	1,8	1,5	1,5	1,9	3,3	4,0	7,6	3,4
Manquant	0,8	0,0	0,2	0,2	0,4	0,2	0,7	0,4
Total <sup>4</sup>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	621	1 204	1 265	1 214	1 077	922	1 639	7 941

<sup>1</sup> Y compris la grossesse actuelle

<sup>2</sup> Veut un autre enfant dans les deux ans à venir

<sup>3</sup> Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

<sup>4</sup> Y compris les non déterminés

## F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour chaque enfant dernier né, dont la naissance est survenue au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse. Pour 46 % des naissances, la mère s'est rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé formé, c'est-à-dire, soit un médecin, une infirmière, un agent de santé, une sage-femme ou une accoucheuse traditionnelle formée (tableau 6). Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui ont consulté le plus fréquemment un professionnel de la santé (88 % contre 39 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSN-II (39 % en 2006 contre 30 % en 1998) (graphique 4). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 94 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 66 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 41 % des mères sans instruction.

Pour chaque enfant dernier né, dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse afin d'éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Pour près de quatre naissances de derniers-nés sur dix (42 %) survenues au cours des cinq dernières années, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse. Par ailleurs, dans 45 % des cas, elle a reçu du fer sous forme de sirop au cours de la grossesse (tableau 6).

**Tableau 6. Soins prénatals et assistance à l'accouchement**

Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a reçu des soins prénatals, a reçu au moins une injection antitétanique, a reçu du fer en sirop au cours de la grossesse et pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a bénéficié d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	A reçu des soins prénatals par du personnel formé	A reçu au moins une injection antitétanique	A reçu du fer en sirop au cours de la grossesse	Effectif de femmes	A été assistée à l'accouchement <sup>1</sup>	A accouché dans un établissement de santé	Effectif de naissances
<b>Age de la mère à la naissance</b>							
< 15	38,2	24,2	35,2	43	36,2	16,8	82
15-19	46,5	44,5	43,1	1 036	31,1	16,6	1 766
20-24	46,1	43,1	44,8	1 583	33,8	18,1	2 755
25-29	47,2	42,7	46,9	1 489	30,0	14,6	2 315
30-34	46,5	38,5	46,1	1 051	31,6	17,4	1 583
35 ou +	46,1	39,5	45,5	1 098	39,2	20,4	1 452
<b>Rang de naissance</b>							
1	55,8	52,3	49,5	893	39,5	25,7	1 544
2-3	48,2	43,4	46,5	1 672	32,6	17,8	2 766
4-5	45,1	41,5	45,2	1 521	28,9	13,9	2 412
6 ou +	42,2	36,3	42,8	2 214	33,0	15,2	3 232
<b>Milieu de résidence</b>							
Niamey	93,2	67,6	78,7	395	81,0	73,4	588
Autres Villes	84,0	65,3	69,9	578	75,5	67,0	916
Ensemble urbain	87,7	66,2	73,5	974	77,6	69,5	1 503
Rural	38,9	37,2	40,2	5 326	24,9	7,9	8 451
<b>Région</b>							
Agadez	71,1	55,9	63,7	137	56,6	43,3	215
Diffa	51,8	46,2	43,8	146	56,2	12,6	237
Dosso	61,7	52,7	62,5	864	28,2	15,6	1 382
Maradi	33,8	32,3	34,5	1 372	25,0	13,4	2 215
Tahoua	46,9	44,9	42,8	1 293	35,7	13,7	2 005
Tillabéri	50,8	45,3	46,6	888	29,6	10,9	1 299
Zinder	27,3	27,8	34,2	1 205	24,9	11,6	2 012
Niamey	93,2	67,6	78,7	395	81,0	73,4	588
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	41,4	38,1	41,1	5 268	28,1	12,6	8 381
Primaire/alphabétisée	66,0	56,8	62,4	812	50,7	32,8	1 261
Secondaire ou plus	94,1	73,3	83,1	220	89,1	79,5	311
Ensemble	46,4	41,7	45,3	6 300	32,9	17,2	9 954

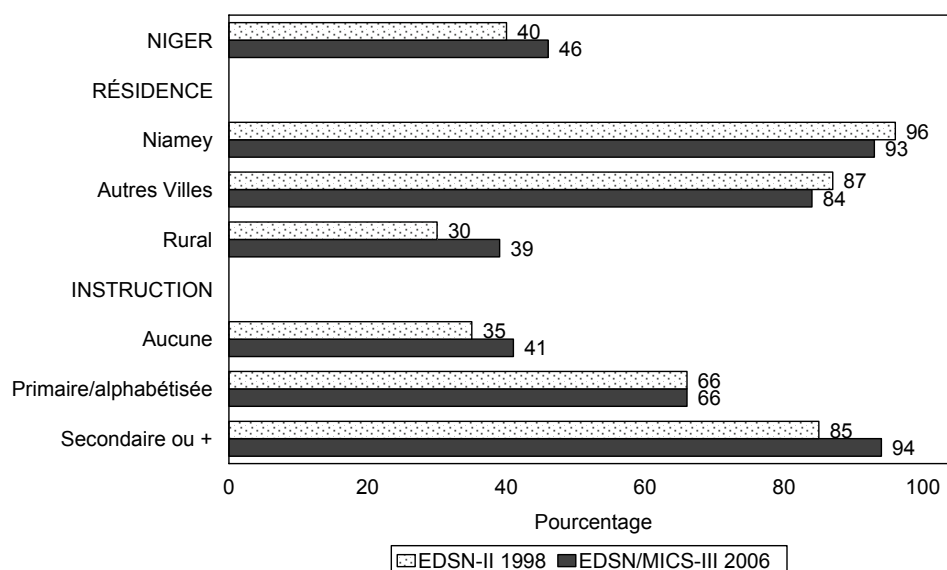
<sup>1</sup> Assistée par un médecin, infirmière, agent de santé, sage-femme et accoucheuse traditionnelle formée.

La couverture vaccinale antitétanique ne varie pas selon l'âge. Par contre, comme pour les soins prénatals, on constate au tableau 6 que la proportion de mères ayant reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique est plus élevée en milieu urbain (66 %) qu'en milieu rural (37 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (57 %) ou secondaire (73 %) ont plus fréquemment reçu le vaccin antitétanique que celles sans instruction (38 %).

