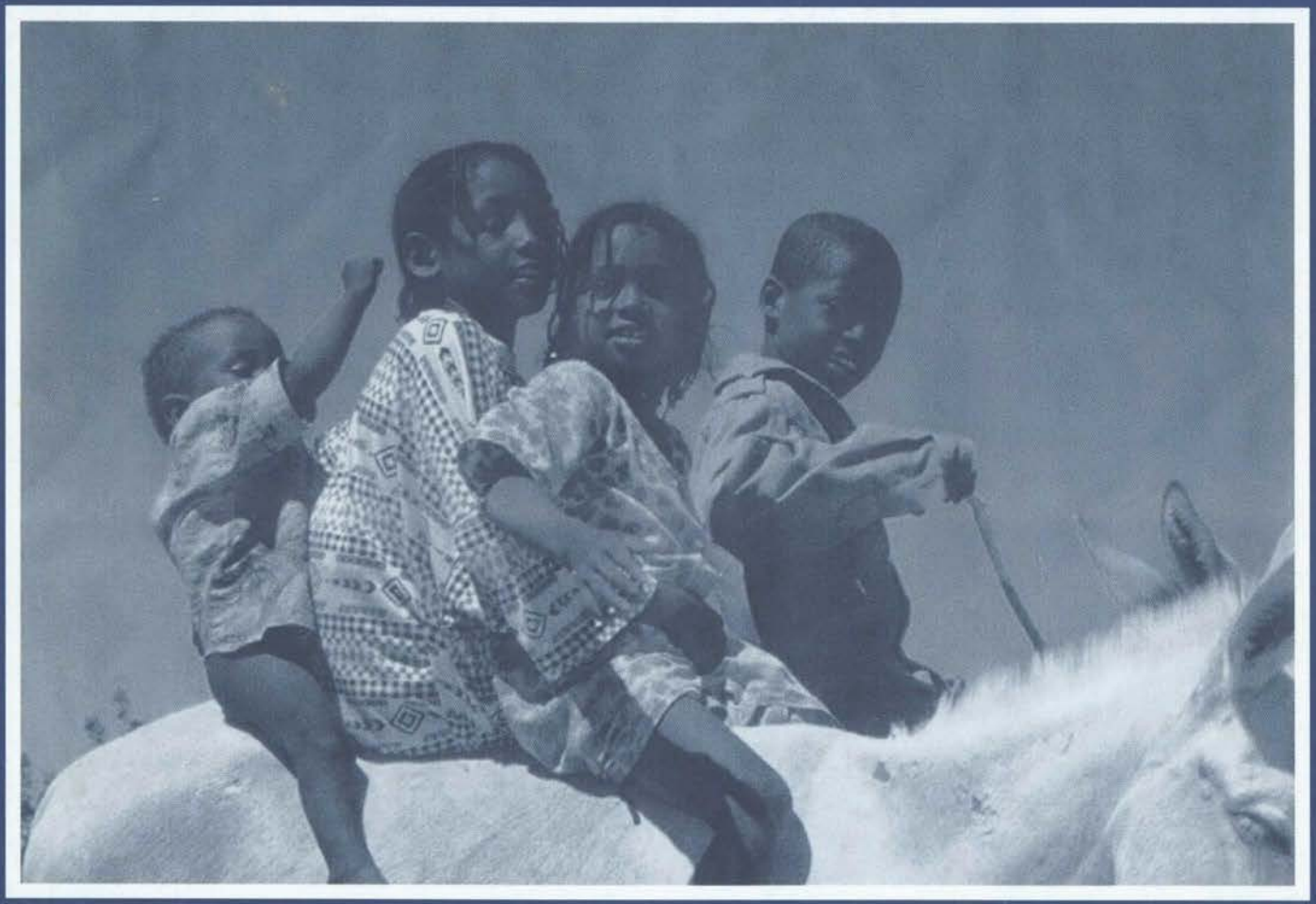
ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES DE LA FIN DE LA DÉCENNIE

(MICS2)

République du Niger

unicef



Décembre 2000



République du Niger



ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES 2000 (MICS2)

République du Niger
UNICEF/Niger
Niamey, Niger

Décembre 2000

Citation recommandée : République du Niger et UNICEF. 2000. *Enquête à indicateurs multiples 2000 (MICS2)*. Niamey, Niger.

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX vii
LISTE DES GRAPHIQUES ix
PRÉFACE xi
REMERCIEMENTS xiii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS xv
RÉSUMÉ xvii
CARTE DU NIGER xxiv

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ENQUÊTE ET CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU PAYS 1
1.1 CONTEXTE DE L'ENQUÊTE 1
1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRLES DU PAYS 1
1.3 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE 3

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE 5
2.1 CADRE INSTITUTIONNEL 5
2.2 ÉCHANTILLONNAGE 6
2.3 QUESTIONNAIRES ET MANUELS 6
2.3.1 Adaptation des questionnaires de base 7
2.3.2 Pré-test et finalisation du questionnaire 8
2.3.3 Manuel d'instruction 8
2.3.4 Reproduction des questionnaires et d'autres documents 8

2.4 COLLECTE DES DONNÉES 8
2.4.1 Formation des agents de terrain 8
2.4.2 Travaux de terrain 9

2.5 EXPLOITATION DES DONNÉES 9
2.5.1 Principe 9
2.5.2 Équipement informatique et personnel du traitement des données 9
2.5.3 Adaptation des programmes informatiques 10
2.5.4 Organisation des activités de traitement des données 10
2.5.5 Archivage et apurement des fichiers de données 10
2.5.6 Tabulation et analyse 11

CHAPITRE 3 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON ET QUALITÉ DES DONNÉES ... 13
3.1 TAUX DE RÉPONSE 13
3.2 STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION ET INFORMATIONS MANQUANTES 14
3.2.1 Structure par âge de la population 14
3.2.2 Informations manquantes pour quelques questions 15

3.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES MÉNAGES 16
3.3.1 Ménages 17
3.3.2 Femmes de 15-49 ans 18
3.3.3 Enfants de moins de cinq ans 19

CHAPITRE 4 : MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 21

4.1 MÉTHODOLOGIE 21
4.2 RÉSULTATS 23
4.3 MORTALITÉ DIFFERENTIELLE 25

CHAPITRE 5 : ÉDUCATION DES ENFANTS 27

5.1 ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 27
5.2 ÉDUCATION DE BASE 28
5.3 ALPHABÉTISATION DES ADULTES 32
5.4 UTILISATION DES MÉDIAS 33

CHAPITRE 6 : EAU, SANITAIRIES ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE 35

6.1 UTILISATION DE L'EAU SALUBRE 35
6.2 UTILISATION DES SANITAIRES 36
6.3 STATUT SOCIO-ÉCONOMIOUE DES MÉNAGES 37

CHAPITRE 7 : ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS, PRATIQUES D'ALIMENTATION, IODATION DU SEL, VITAMINE A ET FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE 39

7.1 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 39
7.1.1 Retard de croissance : taille-pour-âge 39
7.1.2 Émaciation : poids-pour-taille 42
7.1.3 Insuffisance pondérale : poids-pour-âge 43
7.2 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT 44
7.3 IODATION DU SEL 45
7.4 VITAMINE A ET CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE CHEZ LES ENFANTS ET CHEZ LES FEMMES . 47
7.4.1 Supplément en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois et chez les mères 47
7.4.2 Cécité crépusculaire 50
7.5 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE 52

CHAPITRE 8 : SANTÉ DES ENFANTS 53

8.1 VACCINATION DES ENFANTS 53
8.2 MALADIES DES ENFANTS 56
8.2.1 Diarrhée 56
8.2.2 Infections respiratoires aiguës 60
8.2.3 Initiatives pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance 62
8.2.3.1 Maladies de l'enfance 62
8.2.3.2 Connaissance des principaux symptômes pour la recherche d'un traitment 64
8.2.4 Paludisme 65
8.2.4.1 Utilisation des moustiquaries 65
8.2.4.2 Traitements de la fièvre 66

CHAPITRE 9 : VIH/SIDA **69**
9.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET DES MOYENS DE PROTECTION 69
9.2 FAUSSES CONCEPTIONS SUR LE SIDA 71
9.3 CONNAISSANCE DES MOYENS DE TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT 73
9.4 ATTITUDES DISCRIMINATOIRES À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT LE SIDA 74
9.5 CONNAISSANCE SUFFISANTE DU VIH/SIDA 75
9.6 TEST DU SIDA 77

CHAPITRE 10 : SANTÉ DE LA REPRODUCTION **79**
10.1 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION 79
10.2 SOINS PRÉNATALS 81
10.3 ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT 85

CHAPITRE 11 : AUTRES DROITS DES ENFANTS **87**
11.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES VIVANTES À L'ÉTAT CIVIL 87
11.2 ORPHELINAT ET ARRANGEMENTS ALTERNATIFS DE VIE 89
11.3 TRAVAIL DES ENFANTS 93

RÉFÉRENCES **95**
ANNEXE 1 : PLAN DE SONDAGE **97**
ANNEXE 2 : ERREURS DE SONDAGE **103**
ANNEXE 3 : PERSONNEL DE LA MICS2 ..... **114**
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES **116**

LISTE DES TABLEAUX

Page

Tableau 1 : Taille et couverture de l'échantillon 13
Tableau 2 : Structure par âge de la population 15
Tableau 3 : Informations manquantes 16
Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographique des ménages 17
Tableau 5 : Caractéristique socio-démographique des femmes 18
Tableau 6 : Caractéristique socio-démographique des enfants 20
Tableau 7 : Enfants nés vivants et enfants décédés 23
Tableau 8 : Mortalité des enfants par caractéristique de la mère 24
Tableau 9 : Programme d'éducation préscolaire 28
Tableau 10 : Éducation de base 29
Tableau 11 : Fréquentation de l'école primaire 30
Tableau 12 : Alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus 32
Tableau 12a : Accès aux médias des femmes 34
Tableau 13 : Utilisation de l'eau salubre 35
Tableau 14 : Accès à un système sanitaire de traitement des excréments 36
Tableau 14a : Statut socio-économique des ménages 38
Tableau 15 : État nutritionnel des enfants 41
Tableau 16 : Allaitement et aliment de complement 44
Tableau 17 : Utilisation du sel iodé 46
Tableau 18 : Supplément de vitamine A chez les enfants de 6-59 mois 48
Tableau 19 : Supplément de vitamine A chez les mères 49
Tableau 19a : Cécité crépusculaire chez les enfants de 24-59 mois 50
Tableau 19b : Cécité crépusculaire chez les mères 51
Tableau 20 : Faible poids à la naissance 52
Tableau 21 : Vaccinatition des enfants avant l'âge de 12 mois 53
Tableau 22 : Vaccination des enfants de 12-23 mois 55
Tableau 23 : Prévalence et traitement de la diarrhée 57
Tableau 24 : Prévalence et utilisation de la thérapie de réhydratation orale (TRO) 59
Tableau 25 : Prévalence et traitement des IRA 61
Tableau 26 : Prévalence des maladies et alimentation des enfants 63
Tableau 27 : Connaissance des symptômes pour la recherche des soins 64
Tableau 28 : Utilisation des moustiquaires chez les enfants 66
Tableau 29 : Traitement de la fièvre 67
Tableau 30 : Connaissance du VIH/sida et principaux moyens de protection contre le sida 70
Tableau 31 : Fausses conceptions sur le sida 72
Tableau 32 : Identification correcte des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant 73
Tableau 33 : Discrimination à l'égard des personnes ayant le sida 75
Tableau 34 : Connaissance suffisante des moyens de transmission du VIH/sida 76
Tableau 35 : Connaissance d'un endroit pour le test du sida 78
Tableau 36 : Utilisation de la contraception 80
Tableau 37 : Protection contre le tétanos néonatal 82
Tableau 38 : Soins prénals aux femmes ayant une naissance au cours de la dernière année 84
Tableau 39 : Assistance à l'accouchement des femmes ayant une naissance l'année dernière 85
Tableau 40 : Enregistrement des enfants à l'état civil 88
Tableau 41 : Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents 90
Tableau 42 : Travail des enfants de 5-14 ans 94

LISTE DES GRAPHIQUES

Page

Graphique 1 : Structure de la population par âge 14
Graphique 2 : Mortalité infantile et infanto-juvénile..... 25
Graphique 3 : Proportion d'enfants d'âge scolaire qui fréquentent l'école primaire..... 31
Graphique 4 : État nutritionnel des enfants..... 42
Graphique 5 : Vaccination des enfants..... 54
Graphique 6 : Connaissance du VIH/sida..... 77
Graphique 7 : Protection contre le tétanos néonatal..... 83

PRÉFACE

En Septembre 1990 se tenait à New York le Sommet mondial pour les enfants qui a regroupé 71 Chefs d'État et de Gouvernement dont l'engagement a permis l'élaboration et l'adoption de la Déclaration et du Plan d'Action mondial en faveur des enfants. L'approbation de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) par l'Assemblée Générale des Nations Unies avec l'entrée en vigueur de cet instrument juridique a été l'élément catalyseur à la mise en œuvre des plans d'action dont la CDE reste le cadre de référence.

Conformément aux engagements de New York qui demandaient à chaque pays de mettre en place des mécanismes nécessaires pour mesurer les progrès accomplis, le Niger s'est doté d'un plan d'action national. Afin de répondre à ce besoin en cette fin de décennie, l'UNICEF et d'autres partenaires au développement ont bien voulu accompagner le Niger dans le long processus de collecte, d'analyse et de publication de données.

La publication de l'enquête de base SBI et de l'enquête MICS2, faisant suite à une première réalisée en 1996 dans un pays comme le Niger qui souffraient énormément de manque de données correctes sur les indicateurs clés, répond aujourd'hui à cette insuffisance, à un besoin pressant. L'enquête MICS, combinée à l'Enquête de Base dans les 12 Départements des zones SBI (Services de Base Intégrés), revêt une importance capitale. C'est la première fois que le pays dispose d'indicateurs clés de développement au niveau régional et de chaque département cible du programme SBI, afin de connaître les problèmes de développement, de les apprècier, de trouver des solutions les plus appropriées, d'offrir au plan régional et départemental les possibilités pour avoir deorénavant des données pour estimer les ressources à investir dans les secteurs pour juguler les problèmes. Ce gigantesque travail doit être une des références pour tous les utilisateurs.

Puissent les résultats de l'enquête MICS2 et de l'enquête de base servir la cause des démunis, c'est-à-dire celle enfants et des femmes.

Le Ministre du Plan

M Maïki Barhouni

La Représentante de l'UNICEF

Mme Mary Roodkowsky

REMERCIEMENTS

Le Niger en matière de collecte et d'analyse de données statistiques, vient de relever un double défi : celui de réaliser l'enquête à indicateurs multiples (MICS2) conformément aux engagements pris lors du Sommet mondial pour les enfants et surtout de la combiner avec l'enquête de base du programme Services de Base Intégrés (SBI).

Ces résultats fiables, disponibles désormais engagent chaque nigérien à prendre conscience de la situation préoccupante et d'agir sur les niveaux des indicateurs. Ce travail est le fruit d'un long processus participatif dont les résultats au cours de l'atelier technique, ont suscité un grand intérêt et permis des échanges fructueux. Ce processus long, complexe et souvent difficile à maîtriser, ne saurait aboutir sans la participation, aux différentes niveaux de tous les parties et acteurs concernés.

Nous voudrions saisir cette occasion pour adresser nos vifs remerciements et toute notre gratitude à tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réussite des différentes phases d'exécution des enquêtes. Il s'agit notamment :

- du comité interministériel pour son rôle assidu de concertation et de coordination
- de l'Agence d'exécution Macro International Inc. pour le sérieux et la qualité de son travail
- des enquêteurs, énumérateurs, agents et vérificateurs de saisie, des informaticiens, des chefs d'équipe et les chauffeurs qui se sont entièrement investis malgré les dures conditions de terrain.