Pour chaque naissance survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères où elles avaient accouché et qui les avait assistées au cours de l'accouchement. Pour un tiers des naissances (33 %), la mère a reçu l'assistance de personnel de santé formé pendant l'accouchement (tableau 6). Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel de santé formé (78 %) que les femmes du milieu rural (25 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel de santé formé (89 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (51 %) et surtout que celles qui sont sans instruction (28 %). Cependant, il faut noter que l'assistance par du personnel de santé formé lors de l'accouchement a baissé depuis l'EDSN-II, passant de 44 % en 1998 à 33 % en 2006, et c'est en milieu rural que cette baisse a été la plus importante, 25 % en 2006 contre 38 % en 1998.

### **Graphique 4**

## **Proportion de naissances dont la mère a reçu des soins prénatals**



\* Soins prénatals auprès de médecin/infirmière/sage-femme/matronne et accoucheuse traditionnelle formée

Un peu moins de deux naissances sur dix (17 %) ont eu lieu dans un établissement de santé (tableau 6). Les variations selon le milieu de résidence sont très importantes puisque seulement 8 % des naissances du milieu rural ont eu lieu en établissement sanitaire, contre 73 % de celles de la ville de Niamey. De même, seulement 13 % des naissances de mère sans instruction ont eu lieu en établissement sanitaire, contre 80 % de celles dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire.

### **G. Vaccination des enfants**

Depuis de nombreuses années, le ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies a mis en place un Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Selon ce PEV, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. Les enfants doivent avoir reçu tous ces vaccins lorsqu'ils atteignent un an. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance.

Lors de l'EDSN/MICS-III 2006, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux façons différentes : soit elles étaient copiées à partir des cartes de vaccination des enfants (ce qui permet d'établir avec plus de justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations) soit, lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte, elles étaient enregistrées à partir des réponses données par la mère. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient tous avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour 43 % des enfants de 12 à 23 mois une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore insuffisante au Niger puisque, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 29 % des enfants de 12-23 mois ont été



complètement vaccinés et 17 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (tableau 7 et graphique 5). Les autres enfants (54 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère chaque vaccin spécifique, les résultats montrent que 64 % des enfants ont reçu le BCG, 47 % ont été vaccinés contre la rougeole, 39 % des enfants ont reçu les trois doses de DTCoq et 55 % les trois doses de polio. On constate, par ailleurs, une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTCoq et de la polio. En effet, dans le cas du DTCoq, par exemple, si 58 % des enfants ont reçu la première dose, ils ne sont que 39 % à être complètement protégés en ayant reçu les trois doses de ce vaccin.

Par rapport à l'EDSN-II, la couverture vaccinale s'est légèrement améliorée au niveau national, passant de 18 % à 29 % pour tous les vaccins. L'amélioration concerne tous les vaccins : en effet, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole est passée de 35 % à 47 %, celle concernant le BCG de 47 % à 64 %, celle concernant les trois doses de DTCoq de 25 % à 39 % ; l'augmentation est particulièrement importante pour la polio puisque la proportion d'enfants complètement vaccinés contre cette maladie est passée de 24 % à 55 %. Entre les deux enquêtes, on constate donc une diminution de la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, cette proportion étant passée de 40 % en 1998 à 17 % en 2006. Les enfants ont donc reçu partiellement leurs vaccins.

La couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence : ce sont les enfants des Autres Villes qui ont reçu le plus fréquemment tous les vaccins (54 %), suivis de ceux de la ville de Niamey (41 %) et de ceux du milieu rural (25 %). Il faut noter qu'entre 1998 (EDSN-II) et 2006 (EDSN/MICS-III), la couverture vaccinale s'est nettement détériorée dans la ville de Niamey (41 % contre 71 % en 1998). C'est en milieu rural (25 % en 2006 contre 11 % en 1998) et dans les Autres villes (54 % contre 47 % en 1998) que les progrès en matière de couverture vaccinale ont été les plus importants.

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de mère ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (54 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire (41 %) et surtout que ceux dont la mère n'a aucune instruction (26 %).

Tableau 7. Vaccination

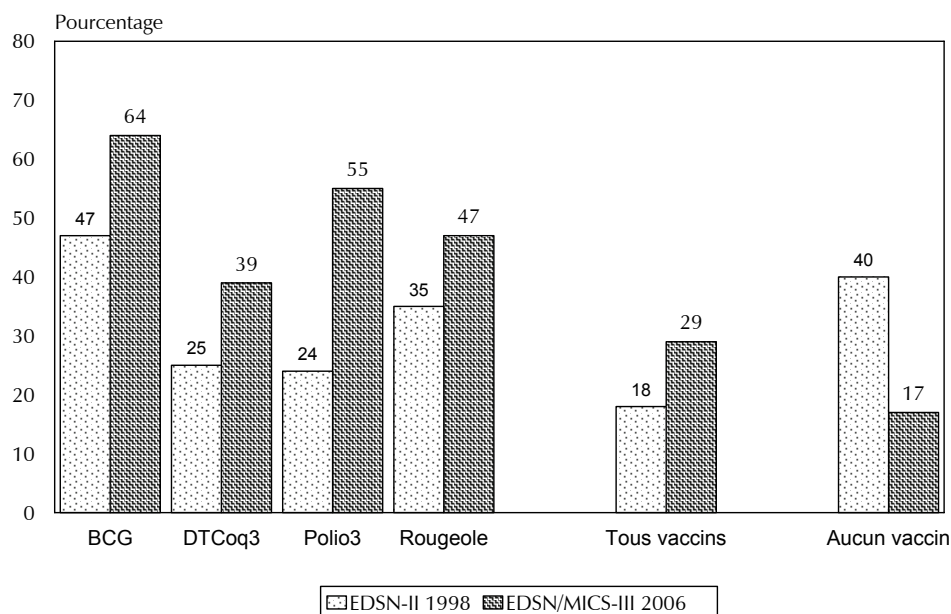
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon une carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant une carte de vaccination vue par l'enquêtrice selon des caractéristiques sociodémographiques, EDS/MICS-III Niger 2006