Nous tenons à remercier particulièrement les populations des zones enquêtées avec une mention spéciale aux femmes qui ont fait montre de disponibilité pour répondre aux questions malgré leurs multiples préoccupations et sans qui, certaines informations très sensibles et à caractère intime, n'auraient pu être obtenues. Nous n'oublions pas les autorités administratives, coutumières, les responsables des services techniques régionaux et sous-régionaux pour leur sollicitude, l'assistance matérielle et morale apportée aux équipes qui ont sillonné leurs localités.

Que tous ceux qui de près comme de loin ont apporté leur contribution à ces importantes enquêtes, trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Le Ministre du Plan

M Maïki Barhouni

La Représentante de l'UNICEF

Mme Mary Roodkowsky

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BCR	Bureau Central du Recensement
CAP	Connaissance, attitude et pratique
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centre de contrôle de maladies États-Unis)
CM	Centres médicaux
CNSF	Centre National de Santé Familiale
CNSR	Centre National de Santé de la Reproduction
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, tétanos, coqueluche (vaccin)
EDS (DHS)	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys)
ET	Écart type
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NCHS	National Center of Health Statistics (Centre National des Statistiques Sanitaires, États-Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PNLS/MST	Programme National de Lutte Contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles
REPS	Racine Carrée de l'Effet du Plan de Sondage
RGP	Recensement Général de la Population
SIDA	Syndrome de l'immuno-dépréssion acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SRO	Sels de réhydratation par voie orale

SR/PF	Santé de reproduction/planification familiale
TBN	Taux brut de natalité
TGFG	Taux global de fécondité générale
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPS	Unité primaire de sondage
USAID	United States Agency for International Developpement (Agence des État-Unis pour le Développement International)
VAT	Vaccination antitétanique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZD	Zones de dénombrement

RÉSUMÉ

L'enquête à indicateurs multiples (MICS2) du Niger est une enquête sur les ménages, les femmes et les enfants. Les résultats de la MICS2 sont représentatifs au niveau national et régional. Les principaux objectifs de l'enquête consistent à recueillir des informations récentes pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Niger à la fin de la décennie et de fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès en vue de la réalisation des objectifs établis au cours du Sommet mondial pour les enfants et pour servir de base aux actions futures.

Mortalité infantile et infanto-juvénile

- Les résultats de la MICS2 au Niger ont montré que la mortalité infantile et juvénile se situe à des niveaux encore élevés. Au cours de la période centrée sur 1995, sur 1 000 enfants nés vivants, 126 sont décédés avant leur 1er anniversaire; sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 177 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Enfin, la mortalité infanto-juvénile (de la naissance à l'âge de 5 ans exacts) touche 280 enfants pour 1 000 naissances vivantes. Ce niveau élevé de mortalité infanto-juvénile a été également observé au cours des cinq années précédant l'EDSN-II 1998 (274 pour 1 000) et au cours des cinq premières années précédant l'EDSN-I 1992 (318 pour 1 000) et, d'après la MICS1, au cours de la période centrée sur 1989 (337 pour 1 000).

Éducation

- Moins du tiers (30%) des enfants en âge d'aller à l'école primaire au Niger fréquentent une école primaire. À l'exception de la capitale Niamey (70%), cette fréquentation scolaire est faible dans toutes les régions, et d'une manière plus prononcée dans la région de Tahoua (11%). Les disparités de la fréquentation d'une école primaire sont très nettes entre garçons et filles (35% contre 25%).
- Sept enfants sur dix (70%) qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive, la cinquième année. Si dans la plupart des régions, la grande majorité des enfants qui entrent en première année accéderont à la cinquième (variant de 66% Dosso à 96% à Agadez), dans la région de Tahoua, cette proportion n'est que de 14%.
- Seulement 20% de la population adulte de 15 ans ou plus est alphabétisée au Niger. Non seulement, le taux au niveau national est très faible mais on constate une très forte disparité entre les hommes et les femmes (30% contre 11%). À l'exception de la capitale Niamey (49%), le taux d'alphabétisation des femmes est faible dans toutes les régions.

Eau et assainissement

- Au niveau national, 43% de la population utilise l'eau salubre pour la boisson. Si à Niamey et dans les autres villes, près des trois quarts de la population utilisent de l'eau de boisson salubre (respectivement 73% et 80%), dans pratiquement toutes les autres régions et en milieu rural, respectivement moins de la moitié et à peine le tiers ont accès à une eau de boisson salubre.
- Seulement 18% de la population a accès à un système sanitaire de traitement des excréments. La situation déplorable de la faible utilisation de systèmes sanitaires de traitement des excréments est générale à toutes les régions du Niger, à l'exception de Niamey.

Malnutrition des enfants

- Quarante pour cent (40%) des enfants âgés de moins de 5 ans au Niger souffrent d'insuffisance pondérale ou sont trop minces pour leur âge. De même, 40% des enfants souffrent de retard de croissance ou sont trop courts pour leur âge et 14% sont émaciés ou trop minces pour leur taille.

Allaitement au sein

- Seulement 2% des enfants âgés de moins de 4 mois sont allaités exclusivement, ce qui est très inférieur à la recommandation de l'UNICEF qui veut que tous les enfants soient exclusivement allaités jusqu'à l'âge de 4 mois ou de 6 mois. A l'âge de 6-9 mois, 56% des enfants reçoivent du lait maternel et des aliments solides ou semi-solides. À l'âge de 20-23 mois, 61% continuent d'être allaités.

Iodation du sel

- Quarante quatre pour cent (44%) des ménages au Niger disposent de sel iodé de façon adéquate (25 PPM). La faible consommation du sel iodé concerne particulièrement les régions de Tillaberi, de Dosso, d'Agadez et de Maradi (respectivement 27%, 33%, 34% et 39%). Par contre, dans les régions de Tahoua, Zinder et Niamey, la majorité des ménages consomment du sel iodé (respectivement 60%, 53% et 55%).

Supplément en vitamine A

- Dans l'ensemble, sept enfants sur dix âgés de 6-59 mois ont reçu un supplément de vitamine A, dont 59% au cours des six derniers mois, 6% avant les six derniers mois et 3% à une date inconnue. Au cours des six derniers mois, les enfants de Tahoua ont plus reçu de suppléments en vitamine A (81%) que ceux des régions de Tillaberi (33%) et de Zinder (36%).
- Parmi les enfants de 24-59 mois et parmi les mères qui ont eu un enfant au cours des 12 derniers mois, respectivement 2% et 14% ont souffert d'une cécité crépusculaire.

Faible poids à la naissance

- Environ 12% des nourrissons auraient un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance. Ce faible poids varie de 7% dans la région de Dosso à 15% dans la région de Tahoua.

Couverture vaccinale

- Seulement 22% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu les vaccinations du PEV (BCG, trois doses de DTCoq, trois doses de polio et une dose de rougeole). Cependant, pour seulement 13% des enfants, tous les vaccins ont été administrés avant l'âge de 12 mois, tel que recommandé. On note, par ailleurs, que 45% des enfants n'ont reçu aucune vaccination.
- On note, par ailleurs, que le faible taux de la couverture vaccinale au Niger est plus un problème rural qu'urbain. Si seulement 15% des enfants vivant en milieu rural sont complètement vaccinés, en milieu urbain plus de six enfants sur dix le sont (65% à Niamey et 60% dans les autres villes).

Diarrhée

- Environ quatre enfants sur dix ont souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines. Bien que les maladies diarrhéiques soient importantes au Niger, parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, seulement 14% ont été traités à l'aide de sels de réhydratation orale (SRO).
- Les aliments à base de céréales sont, toutefois, donnés aux enfants au cours du dernier épisode (73%). Dans l'ensemble, au cours du dernier épisode, 98% des enfants ont reçu un traitement recommandé.
- Cependant, seuls 38 pour cent des enfants souffrant de diarrhée ont reçu davantage de fluides et ont continué de manger tel que recommandé.