Caractéristique Sociodémographique	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu (selon la carte de vaccination et les déclarations de la mère) :										Effectif d'enfants	
	BCG	DTC 1	DTC 2	DTC 3	Polio 0 <sup>1</sup>	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes les vaccinations du PEV <sup>2</sup>		Aucune vaccination du PEV
<b>Sexe</b>												
Masculin	43,5	58,8	48,6	38,2	32,1	79,0	69,5	53,0	46,6	27,8	16,8	896
Féminin	42,0	58,0	48,8	40,3	32,3	80,2	72,4	56,2	47,4	30,3	16,3	886
<b>Rang de naissance</b>												
1	47,2	64,0	53,4	43,2	43,8	82,8	73,8	56,9	46,7	31,4	13,1	275
2-3	43,0	59,3	49,4	41,6	30,7	78,2	68,9	52,6	48,3	30,2	17,3	478
4-5	39,6	58,4	46,3	37,2	30,6	77,8	69,0	52,7	46,5	27,4	18,6	440
6 ou +	42,9	61,3	47,7	37,0	29,2	80,6	72,7	56,5	46,5	28,2	16,0	589
<b>Milieu de résidence</b>												
Niamey	75,2	88,9	69,8	55,0	80,8	90,3	80,3	64,1	77,6	40,9	2,7	117
Autres Villes	74,2	83,2	73,6	67,0	71,3	88,6	82,6	68,8	68,4	53,5	8,8	178
Ensemble urbain	74,6	88,9	72,1	62,2	75,0	89,3	81,7	66,9	72,1	48,4	6,4	295
Rural	36,5	53,0	44,0	34,7	23,7	77,7	68,8	52,1	42,0	25,1	18,5	1 487
<b>Région</b>												
Agadez	63,4	82,3	70,3	61,5	55,7	86,4	77,8	61,9	68,5	52,5	9,5	39
Diffa	43,9	73,4	51,2	39,6	42,1	80,6	73,3	49,4	55,2	28,6	14,0	41
Dosso	55,0	70,8	55,8	47,4	36,0	85,5	77,2	63,4	58,3	34,7	12,9	224
Maradi	33,8	59,3	40,4	31,3	22,4	80,8	68,2	53,5	40,6	24,5	16,4	393
Tahoua	43,4	71,3	56,9	47,3	27,5	90,1	84,8	59,8	49,8	30,2	8,1	384
Tillabéri	53,3	65,4	54,4	45,6	36,5	86,5	78,0	65,5	53,5	37,4	9,0	240
Zinder	23,4	40,5	30,4	21,6	22,8	53,3	45,4	33,1	25,5	16,5	39,6	344
Niamey	75,2	94,0	69,8	55,0	80,8	90,3	80,3	64,1	77,6	40,9	2,7	117
<b>Niveau d'instruction</b>												
Aucun	38,9	54,5	44,8	35,3	27,7	77,6	68,3	51,6	43,0	25,8	18,3	1 471
Primaire/alphabétisé	58,1	81,5	64,6	55,0	44,7	89,7	83,0	66,4	60,0	40,7	8,3	234
Secondaire ou plus	69,5	89,5	73,8	66,2	80,5	86,6	85,0	75,3	84,4	54,4	8,2	77
Ensemble	42,8	63,6	48,7	39,3	32,2	79,6	70,9	54,6	47,0	29,0	16,5	1 782

<sup>1</sup> Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.

<sup>2</sup> BCG, rougeole et les trois doses de chaque vaccination du DTC0q et de la polio (non compris la vaccination de la polio donnée à la naissance)  
PEV : Programme Élargie de Vaccination (excluant Polio 0)

**Graphique 5**  
**Couverture vaccinale (en %) par type de vaccin**  
**(Enfants de 12-23 mois)**



#### H. Maladies des enfants et traitement

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peuvent en résulter 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 ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité infantile-juvénile. Pour obtenir des informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait souffert de toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'une infection respiratoire aiguë - IRA), s'il avait eu de la fièvre et s'il avait eu la diarrhée.

##### *Fièvre et Infections Respiratoires Aiguës (IRA)*

Dans l'ensemble, 31 % d'enfants ont présenté des symptômes d'IRA ou ont eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 8). Pour seulement 28 % d'enfants qui ont souffert d'IRA et/ou de fièvre, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé. Des conseils ou traitement ont été recherchés le plus fréquemment pour les enfants du milieu urbain (52 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (71 %). À l'opposé, un traitement ou des conseils n'ont été recherchés que pour 24 % des enfants du milieu rural et 26 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction.

Tableau 8. Infections respiratoires aiguës (IRA), fièvre et diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, d'après les déclarations de la mère, ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et, parmi ceux qui ont eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre, pourcentage de ceux ayant reçu un traitement dans un établissement de santé ; pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée dans les deux dernières semaines et, parmi ceux ayant eu la diarrhée, pourcentage de ceux ayant reçu un traitement dans un établissement de santé, pourcentage de ceux ayant reçu des Sels de Réhydratation Orale (SRO), pourcentage de ceux ayant reçu une solution faite à la maison et pourcentage de ceux ayant bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre, pourcentage ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>			Parmi les enfants ayant eu la diarrhée :				Effectif d'enfants
	Pourcentage d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre	Pourcentage d'enfants ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>	Pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée	Pourcentage ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>	Pourcentage ayant reçu des Sels de Réhydratation Orale (SRO)	Pourcentage ayant reçu une solution faite à la maison	Pourcentage ayant reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) <sup>2</sup>	
<b>Âge en mois</b>								
<6	26,5	21,0	18,4	9,6	7,8	6,0	42,5	1 045
6-11	42,9	27,5	34,0	20,0	16,7	11,0	53,7	950
12-23	40,2	30,9	30,8	18,6	21,2	13,0	58,8	1 782
24-35	30,2	32,2	21,2	19,8	22,5	12,7	54,7	1 704
36-47	25,9	25,6	13,9	14,5	12,9	8,0	46,4	1 791
48-59	20,0	25,4	9,8	13,9	14,9	10,3	49,9	1 455
<b>Sexe</b>								
Masculin	30,3	28,1	20,4	17,7	18,8	10,4	54,1	4 460
Féminin	30,9	28,1	21,3	16,6	16,4	11,5	51,7	4 268
<b>Milieu de résidence</b>								
Niamey	33,7	54,1	21,1	33,4	29,3	13,9	62,2	540
Autres Villes	24,8	49,9	15,2	28,7	32,4	12,4	61,8	843
Ensemble urbain	28,3	51,8	17,5	30,9	30,9	13,1	62,0	1 383
Rural	31,0	24,0	21,5	15,1	15,6	10,6	51,5	7 344
<b>Région</b>								
Agadez	28,5	45,5	18,7	19,6	29,8	4,8	52,1	200
Diffa	32,3	31,7	22,7	14,2	26,5	18,0	49,3	223
Dosso	34,8	24,3	25,1	13,5	13,7	6,8	50,8	1 207
Maradi	18,7	26,0	16,5	13,7	11,7	9,4	39,1	1 931
Tahoua	39,9	34,7	23,0	21,0	23,6	12,9	45,6	1 760
Tillabéri	28,4	23,2	18,1	23,5	19,8	14,0	65,4	1 161
Zinder	31,9	15,9	22,3	10,9	12,2	10,5	65,0	1 706
Niamey	33,7	54,1	21,1	33,4	29,3	13,9	62,2	540
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	30,4	26,1	20,9	15,6	16,8	10,2	51,6	7 320
Primaire/alphabétisée	32,0	30,2	22,3	22,3	20,8	13,9	59,1	1 115
Secondaire ou plus	29,1	70,8	13,2	45,8	30,1	19,5	67,5	292
Ensemble	30,6	28,1	20,8	17,2	17,6	10,9	52,9	8 727