Infections respiratoires aiguës

- Douze pour cent (12%) des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Environ 27% de ces enfants avaient été présentés à un prestataire de soins de santé approprié.

Initiative de la PCIME

- Dans l'ensemble, 60% des enfants de moins de cinq ans étaient déclarés malades au moment de l'enquête.
- Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient eu la diarrhée ou d'autres formes de maladies au cours des deux semaines précédant l'enquête, 36% avaient reçu davantage de fluides et continuaient de

manger selon les recommandations du programme de la PCIME.

- On note, par ailleurs, que 36% des mères connaissent au moins deux des signes pour lesquels un enfant doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.

Paludisme

- Au Niger, malgré la forte prévalence du paludisme, seulement 17% des enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire avant l'enquête, dont 6% sous une forme imprégnée à l'insecticide.
- Environ 42% des enfants avaient fait une fièvre au cours des deux dernières semaines. Parmi ces enfants, 48% avaient reçu un traitement recommandé, dont 48% de Nivaquine (chloroquine) et moins de 1% le Fansidar. Par ailleurs, les enfants ont reçu d'autres traitements, notamment l'Aspirine (30%) et le Paracétamol (15%).

VIH/SIDA

- Le quart (26%) des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent les trois principaux moyens de prévention de la transmission du VIH – avoir un seul partenaire sexuel, l'utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel et l'abstinence sexuelle.
- Seulement 6% des femmes ont identifié correctement trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH – à savoir que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels, par les piqûres de moustiques, et qu'une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée.
- Seulement 12% des femmes en âge de procréer au Niger connaissent un endroit où l'on peut effectuer le test du sida, et environ 1% ont été testées.
- Le pourcentage des femmes qui ont des connaissances suffisantes de la transmission du VIH et le pourcentage qui sait où se faire tester pour le VIH augmente considérablement avec le niveau d'instruction.

Contraception

- Au Niger, 14% des femmes en union ont déclaré utiliser la contraception au moment de l'enquête, dont 4% pour une méthode moderne.

Soins prénatals

- Quatre femmes sur dix ayant accouché au cours des 12 derniers mois au Niger sont protégées contre le tétanos néonatal, dont plus du tiers (36%) ont reçu deux ou plusieurs doses du vaccin antitétanique au cours des trois dernières années.
- On note, également, que quatre femmes sur dix ayant accouché au cours des 12 derniers mois ont reçu des soins prénatals d'un personnel de santé formé (médecin, infirmier, sage-femme).

Assistance pendant l'accouchement

- Au cours des 12 derniers mois,16% des naissances intervenues ont reçu l'assistance d'un personnel formé de la santé : 15% avec l'aide d'une sage-femme ou infirmière et 1% avec l'aide d'un médecin.

Enregistrement des naissances

- Parmi les enfants de moins de cinq ans, seulement 45% ont été enregistrés à l'état civil. En ce qui concerne l'enregistrement des naissances, il n'existe pas de disparités importantes entre les sexes. Si en milieu urbain, 85% des enfants sont enregistrés à l'état civil, en milieu rural moins de la moitié l'est (40%).

Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants

- D'une manière générale, 83% des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent 8% et les enfants qui ont perdu un ou les deux parents représentent 5% de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans.

Travail des enfants

- Parmi les enfants âgés de 5 à 14 ans, 70% effectuent un travail quelconque au moment de l'enquête.
- Cependant, seulement 3% des enfants âgés de 5 à 14 ans effectuent un travail rémunéré, et 40% participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.
- Sept enfants sur dix (70%) effectuent des tâches domestiques, telles que la cuisine, la collecte de l'eau, et s'occupent d'autres enfants, pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 17% consacrent plus de quatre heures par jour à ces tâches.

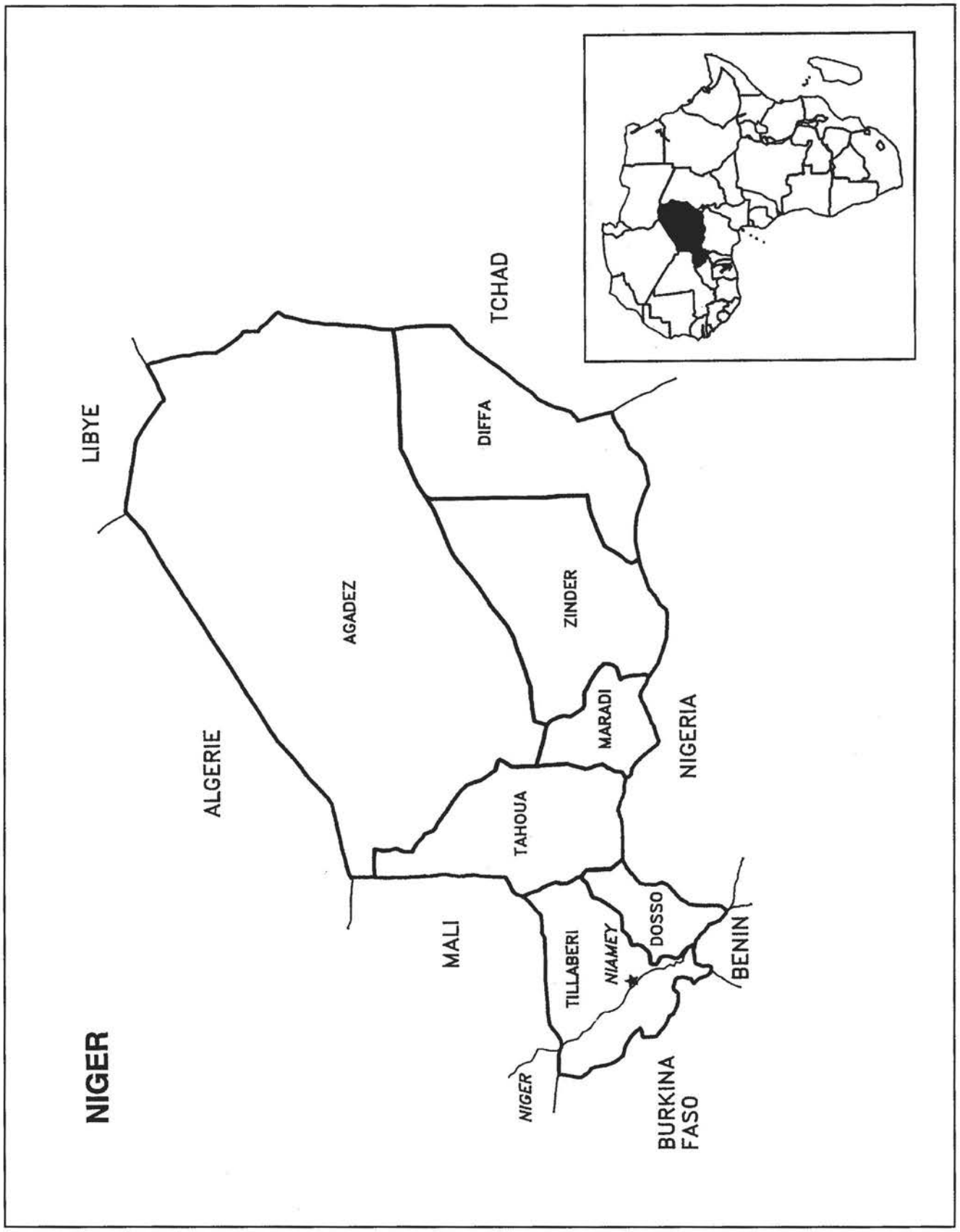
Résumé des indicateurs

Indicateurs du Sommet mondial pour les enfants		
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes	280,0
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décéder entre la naissance et le 1er anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes	126,0
Prévalence de l'insuffisance pondérale	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écart-types (-2 ET) et de moins 3 écart-types (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	39,6 14,3
Prévalence du retard de croissance	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écart-types (-2 ET) et de moins 3 écart-types (-3 ET) par rapport à la médiane taille-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	39,8 19,5
Prévalence de l'émaciation	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écart-types (-2 ET) et de moins 3 écart-types (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-taille de la population de référence du NCHS/WHO	14,1 3,2
Utilisation de l'eau à boire salubre	Pourcentage de la population qui utilise n'importe quelle source d'eau à boire parmi les sources d'approvisionnement suivantes : eau de robinet dans le logement; borne fontaine; puits à pompe (forage); puits protégé; source protégée; eau de pluie	43,2
Utilisation des moyens d'assainissement du traitement des excréments	Pourcentage de la population qui a, au sein du logement ou de la cour/parcelle : des toilettes connectées au système d'égouts; toutes les autres toilettes à chasse d'eau (privées ou publiques); latrines améliorées; latrines traditionnelles	18,1
Enfants ayant atteint la classe de 5ème primaire (CM1)	Pourcentage d'enfants entrant la première classe de l'école primaire qui atteignent éventuellement la classe de 5ème (CM1)	70,4
Taux net de fréquentation de l'enseignement primaire	Pourcentage d'enfants d'âge scolaire de l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire	30,3
Taux d'alphabétisation	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui est capable à la fois de lire et d'écrire, avec compréhension, un texte court et simple lié à la vie quotidienne	19,9
Mortalité des enfants de moins de cinq ans : sexe masculin/féminin	Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire pour 1 000 naissances : désagrégée par sexe	282 278
Insuffisance pondérale : sexe féminin/masculin	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écart-types (-2 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO : désagrégée par sexe	39,9 39,5
Prévalence contraceptive	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui utilisent (dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	14,0
Soins prénatals	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par un personnel de santé qualifié	41,2
Soins à la naissance de l'enfant	Pourcentage de naissances consultées par un personnel de santé qualifié	15,7
Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Pourcentage de naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes	11,7
Consommation du sel iodé	Pourcentage de ménages qui consomment d'une manière adéquate du sel iodé	44,2
Enfants ayant reçu des compléments de vitamine A	Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A au cours des 6 derniers mois	58,8
Mères ayant reçu des compléments de vitamine A	Pourcentage de mères qui ont reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A avant que leur bébé n'atteigne l'âge de 8 semaines	15,8

Cécité crépusculaire chez les enfants	Pourcentage d'enfants âgés de 24-59 mois souffrant de cécité nocturne	2,1
Cécité crépusculaire chez les femmes enceintes	Pourcentage de femmes qui avaient la cécité nocturne durant la dernière grossesse	17,1
Taux d'allaitement exclusif	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 4 mois (120 jours) qui reçoivent exclusivement le sein	2,0
Taux de pratique d'allaitement et des aliments de complément	Pourcentage d'enfants âgés de 6-9 mois (180-299 jours) qui reçoivent le sein et les aliments de complément	56,1
Taux d'allaitement continu	Pourcentage d'enfants âgés de 12-15 mois et de 20-23 mois qui sont allaités	96,1 61,3
Couverture vaccinale du DTCoq	Pourcentage d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq)	28,1
Couverture vaccinale de rougeole	Pourcentage d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la rougeole	36,5
Couverture vaccinale de polio	Pourcentage d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la poliomyélite	40,6
Couverture vaccinale de TB	Pourcentage d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la tuberculose	46,8
Protection contre le tétanos néonatal	Pourcentage d'enfants âgés d'un an protégés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leur mère	40,3
Prévalence de la diarrhée	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines	40,0
Utilisation du TRO	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et étaient traités avec des sels de réhydratation par voie orale ou une solution préparée à la maison (TRO)	14,3
Traitement de la diarrhée à la maison	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption durant l'épisode	37,9
Prévalence des IRA	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert des IRA au cours des deux dernières semaines	11,8
Recherche de soins pour traiter les infections respiratoires aiguës	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et étaient conduits à un dispensateur de santé approprié	27,1
Développement préscolaire	Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent un certain type de programme organisé d'éducation préscolaire	2,5
Indicateurs supplémentaires pour le suivi d'autres droits de l'enfant		
Enregistrement des naissances	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois dont les naissances sont enregistrées selon les déclarations des mères	45,4
Arrangements concernant la résidence des enfants	Pourcentage d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages mais sans un parent biologique	8,5
Orphelins dans les ménages	Pourcentage d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages qui sont orphelins	0,2
Travail des enfants	Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans vivant dans des ménages qui travaillent actuellement (rémunérés ou non-rémunérés), à la maison ou en dehors de la maison	70,1
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'initiative de la PCIME et du paludisme		
Traitement des maladies à domicile	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades durant les deux dernières semaines et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption	36,1
Connaissance des soins à chercher	Pourcentage de personnes en charge d'enfants âgés de 0-59 mois qui connaissent au moins deux des symptômes suivants pour chercher des soins : enfant incapable de boire ou d'allaiter, enfant qui devient plus malade, enfant qui développe de la fièvre, un enfant qui a une respiration rapide, un enfant qui a une respiration difficile, un enfant qui a du sang dans les selles, un enfant qui boit difficilement	36,2

Moustiquaires	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire traitée la nuit dernière	5,8
Traitement du paludisme	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades avec de la fièvre durant les deux dernières semaines et qui avaient reçu des médicaments antipaludiques	48.1
Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/sida		
Connaissance de la prévention du VIH/sida	Pourcentage de femmes qui ont cité correctement les trois principaux moyens pour éviter l'infection du VIH	25,7
Connaissance des conceptions erronées du VIH/sida	Pourcentage de femmes qui ont identifié correctement trois principales conceptions erronées sur le VIH/sida	5,9
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à son enfant	Pourcentage de femmes qui ont identifié correctement des moyens de transmission du VIH de la mère à son enfant	31,0
Attitudes vis-à-vis des personnes ayant le VIH/sida	Pourcentage de femmes ayant exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/sida	70,0
Femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH	Pourcentage de femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH	12,3
Femmes qui ont été testées pour le VIH	Pourcentage de femmes qui ont été testées pour le VIH	0,7
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'utilisation des médias		
Lecture de journal	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui lisent un journal au moins une fois par semaine	4,3
Ecoute de la radio	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui écoutent la radio au moins une fois par jour	48,6
Regarder la télévision	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui regardent la télévision au moins une fois par semaine	14,5
Indicateurs supplémentaires pour le suivi du statut socio-économique		
Possession de la radio	Pourcentage de ménages possédant un poste radio	41,1
Possession de la télévision	Pourcentage de ménages possédant un poste téléviseur	5,2
Nature du sol du logement	Pourcentage des ménages dont le sol du logement est en matériaux modernes (ciment, carrelage, etc.)	10,6
Possession de biens ménagers	Pourcentage des ménages possédant l'électricité	6,5

CARTE DU NIGER



CHAPITRE 1

CONTEXTE DE L'ENQUÊTE ET CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU PAYS

1.1 CONTEXTE DE L'ENQUÊTE

Le Niger accorde une grande importance aux rencontres entre nations. En effet, celles-ci constituent des opportunités uniques de réflexions et débats sur les orientations et les actions prioritaires à mener pour apporter des améliorations aux conditions de vie de la majorité des populations de la terre. C'est ainsi que le Niger a participé au premier Sommet mondial pour les enfants (SME) tenu à New York, sous l'égide des Nations Unies, en septembre 1990.

À cette importante rencontre, on notait la présence de 71 Chefs d'Etats et de gouvernement ainsi que de 88 responsables de divers pays. Ceux-ci ont, à cette occasion, pris des engagements fermes à travers une Déclaration et un Plan d'Action pour les enfants. Parmi ces engagements, il y avait la nécessité de suivre les progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs fixés pour l'an 2000. Depuis septembre 1990, date de tenue du SME, le Niger, comme beaucoup d'autres pays, a pris des mesures importantes. Il a réalisé plusieurs actions contenues dans les différents programmes nationaux d'action pour la protection et la survie de l'enfant nigérien. Ces mesures et actions ont été élaborées et mises en œuvre avec l'assistance de plusieurs partenaires au développement, particulièrement le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) au Niger. C'est ainsi que dès 1990, le Niger ratifiait la Convention relative aux droits des enfants. Le premier programme national d'action pour la protection, la survie et le développement de l'enfant nigérien était élaboré et adopté en 1992. Une Direction, chargée spécifiquement de la protection de l'enfant, a été créée au sein du Ministère chargé du Développement Social.