<sup>1</sup> Non compris les pharmacies, boutiques, marchands ambulants, parents/amies et les praticiens traditionnels.

<sup>2</sup> Y compris SRO, préparation maison recommandée ou augmentation des quantités de liquides.

### *Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale*

Selon les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation chez l'enfant, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies a mis en place un programme de Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (ou Sérum oral), ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre.

Le tableau 8 montre qu'au niveau national, 21 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 18 % ont reçu un traitement au moyen d'un sachet de Sérum Oral et 11 % ont été traités avec une solution préparée à la maison. Au niveau national, 53 % des enfants diarrhéiques ont été traités au moyen de l'une et/ou l'autre de ces TRO pendant la diarrhée.

Concernant la prévalence de la diarrhée par âge, on peut constater que ce sont les enfants de 6-

11 mois et 12-23 mois qui sont les plus touchés (respectivement 34 % et 31 %). Selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, on note assez peu de variations dans la prévalence de la diarrhée, mis à part au niveau régional. Cependant, du fait des variations saisonnières de la prévalence de la diarrhée, les résultats au niveau régional sont à analyser avec prudence car l'enquête a eu lieu par région et s'est échelonnée de janvier à mai 2006.

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent que, dans plus des deux tiers des cas (68 %), les enfants ayant eu la diarrhée et dont la mère a un niveau au moins secondaire ont été traités à l'aide d'une TRO ; par comparaison, parmi ceux dont la mère n'a pas d'instruction, cette proportion est plus faible (52 %). On constate un écart aussi important entre les enfants du milieu rural et ceux du milieu urbain (52 % contre 62 %).

## I. Allaitement et alimentation de complément

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement et de l'alimentation de complément des enfants de 0 à 35 mois, ainsi que sur l'utilisation du biberon.

Âge en mois	Allaités						Total	Effectif d'enfants de moins de trois ans vivant avec la mère	Pourcentage prenant le biberon	Effectif d'enfants de moins de trois ans vivants
	Non allaités	Allaitement seul	Et eau seulement	Et liquides/ jus	Et autre lait	Et aliments de complément				
<2	1,9	17,7	69,4	0,4	5,8	4,8	100,0	326	1,9	329
2-3	1,7	14,4	62,9	1,8	8,7	10,6	100,0	371	4,7	377
4-5	0,8	8,4	56,6	2,6	10,3	21,3	100,0	335	7,6	338
6-7	0,1	6,0	29,2	2,8	9,8	52,0	100,0	374	6,0	383
8-9	0,6	3,9	14,8	1,7	4,2	74,9	100,0	293	6,1	295
10-11	1,6	2,7	11,4	1,6	2,2	80,5	100,0	270	9,6	272
12-15	4,4	1,5	5,5	0,7	1,5	86,4	100,0	750	6,7	767
16-19	14,1	0,9	2,8	0,3	0,4	81,4	100,0	527	5,3	549
20-23	37,7	0,8	2,2	0,0	1,1	58,2	100,0	442	7,3	466
24-27	82,1	0,0	0,3	0,0	0,1	17,6	100,0	559	8,5	661
28-31	84,2	0,0	0,4	0,0	0,0	15,4	100,0	363	6,5	521
32-35	86,1	0,9	0,3	0,0	0,2	12,5	100,0	349	8,6	522
<6	1,5	13,5	62,9	1,6	8,3	12,3	100,0	1 032	4,8	1 045
6-9	0,3	5,1	22,9	2,3	7,4	62,1	100,0	667	6,1	678

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est très répandue au Niger comme c'était le cas en 1998, puisque 99 % des enfants de 0-5 mois sont allaités. Cependant, seulement 14 % des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités comme le recommandent l'OMS et le ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies ; les autres enfants de ce groupe d'âges reçoivent, en plus du sein, de l'eau (63 %), d'autres liquides (2 %) et même, dans 12 % des cas, des aliments solides ou des bouillies. Si l'allaitement exclusif n'est pas généralisé chez les moins de six mois, par contre, les pratiques alimentaires des enfants de 6-9 mois sont plus proches des recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre les Endémies selon lesquelles, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit pas pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, des aliments solides de complément doivent être introduits dans l'alimentation des enfants : on constate ici que 62 % des enfants sont nourris de cette façon à 6-9 mois.

Par ailleurs, l'utilisation du biberon reste très peu pratiquée au Niger puisque seulement 5 % des enfants de 0-5 mois reçoivent des liquides ou aliments quelconques au biberon.

## J. État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité, ainsi que de retard dans le développement mental. L'anthropométrie fournit les indicateurs les plus importants de l'état nutritionnel des enfants. 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-III. 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 termes de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCH/CDC/OMS. 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 type en dessous de la médiane sont considérés comme sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe à moins de 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).

Dans l'ensemble, les résultats montrent que 50 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et la majorité d'entre eux (30 %) de malnutrition chronique sévère. Le niveau du retard de croissance augmente très rapidement avec l'âge : de 6 % pour les moins de 6 mois, il augmente très rapidement pour se situer autour de 60 % entre 12 et 59 mois. On ne constate que peu d'écart selon le sexe mais, par contre, le milieu de résidence fait apparaître des disparités importantes, 53 % en rural contre 31 % en urbain et 21 % à Niamey. Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction de la mère: 52 % chez les mères sans instruction, 45 % chez celles de niveau primaire et 23 % chez celles de niveau secondaire ou plus. L'âge de la mère ne semble pas influencer de manière importante sur la prévalence de la malnutrition chronique.

Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins de 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 ; elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 10 % des enfants sont émaciés ; 2 % le sont sévèrement. C'est parmi les enfants de 10 à 23 mois que le niveau de l'émaciation est le plus élevé (entre 18 % et 19 %). Ces âges correspondent à la période au cours de laquelle a lieu le sevrage et pendant laquelle l'enfant est plus fréquemment exposé aux maladies (nouveaux aliments, exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). L'émaciation est plus fréquente chez les garçons, en milieu rural et chez les enfants nés de mères pas ou peu instruites. Trois régions, à savoir Diffa (13 %), Maradi (12 %), Agadez et Zinder (11 %), se distinguent des autres par des proportions plus élevées d'enfants émaciés. Avec seulement 7 %, c'est la ville de Niamey qui détient la prévalence la plus faible de l'émaciation.

Tableau 10. Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>1</sup>	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>1</sup>	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>1</sup>	
<b>Âge en mois</b>							
<6	1,6	6,1	0,7	4,8	0,9	3,9	443
6-9	8,1	20,9	3,0	14,1	6,8	26,7	322
10-11	18,3	40,9	2,5	18,3	24,1	48,5	125
12-23	35,1	60,8	2,6	19,1	22,0	59,4	810
24-35	37,0	60,7	1,4	9,9	22,1	54,1	841
36-47	39,5	60,7	0,9	6,8	15,4	49,4	912
48-59	31,9	53,5	1,0	5,8	10,9	42,1	732
<b>Sexe</b>							
Masculin	30,5	51,4	2,0	11,2	16,6	45,0	2 162
Féminin	28,9	48,5	1,1	9,4	13,9	43,8	2 023
<b>Milieu de résidence</b>							
Niamey	8,6	21,3	1,2	6,7	3,7	18,1	250
Autres Villes	18,3	38,0	0,7	9,5	9,3	33,6	369
Ensemble urbain	14,4	31,3	0,9	8,4	7,1	27,3	619
Rural	32,4	53,3	1,6	10,6	16,7	47,3	3 566
<b>Région</b>							
Agadez	20,1	38,8	1,6	10,5	7,0	29,2	71
Diffa	24,2	46,6	2,1	12,7	16,6	45,0	104
Dosso	19,6	41,2	2,5	10,3	10,5	37,3	602
Maradi	43,6	62,2	1,0	11,6	22,8	54,0	940
Tahoua	24,2	46,7	1,5	10,3	12,0	41,8	892
Tillabéri	24,2	46,7	1,5	8,7	13,9	41,2	533
Zinder	39,3	58,7	1,5	10,6	18,8	52,9	794
Niamey	8,6	21,3	1,2	6,7	3,7	18,1	250
<b>Niveau d'instruction<sup>2</sup></b>							
Aucun	31,5	51,7	1,6	10,5	16,0	46,1	3 616
Primaire/alphabétisée	22,2	45,3	1,6	9,9	13,1	40,4	420
Secondaire ou plus	8,6	22,6	0,0	6,8	3,5	15,2	149
<b>Âge de la mère<sup>2</sup></b>							
15-19	31,5	50,0	2,1	12,4	18,1	48,7	239
20-24	27,3	48,9	2,4	10,1	14,6	41,8	864
25-29	31,6	50,6	1,9	10,9	17,4	44,2	1 048
30-34	27,7	47,7	1,5	9,8	13,5	43,0	768
35-49	29,6	51,1	0,6	11,0	14,7	46,2	1 020
<b>Statut de la mère</b>							
Mère enquêtée	29,5	50,0	1,6	10,7	15,5	44,4	3 840
Mère non enquêtée mais dans le ménage	24,1	40,2	2,3	8,0	9,9	38,6	99
Mère non enquêtée, pas dans le ménage <sup>3</sup>	36,4	53,8	0,5	4,6	14,3	47,3	244
Ensemble	29,8	50,0	1,5	10,3	15,3	44,4	4 185

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. Chaque indice est exprimé en unités d'écart type (ET) de la médiane de la population de référence internationale des NCHS/CDC/WHO. Le pourcentage des enfants qui sont plus de trois ou plus de deux écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence internationale

(-3 ET et -2 ET) sont présentés selon les caractéristiques sociodémographiques. Le tableau est basé sur les enfants qui ont une date de naissance valable (mois et année) et des mesures de poids et taille valables.

<sup>1</sup> Y compris les enfants en dessous de -3 ET

<sup>2</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information est obtenue du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont les mères ne sont pas citées dans le tableau de ménage

<sup>3</sup> Y compris les enfants dont les mères sont décédées

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à 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. Quarante-quatre pour cent des enfants nigériens présentent une insuffisance pondérale ; 15 % sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (47 % contre 27 % en milieu urbain), chez les enfants nés de femmes sans instruction (46 % contre 15 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus). Trois régions semblent particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : Maradi (54 %), Zinder (53 %) et Diffa (45 %).

## **K. Test d'anémie**

L'anémie est généralement le résultat d'un manque de fer dans l'organisme. L'anémie constitue un problème important dans le monde et, en particulier, dans les pays en développement où pratiquement la moitié des femmes et des enfants en souffrent, que ce soit sous sa forme sévère, modérée ou légère. L'anémie est un grave problème de santé publique pour plusieurs raisons. Chez les enfants, l'anémie s'accompagne d'une diminution de la capacité physique à l'effort et d'une réduction des performances intellectuelles et donc scolaires. Chez les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiées courent également plus de risque de décéder lors de l'accouchement ou de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant dont la mère est anémique.

Un test d'anémie a été inclus à l'EDSN/MICS-III afin d'estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. En plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de ces individus était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et micro cuvette) et les résultats du test étaient immédiatement communiqués après.