De nombreuses autres actions ont été exécutées dans divers domaines. La réalisation de la Première Enquête à Indicateurs Multiples (MICS1) en 1996 (Comité Interministériel et al., 1996) a permis d'évaluer, conformément aux recommandations du Plan Mondial d'Action, la situation des enfants du Niger à mi-décennie : il s'agit notamment des progrès réalisés concernant les droits des enfants à la survie, à la protection et au développement.

La Deuxième Enquête à Indicateurs Multiples (Multiple Indicator Cluster Survey – MICS2), appuyée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, a été réalisée en avril-août 2000 au Niger. La MICS2 est une enquête nationale par sondage qui a pour objectifs de fournir des indicateurs pour les objectifs mesurables du Sommet mondial pour les enfants et de servir de base pour le Programme de coopération Niger/UNICEF 2000-2004. Chaque objectif mesurable du SME a, en 1990, une cible quantifiée à atteindre en l'an 2000. L'enquête MICS2 fournit également des indicateurs pour le suivi d'autres droits des enfants, aussi bien que les autres priorités de programmes tels que la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) – (Integrated Management of Childhood Illness – IMCI) et le VIH/sida. En plus des objectifs et indicateurs assignés à la MICS2, l'enquête se propose de collecter des informations pour les objectifs et indicateurs mesurables suivants : statut socio-économique du ménage et accès aux médias.

1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU PAYS

La République du Niger, pays situé en Afrique Subsaharienne, est limitée au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali. De par sa superficie, le Niger est l'un des pays les plus vastes en Afrique de l'ouest avec 1 267 000 km^2. C'est aussi un pays continental et enclavé, sans débouché sur la mer. Le port le plus proche est situé à près de 1 000 km. Son climat est tropical de type soudanien. Il se caractérise par deux

principales saisons : une très longue saison sèche qui dure huit mois, du mois d'octobre au mois de mai et une courte saison des pluies qui dure quatre à cinq mois, du mois d'avril (ou mai) au mois de septembre. On note, par ailleurs, que la population nigérienne vit essentiellement de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et de l'artisanat.

L'histoire du territoire, qui est devenu le Niger moderne actuel, est très riche en événements. Elle a été marquée, depuis le VII^{ème} siècle après Jésus Christ, par d'importantes migrations et de multiples brassages des populations favorisés par sa position géographique et l'expansion rapide de l'Islam. La République du Niger a accédé à l'indépendance en 1960, comme beaucoup d'autres régions africaines. La langue officielle est le français. Le Niger était subdivisé, jusqu'avant la loi sur la décentralisation, en sept départements et une communauté urbaine. Les départements étaient subdivisés en arrondissements, les premiers étant administrés par des préfets et les seconds par des sous-préfets. Cependant, la réforme administrative adoptée au courant de l'année 1999 a transformé les départements en régions, et les arrondissements en départements. Si l'organisation administrative a peu varié depuis l'indépendance, le Niger a connu par contre de nombreuses mutations politiques. Aujourd'hui, après les élections présidentielles et législatives démocratiques et pluralistes d'octobre et novembre 1999, le pays a retrouvé sa stabilité. Le processus de décentralisation, amorcé depuis plusieurs années sera bientôt opérationnel et permettra aux représentants élus des populations de prendre en charge la gestion des nouvelles entités administratives. Ceci permettra aussi d'améliorer le processus d'identification, d'élaboration et d'exécution des plans et programmes de développement avec une meilleure prise en compte des préoccupations et des besoins des populations.

L'économie du Niger repose, en grande partie, sur les activités agricoles liées elles-mêmes essentiellement à la pluviométrie. Pourtant, malgré de nombreuses années, pendant lesquelles le pays a eu de bonnes récoltes agricoles, au cours de ces deux dernières décennies, l'économie nigérienne est en crise depuis 1982-1983. C'est au cours de cette période que les premiers programmes d'ajustement structurel ont été mis en oeuvre par le gouvernement avec l'appui de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International. Malheureusement, ces programmes d'ajustement structurel n'ont pas fourni les résultats escomptés et les difficultés économiques se sont aggravées à partir de 1990. Ces difficultés se sont d'ailleurs conjuguées avec de fréquentes perturbations sociales depuis cette période. Les principaux indicateurs macro-économiques sont à des niveaux assez critiques : depuis 1991 le produit intérieur brut (PIB) par tête ne dépasse pas 98 000 Franc CFA (143 $US aujourd'hui) et le taux de croissance économique évolue selon la conjoncture. Les taux d'inflation et de chômage sont estimés à près de 3%. À cet état de fait, il y a lieu d'y ajouter la dévaluation de 50%, en janvier 1994, du Franc CFA, la monnaie nationale que le Niger partage avec plusieurs autres pays de la sous-région.

Malgré toutes ces difficultés, la croissance démographique est assez élevée et a été estimée, depuis le dernier recensement général de la population de 1988, à 3,3% en moyenne par an. C'est là encore un autre défi, car cette croissance démographique entraîne de nouveaux besoins en services essentiels (eau, habitat, alimentation, éducation, santé, etc.), particulièrement pour les femmes et les enfants. Les données des différentes enquêtes réalisées depuis 1990 montrent qu'il n'y a pas d'amélioration significative des conditions de vie des ménages et des populations du Niger. Le taux brut de scolarisation est estimé en 1998 à 32% pour l'ensemble du pays et 25% pour les femmes. Le taux d'alphabétisation estimé en 1997 est de 17% pour l'ensemble et 12% pour les femmes. Au niveau de la santé, il a été estimé en 1999, qu'il y avait 1 médecin pour 35 317 habitants alors que les normes de l'OMS prévoient 1 médecin pour 10 000 habitants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile sont respectivement de 123‰ et de 274‰ (EDSN-II, 1998) et la couverture vaccinale des enfants est de 18% (EDSN-II, 1998).

Le gouvernement et les partenaires au développement doivent donc se mobiliser pour apporter des solutions concrètes et appropriées à la satisfaction des besoins d'une population nigérienne qui est estimée pour l'an 2000 à 10 700 000 habitants.

1.3 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

La Deuxième Enquête à Indicateurs Multiples a pour objectif principal d'évaluer les objectifs du Sommet mondial pour les enfants retenus en 1990 et de servir de base pour le programme de coopération Niger/UNICEF 2000-2004. Les données de la MICS2 permettent d'évaluer 21 des 27 objectifs du SME (UNICEF, 2000). Elles concernent notamment :

- la mortalité infantile et infanto-juvénile
- l'éducation
- l'eau et les sanitaires
- l'état nutritionnel, les pratiques d'alimentation, la consommation de sel iodé, le supplément en vitamine A, la cécité crépusculaire, le faible poids à la naissance, etc.
- santé des enfants (vaccination, maladies, etc.)
- le VIH/sida
- la santé de la reproduction (pratique contraceptive, soins prénatals et assistance à l'accouchement)
- les autres droits des enfants (enregistrement à l'état civil, protection au niveau de la famille et à l'égard du travail)

La MICS2 a également comme objectif de contribuer, d'une part, à l'amélioration de la qualité des données sur la santé des enfants et des mères au Niger et, d'autre part, au renforcement des capacités techniques en matière de conception, d'exécution et d'analyse des enquêtes.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'enquête MICS2 a des objectifs multiples, et touche plusieurs groupes cibles. Cela signifie que le processus de collecte des données est nettement plus complexe qu'une enquête sur la vaccination uniquement ou une autre enquête avec un seul objectif. Les buts de cette enquête sont également plus ambitieux que les enquêtes MICS de la mi-décennie. Au Niger, la MICS2 est combinée à une enquête de base (EB) qui, en plus des objectifs principaux de la MICS2, devrait fournir d'autres indicateurs au niveau des 12 départements d'intervention du programme Services de base intégrés (SBI). Ces 12 départements se situent dans les régions d'Agadez (Agadez Commune et Tchirozérine), de Tahoua (Abalack et Tchintabaraden), de Maradi (Aguié, Madarounfa, Mayahi et Tessaoua) et de Zinder (Magaria, Matameye, Mirriah et Tanout).