Le tableau 11 présente les proportions d'enfants et de femmes anémiés selon la gravité de l'anémie<sup>1</sup>. Au niveau national, 84 % des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'une anémie quelconque : 21 % souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl) ; 56 % souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl) et 7 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (85 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (78 %). De plus, en rural, la prévalence de l'anémie sévère est un peu plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (7 % contre 5 %). C'est dans les régions de Tahoua (10 %) et de Dosso (9 %) que l'on observe les prévalences les plus élevées de l'anémie sévère

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 45 % des femmes souffrent d'anémie : 31 % en souffrent sous la forme légère, 13 % sous la forme modérée et 1 % en sont atteintes sous la forme sévère. On constate comme chez les enfants un écart entre les milieux rural et urbain (47 % contre 38 %). Ce sont les régions de Zinder (4 %) et d'Agadez (2 %) qui se caractérisent par les prévalences de l'anémie sévère les plus élevées.

---

<sup>1</sup> Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport principal.



Tableau 11. Anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois et des femmes âgées de 15-49 ans considérés comme ayant une anémie, selon des caractéristiques sociodémographiques, Niger 2006

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage ayant une anémie				Effectif
	Anémie quelconque	Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
<b>ENFANTS</b>					
<b>Milieu de résidence</b>					
Niamey	80,4	23,0	50,6	6,7	215
Autres villes	76,0	25,6	46,1	4,4	348
Ensemble urbain	77,7	24,6	47,8	5,3	563
Rural	85,0	19,8	57,8	7,4	3 169
<b>Région</b>					
Agadez	84,0	21,2	54,4	8,4	64
Diffa	75,0	23,6	48,0	3,4	104
Dosso	88,3	21,3	57,6	9,4	546
Maradi	85,5	20,9	57,8	6,8	884
Tahoua	86,9	16,8	60,0	10,1	771
Tillabéri	77,6	19,2	52,4	5,9	384
Zinder	81,3	22,8	54,7	3,7	764
Niamey	80,4	23,0	50,6	6,7	215
Ensemble	83,9	20,5	56,3	7,1	3 732
<b>FEMMES</b>					
<b>Milieu de résidence</b>					
Niamey	36,3	26,4	9,2	0,7	373
Autres villes	40,0	27,9	11,0	1,1	470
Ensemble urbain	38,3	27,2	10,2	0,9	843
Rural	46,8	32,1	13,1	1,6	3 465
<b>Région</b>					
Agadez	47,8	29,4	16,1	2,3	100
Diffa	40,5	29,5	9,8	1,2	108
Dosso	39,6	28,2	10,4	1,1	653
Maradi	47,4	33,1	13,0	1,2	867
Tahoua	47,4	32,8	13,9	0,7	929
Tillabéri	38,5	27,8	10,3	0,4	482
Zinder	52,9	34,2	15,0	3,7	797
Niamey	36,3	26,4	9,2	0,7	373
Ensemble	45,1	31,1	12,5	1,4	4 308

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence est ajustée pour l'altitude (Pour les enfants et les femmes) et la consommation du tabac (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant <7.0 g/dl d'hémoglobine ont une anémie sévère, les femmes et les enfants ayant 7.0-9.9 g/dl ont une anémie modérée, les femmes non enceintes ayant 10.0-11.9 g/dl et les enfants et les femmes enceintes ayant 10.0-10.9 g/dl ont une anémie légère.

## L. Mortalité infantile et juvénile

L'estimation du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSN/MICS-III. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, les données collectées permettent également de connaître les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de

mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1991 à 2006. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSN/MICS-III (période 2001-2006), le risque de mortalité infantile est évalué à 81 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 126 ‰ (tableau 12). Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 33 ‰ pour la mortalité néonatale et à 48 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 198 ‰. En d'autres termes, au Niger, environ un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

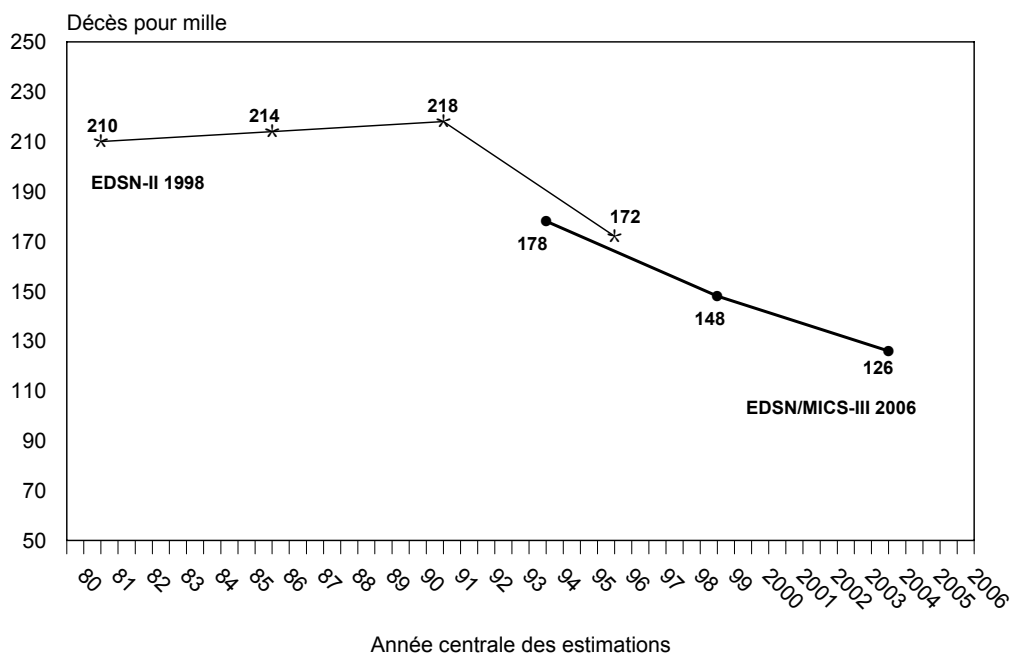
Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSN-II de 1998 et à l'EDSN/MICS-III, il semblerait que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse, passant de 172 ‰ pour la période 1993-1998 à 126 ‰ pour la période 2001-2006. De même, la mortalité infantile aurait connu également une baisse importante, passant de 123 ‰ à 81 ‰ au cours de la même période.