2.1 CADRE INSTITUTIONNEL

L'enquête MICS2 au Niger a bénéficié d'un financement du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'assistance technique de Macro International Inc. qui était l'organisme d'exécution. La MICS2 entre, en fait, dans le cadre du programme international des Enquêtes à Indicateurs Multiples *(Multiple Indicator Cluster Survey – MICS)* appuyé par l'UNICEF.

Un comité national, réunissant les représentants des Ministères, des Agences des Nations Unies et de la Société civile, avait la responsabilité de veiller au bon déroulement de la MICS2. Sont membres du Comité national : le Ministère du Plan, le Ministère du Développement Social, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère du Dévéloppement Rural, le Ministère des Ressources en Eaux, le Ministère de l 'Interieur, l'UNICEF, Macro International Inc., le PNUD, le Fond des National Unies pour la Population (FNUAP), le PAM, l'Organisation Mondiale de la Santeé (OMS), la FAO, la Banque Mondiale, CARE International et Helen Keller International (HKI).

Le Comité national, en tant qu'organe d'orientation pour l'organisation des deux enquêtes MICS2 et l'Enquête de Base (EB), devrait aider à :

- Examiner les indicateurs et questionnaires standard retenus au niveau international pour la MICS2
- Préciser les besoins en données statistiques des principaux acteurs et les indicateurs appropriés pour disposer des données de base permettant d'évaluer le progrès du SBI
- Suivre l'état d'avancement de la mise en oeuvre des enquêtes selon le calendrier établi
- Valider les rapports des deux enquêtes
- Diffuser largement les résultats des deux enquêtes.

L'enquête MICS2 est réalisée sous la coordination d'une équipe technique composée d'un coordonnateur de projet, d'un démographe et d'un statisticien et sous la supervision de l'UNICEF et du Comité national. L'équipe de coordination a travaillé en plein temps pour assurer un déroulement complet de l'enquête et du respect du plan de travail, y compris l'échantillonnage, la sélection et la formation des agents de terrain, la supervision de l'ensemble des activités de terrain et le traitement des données. L'équipe a également la responsabilité de s'assurer que les résultats de l'enquête seraient présentés d'une manière qui aidera les décideurs à comprendre leurs implications et à les utiliser pour la planification et la prise de décisions.

2.2 ÉCHANTILLONNAGE

Afin d'atteindre les objectifs de la MICS2, un échantillon national stratifié d'environ 4 500 ménages a été sélectionné. L'échantillon de la deuxième enquête démographique et de santé réalisée en 1998 (EDSN, 1998) a servi de base de sondage pour la MICS2. Cependant, pour les grappes communes à la MICS2 et à l'EB (la plupart localisées à Maradi, Zinder et Agadez), les données de la cartographie de 1998 du prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) a servi de base de sondage (Bureau Central de Recensement, 1999). Dans l'ensemble 198 zones de dénombrement (ZD) ou grappes composent l'échantillon de la MICS2. Parmi ces 198 grappes, 139 sont issues des ZD de l'EDSN 1998 et 59 sont issues des ZD de la cartographie de 1998 du prochain RGPH. L'échantillon de la MICS2 est stratifié par milieu de résidence (Niamey, Autres villes et Rural). Dans chaque strate, au premier degré, les unités d'échantillonnage (grappes ou ZD) sont tirées avec une probabilité proportionnelle à leur taille et, au second degré, les ménages sont tirés avec une probabilité inverse afin que l'échantillon soit auto-pondéré.

L'échantillon de la MICS2 est finalement basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés :

- Au premier degré, 139 grappes ont été sélectionnées à partir de la base de l'EDSN-I 1992 et 59 grappes à partir de la cartographie de 1998 du prochain RGPH.

- Au deuxième degré, pour les 139 grappes, un échantillon de ménages a été sélectionné à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement de l'EDSN 1998. Par contre pour les autres 59 grappes, la sélection a été effectuée après le dénombrement effectué au moment de l'enquête elle-même. En tout, 4656 ménages ont été sélectionnés au deuxième degré.

Le travail de mise à jour des grappes sélectionnées pour l'EB est entrepris au moment de la collecte des données. Avant de commencer le travail sur le terrain, l'équipe technique s'est procurée des copies de cartes correspondant aux zones de dénombrement dans lesquelles l'enquête devrait se dérouler.

La composition de l'échantillon permet une représentation nationale et régionale des résultats (voir Annexe 1, plan de sondage). Toutefois, en ce qui concerne la région d'Agadez, la représentation est rendue possible grâce à la prise en compte des données de l'enquête de base. En fait, l'enquête MICS2, ayant principalement comme base de sondage l'échantillon de l'EDSN-II 1998, ne peut fournir que des résultats qui concernent principalement la communauté urbaine d'Agadez. Notons que les résultats de l'EDSN-II 1998 concernent à la fois Agadez et Tahoua. Pour fournir des indicateurs représentatifs de la région d'Agadez, on a combiné les 16 grappes de la MICS2 aux 17 grappes du département de Tchirozérine de l'Enquête de Base. Des coefficients de pondération appropriés ont été calculés. Dans les principaux tableaux du rapport, sont présentés à la fois les résultats concernant principalement la commune urbaine d'Agadez et de quelques grappes du département d'Arlit (Agadez CU) et ceux relatifs à la région d'Agadez (Agadez). Cependant, seuls les résultats concernant la région d'Agadez sont commentés dans ce rapport. En ce qui concerne, la région de Diffa, seulement trois grappes ont été incluses dans l'échantillon. Ce faible nombre de grappes est dû au fait que l'EDNS-II 1998 qui constitue la base de sondage de la MICS2 ne contenait qu'un nombre aussi limité de ZD pour la région de Diffa. Compte tenu de ce faible nombre de grappes, les résultats de la région de Diffa présentés dans les différents tableaux doivent être interprétés avec une très grande précaution.

2.3 QUESTIONNAIRES ET MANUELS

Le questionnaire modèle des enquêtes MICS2 développé pour suivre le progrès des objectifs du SME est utilisé au Niger. Ce questionnaire modèle fournit la série de base des questions nécessaires pour obtenir les estimations des indicateurs des objectifs du SME.

Le questionnaire principal de l'enquête MICS2 du Niger, à l'instar des autres pays, est composé de trois types de questionnaires : un questionnaire ménage, un questionnaire femme et un questionnaire enfant. Chaque questionnaire est composé de plusieurs modules de questions visant à suivre les indicateurs du SME comme d'autres indicateurs liés aux droits de l'enfant ou pour suivre le progrès des initiatives de la PCIME et du VIH/SIDA. En plus des objectifs et indicateurs assignés à la MICS2, l'EB devrait collecter des informations sur le statut socio-économique du ménage, l'alphabétisation fonctionnelle et l'accès aux médias.

Dans le but d'harmoniser la combinaison des deux enquêtes, nous avons retenu tous les indicateurs de la MICS2 pour l'EB, et vice versa. Ainsi, les deux enquêtes ont finalement le même questionnaire. Cependant, la MICS2 concerne tout le pays tandis que l'EB ne concerne que les douze départements ou il y a le programme de coopération Niger/UNICEF de « Services de bases intégrés ».

2.3.1 Adaptation des questionnaires de base

Des changements jugés nécessaires ont été apportés aux questionnaires de base pour les adapter aux spécificités socioculturelles et sanitaires du Niger. Pour assurer la comparabilité des résultats au niveau international, ces changements sont aussi limités que possible afin que les questionnaires restent les plus proches possibles de ceux des questionnaires standard des enquêtes MICS2. Ces modifications sont de trois ordres : adaptation des réponses pour certaines questions, ajout de nouvelles questions et enfin, ajout de certains modules. L'adaptation de certaines questions concerne les caractéristiques socio-démographiques (la région, le département, le mode de vie, l'état matrimonial, etc.), la nomenclature des établissements de santé, la liste des médicaments utilisés pour traiter certaines maladies (voir Annexe 4, questionnaires), etc.