Tableau 12. Mortalité des enfants de moins de cinq ans					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDSN/MICS-III Niger 2006					
Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	33	48	81	126	198
5-9	51	54	106	148	239
10-14	46	70	115	178	273
EDSN-II 1998 (période 1994-1998)	44	79	123	172	274

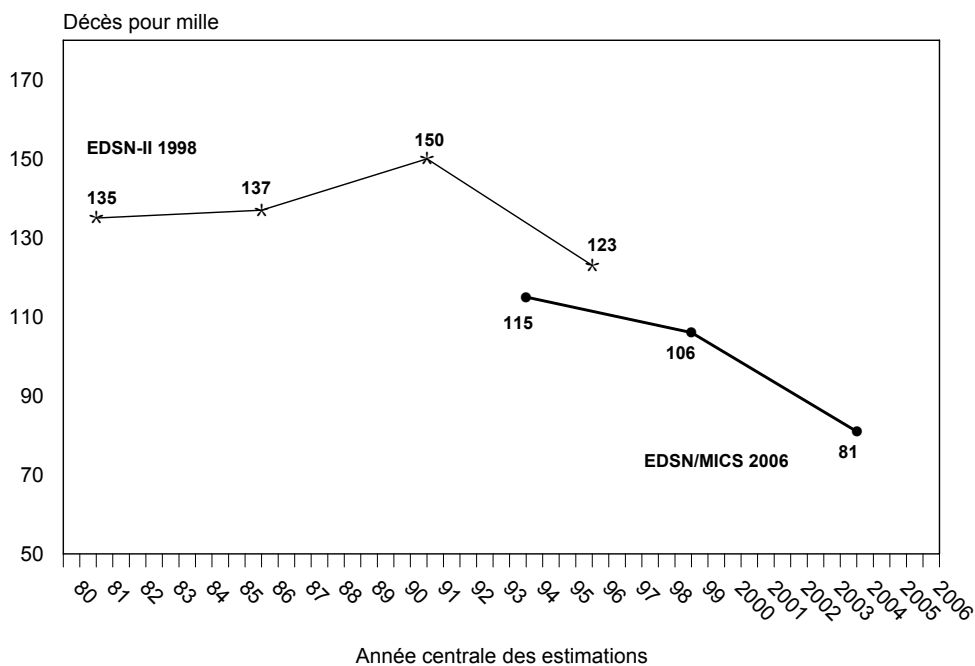
Il est préférable d'analyser ici les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de chacune des enquêtes. Le graphique 6 montre que les niveaux de mortalité juvénile sont cohérents pour toutes les périodes, que ces niveaux soient calculés à partir de l'EDSN-II ou de l'EDSN/MICS-III. Ainsi, autour des années 1993-95 (0-4 ans avant l'EDSN-II et 10-14 ans avant l'EDSN/MICS-III), la mortalité juvénile se situait aux environs de 172-178 ‰, puis cette mortalité a diminué pour se situer aux environs de 126 ‰ autour de 2003 (0-4 ans avant l'EDSN/MICS-III).

En ce qui concerne la mortalité infantile (graphique 7), son niveau estimé pour la période centrée autour des années 1993-95 (0-4 ans avant l'EDSN-II et 10-14 ans avant l'EDSN/MICS-III) est cohérent selon les deux enquêtes et se situait aux environs de 115-123 ‰. Selon l'EDSN/MICS-III, la mortalité infantile aurait alors connu une baisse importante, passant de 115-123 ‰ pour la période centrée autour de 1996 à 81 ‰ pour la période centrée autour de 2004.

**Graphique 6**  
**Tendances de la mortalité juvénile (1-4 ans)**



**Graphique 7**  
**Tendances de la mortalité infantile**



## M. Connaissance du VIH/Sida

La quasi-totalité des enquêtés (83 % des femmes et 95 % des hommes) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Le niveau de connaissance varie très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques (tableau 13).

La majorité des hommes et à l'opposé peu de femmes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il existe un moyen d'éviter de contracter le VIH/sida (respectivement 64 % des hommes et 37 % des femmes). À ce niveau, les différences entre milieux de résidence sont assez importantes. Alors que 67 % des femmes et 85 % des hommes de la ville de Niamey pensent qu'il existe, au moins, un moyen pour éviter de contracter le VIH/sida, ces proportions atteignent, respectivement, 30 % et 59 % en milieu rural.

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	A entendu parler du VIH/sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	A entendu parler du VIH/sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	79,7	36,0	1 718	88,0	50,6	620
20-24	83,8	39,1	1 651	95,3	65,5	490
25-29	83,1	36,2	1 792	96,2	72,3	472
30-39	85,1	36,2	2 521	96,6	69,6	806
40-49	82,6	35,5	1 542	96,7	66,1	712
50-59	na	na	na	95,1	60,7	448
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	84,1	48,2	916	91,7	62,4	1 109
En union ou vivant ensemble	82,6	35,1	7 941	96,1	64,9	2 360
Divorcé/séparé/Veuf/veuve	90,0	40,1	366	95,4	71,9	80
<b>Milieu de résidence</b>						
Niamey	97,3	66,6	822	99,1	84,5	441
Autres Villes	96,5	58,0	995	98,3	77,7	466
Ensemble urbain	96,9	61,9	1 817	98,6	81,0	907
Rural	79,7	30,4	7 406	93,3	58,5	2 642
<b>Région</b>						
Agadez	86,3	45,6	248	98,6	59,4	108
Diffa	71,8	27,2	221	89,7	64,3	95
Dosso	90,5	50,9	1 303	97,9	66,0	424
Maradi	69,4	26,5	1 752	88,6	43,6	678
Tahoua	85,0	28,2	1 859	97,7	67,2	658
Tillabéri	82,0	41,9	1 329	89,1	65,9	461
Zinder	84,2	26,2	1 688	96,9	67,3	683
Niamey	97,3	66,6	822	99,1	84,5	441
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	80,3	32,0	7 393	92,6	58,2	2 199
Primaire/alphabétisé	92,2	45,1	1 270	97,6	66,7	848
Secondaire ou plus	99,2	77,9	560	99,0	86,6	502
<b>Ensemble</b>	<b>83,1</b>	<b>36,6</b>	<b>9 223</b>	<b>94,7</b>	<b>64,3</b>	<b>3 549</b>

Selon la région, le pourcentage de femmes et d'hommes qui pensent qu'il existe un moyen pour éviter de contracter le VIH/sida varie d'un minimum de 26 % dans la région de Zinder à un maximum de 51 % dans celle de Dosso pour les femmes, et d'un minimum de 44 % dans la région de Maradi à un maximum de 67 % dans celles de Tahoua et de Zinder pour les hommes.

## N. Utilisation du condom

Bien qu'une forte proportion de femmes et d'hommes aient déclaré qu'il existe un moyen d'éviter le VIH/sida (tableau 13), l'utilisation du condom reste cependant relativement limitée. En effet, parmi les femmes connaissant le VIH/sida et ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seulement 0,4 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec n'importe quel type de partenaire (tableau 14). Par comparaison, cette proportion est de 3,4 % chez les hommes (tableau 15).

Du fait de la faiblesse de certains effectifs, il est difficile de commenter les écarts selon le statut matrimonial. Les résultats selon le milieu de résidence montrent que c'est en milieu urbain que le condom est utilisé le plus fréquemment, que ce soit par les femmes (3 % dans la ville de Niamey et 1 % dans les Autres villes) ou par les hommes (20 % dans la ville de Niamey et 8 % dans les Autres villes). Enfin, les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent beaucoup plus fréquemment le condom (3 % pour les femmes et 18 % pour les hommes) que ceux ayant le niveau primaire et surtout que ceux sans instruction (0,2 % pour les femmes et 0,8 % pour les hommes).

**Tableau 14. Utilisation du condom : femmes**

Parmi les femmes qui connaissent le VIH/sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, pourcentage de celles ayant utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels avec leur conjoint, avec un autre partenaire ou avec n'importe quel type de partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur époux/partenaire cohabitant		Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire non marital et non cohabitant		Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec n'importe quel type de partenaire	
	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	0,3	972	*	9	0,3	981
20-24	0,5	1 355	(16,3)	19	0,7	1 374
25-29	0,1	1 600	*	17	0,2	1 615
30-39	0,3	2 317	(15,5)	22	0,4	2 339
40-49	0,4	1 347	*	3	0,5	1 350
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	*	0	(25,3)	23	(25,3)	23
En union ou vivant ensemble	0,3	7 505	(5,3)	28	0,3	7 529
Divorcé/séparé/Veuf/veuve	0,6	88	(16,9)	19	3,5	106
<b>Milieu de résidence</b>						
Niamey	1,3	454	(22,4)	29	2,6	480
Autres villes	0,5	700	(15,2)	16	0,8	716
Ensemble urbain	0,8	1 154	19,8	44	1,5	1 197
Rural	0,2	6 438	*	26	0,2	6 461
<b>Région</b>						
Agadez	0,6	164	*	4	0,9	167
Diffa	0,3	191	*	2	0,5	193
Dosso	0,6	1 023	*	7	0,6	1 029
Maradi	0,1	1 661	*	5	0,1	1 665
Tahoua	0,1	1 520	*	10	0,3	1 528
Tillabéri	0,2	1 049	*	8	0,2	1 058
Zinder	0,2	1 529	*	7	0,2	1 537
Niamey	1,3	454	(22,4)	29	2,6	480
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	0,2	6 385	9,7	34	0,2	6 416
Primaire/alphabétisée	0,7	949	(12,2)	23	1,0	970
Secondaire ou plus	1,4	258	(32,4)	14	3,0	272
Ensemble	0,3	7 592	15,0	71	0,4	7 658

\* Basé sur trop peu de cas non pondérés.  
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau 15. Utilisation du condom : hommes

Parmi les hommes qui connaissent le VIH/Sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, pourcentage de ceux ayant utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels avec leur conjoint, avec une autre partenaire ou avec n'importe quel type de partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSN/MICS-III Niger 2006

Caractéristiques sociodémographiques	Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur épouse/ partenaire cohabitant		Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une partenaire non maritale et non cohabitante		Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec n'importe quel type de partenaire	
	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	*	15	30,5	45	23,1	59
20-24	0,4	146	41,6	56	11,9	202
25-29	0,7	331	59,2	38	6,7	366
30-39	0,5	726	58,1	36	2,5	749
40-49	0,1	689	*	6	0,2	691
50-59	0,4	431	*	7	0,7	436
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	*	0	50,1	138	50,1	138
En union ou vivant ensemble	0,4	2 325	(31,8)	35	0,5	2 336
Divorcé/séparé/veuf	*	14	*	15	(15,9)	29
<b>Milieu de résidence</b>						
Niamey	3,3	181	72,9	63	20,3	237
Autres villes	0,8	215	52,9	39	8,3	248
Ensemble urbain	1,9	396	65,3	102	14,2	485
Rural	0,1	1 943	21,5	87	0,8	2 018
<b>Région</b>						
Agadez	0,6	56	(50,0)	13	8,4	67
Diffa	0,8	62	*	8	4,7	69
Dosso	0,0	263	*	19	3,4	279
Maradi	0,3	522	*	16	1,0	535
Tahoua	0,0	436	(12,0)	44	1,1	478
Tillabéri	0,0	318	*	4	0,4	320
Zinder	0,2	501	*	21	1,3	519
Niamey	3,3	181	72,9	63	20,3	237
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	0,1	1 631	21,9	67	0,8	1 687
Primaire/alphabétisé	0,3	516	44,6	61	4,9	570
Secondaire ou plus	3,0	192	71,8	60	18,0	245
Ensemble	0,4	2 339	45,1	188	3,4	2 503

\* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

## MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)
Ethiopie	Août	2000	(anglais)
Haïti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Nigeria	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)
Ghana	Juin	2004	(anglais)
Maroc	Juin	2004	(français)
Bangladesh	Septembre	2004	(anglais)
Cameroun	Octobre	2004	(français)
Madagascar	Octobre	2004	(français)
Afrique du Sud	Décembre	2004	(anglais)
Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Peru (continu)	Avril	2005	(espagnol)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Ouganda (EIS)	Juin	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)
Malawi	Août	2005	(anglais)
Guinée	Août	2005	(français)
Lesotho	Octobre	2005	(anglais)
Egypte	Septembre	2005	(anglais)
Rwanda	Novembre	2005	(français)
Ethiopie	Novembre	2005	(anglais)
Moldavie	Novembre	2005	(anglais/roumain)
Vietnam (EIS)	Février	2006	(anglais/vietnamien)
Arménie	Mars	2006	(anglais)
Congo (Brazzaville)	Mars	2006	(français)
Côte d'Ivoire (EIS)	Juin	2006	(français)
Cambodge	Juillet	2006	(anglais)
Haïti	Juillet	2006	(français)
Zimbabwe	Août	2006	(anglais)
Niger	Août	2006	(français)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécutif de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.