En plus de l'ajout du module statut socio-économique, le questionnaire ménage du Niger présente certaines particularités au niveau du module sur l'iodation du sel. À ce niveau, au lieu d'utiliser le Kit de 15 Parts Per Million (PPM), le Kit de 25 PPM a été utilisé. Ce choix s'explique par le souci de comparabilité des résultats de la MICS2 à ceux des enquêtes précédentes que sont l'EDSN-II 1998 et la MICS1 1996. Dans ces enquêtes, le Kit de 25 PPM a été utilisé pour le test du sel dans les ménages.

En ce qui concerne le questionnaire femme, un module sur l'utilisation des médias a été ajouté. On y note également l'ajout de questions sur le lieu d'accouchement et sur la cécité crépusculaire au niveau du module sur la santé de la mère et du nouveau-né. Le module sur l'utilisation de la contraception a été légèrement modifié pour l'administrer à toutes les femmes au lieu de le limiter uniquement aux femmes en union comme prévu dans le questionnaire standard des enquêtes MICS2. Toutefois, l'indicateur de prévalence contraceptive qui est publié dans ce rapport concerne les femmes en union. Pour des études approfondies, il serait possible d'établir un indicateur pour l'ensemble des femmes comme pour les femmes non en union.

Au niveau du questionnaire enfant, sont incluses dans le module sur la vitamine A des questions pour évaluer l'ampleur de la cécité crépusculaire.

Modules sur le ménage	**Modules sur les femmes**	**Modules sur les enfants**
Cadre d'information	Cadre d'information	Cadre d'information
Feuille d'enregistrement	Mortalité des enfants	Enregistrement des naissances
Education des enfants	Anatoxine tétanique	et Education préscolaire
Travail des enfants	Santé de la mère et du nouveau-né	Vitamine A et cécité
Eau et sanitaires	et cécité crépusculaire chez les	crépusculaire chez les enfants
Statut socio-économique	femmes	Allaitement
Iodation du sel	Planification familiale	Soins des maladies
	Vitamine A	Paludisme
	VIH/SIDA	Vaccination
	Alphabétisation fonctionnelle	Anthropométrie
	et utilisation des médias	

Après l'élaboration des questionnaires définitifs en français, ceux-ci ont été traduits dans les deux langues principales utilisées dans le pays (Haoussa et Djerma). Les questionnaires ont été, ensuite, retraduits en français afin de vérifier la fidélité des versions traduites dans les dites langues. Il s'agissait de s'assurer que la traduction n'a pas changé le sens de ces questions. Tous les problèmes de traduction ont été résolus avant la collecte des données.

2.3.2 Pré-test et finalisation du questionnaire

Le questionnaire traduit en Haoussa et Djerma a fait l'objet d'un pré-test en milieu urbain (à Niamey) et en milieu rural (à Kollo), auprès d'enquêtés identiques à ceux de l'échantillon de l'enquête, mais dans des zones de dénombrement ne faisant pas partie de l'échantillon principal. Ce pré-test a permis d'identifier les problèmes, les mauvaises interprétations et les objections culturelles aux questions. Ces problèmes ont été résolus au moment de la finalisation du questionnaire. En effet, le pré-test a fourni un grand nombre d'informations qui étaient utiles dans la conception du questionnaire final et dans la planification d'autres aspects de l'enquête.

Un élément fondamental que le pré-test a également permis d'identifier dans les ménages, est la faible teneur du sel en iode. Ayant constaté que, pour une proportion importante de ménages, le test révélait que le sel n'était pas iodé, l'équipe technique, avant d'entreprendre les travaux de l'enquête principale, s'est assuré auprès de l'UNICEF de la fiabilité des Kits. Après vérification (avec une série de tests sur différents types de sels), on a constaté, d'une part, que les Kits utilisés sont les mêmes que ceux utilisés que dans le cadre des enquêtes précédentes (MICS1 1996 et EDSN 1998), et, d'autre part, que les Kits sont fiables.

2.3.3 Manuel d'instruction

Un manuel d'instruction des enquêtrices et un manuel d'instruction des chefs d'équipe étaient préparés à partir des manuels d'instruction élaborés pour les enquêtes MICS2. Ces manuels expliquent les questions de chaque module des différents questionnaires (définitions des concepts, technique d'interview, etc.) en tenant compte des modifications apportées aux questionnaires de la MICS2 au Niger après le pré-test.

2.3.4 Reproduction des questionnaires et d'autres documents

Un nombre suffisant des divers questionnaires (plus de 10 000 copies) était produit.

Parmi les autres documents techniques qui étaient élaborés figurent :

- le formulaire de listage des ménages et
- les fiches de visite de terrain.

2.4 COLLECTE DES DONNÉES

2.4.1 Formation des agents de terrain

La formation du personnel de terrain a eu lieu dans la capitale Niamey du 3 au 15 avril 2000. Toutes les personnes devant travailler à la collecte et à la saisie des données ont participé à la formation consacrée aux différents aspects de l'enquête. La formation a été effectuée à l'aide du manuel d'instruction des enquêtrices élaboré dans le cadre des enquêtes MICS2 et adapté au contexte nigérien. Les questionnaires ménage, femme et enfant dans leurs différentes versions (Français, Haoussa et Djerma) ont été examinés, module par module, question par question, tout au long de la formation. Dans l'ensemble, 46 personnes ont suivi cette formation dont 37 enquêtrices et enquêteurs et 9 agents de saisie et de vérification. La formation était assurée par l'équipe technique de Macro International Inc. Cette formation a consisté à une description détaillée des différents questionnaires et de leurs modules aussi bien qu'une description des techniques pour

mener une interview. La formation théorique a été suivie par une pratique de deux jours de terrain dans le quartier de Kouara Tegui à Niamey.

2.4.2 Travaux de terrain

Les travaux de collecte des données ont démarré le 16 avril 2000 et se sont poursuivis jusqu'au 7 août 2000. Six équipes d'agents de terrain ont été composées pour les besoins des deux enquêtes. Chaque équipe comprenait un chef d'équipe, quatre enquêtrices et un énumérateur (pour les grappes communes à l'EB). Macro International Inc. a mis à la disposition du personnel de l'enquête les locaux nécessaires ainsi que les véhicules utiles pour les activités de terrain. Huit véhicules (six pour les équipes et deux pour la supervision) ont été utilisés pour les activités de terrain.

Pour assurer des données de bonne qualité, l'équipe technique avait décidé de laisser le personnel de terrain pratiquer dans les grappes de Niamey avant de rejoindre leurs régions d'affectation. Pour une période d'une semaine, chaque équipe a eu à mener l'enquête dans six grappes dans lesquelles une centaine de ménages ont été interviewés avec succès. Après la première semaine d'enquête à Niamey, cinq équipes ont rejoint leur région d'affectation (deux équipes à Maradi, deux équipes à Zinder, et une équipe à Agadez) tandis qu'une seule équipe était chargée de terminer l'enquête à Niamey. Celle-ci était également responsable de la collecte des données dans les régions de Tillabery et de Dosso. La collecte a pris fin dans les régions de Tahoua et de Diffa.

Par ailleurs, trois cadres techniques ont assuré la supervision des travaux sur le terrain. Le contrôle de qualité est assuré à travers la supervision et le suivi des équipes pendant les travaux sur le terrain. Chaque chef d'équipe était responsable de la qualité du travail de son équipe. Par ailleurs, les membres de l'équipe technique étaient tenus de passer le temps nécessaire sur le terrain avec chaque équipe afin de s'assurer que toutes les activités sont exécutées comme prévu. Des séances de travail ont été fréquemment organisées avec chaque équipe, l'objectif étant de renforcer la formation reçue et de corriger toutes les erreurs de collecte de données. Les missions régulières de supervision ont permis non seulement de veiller à la qualité des données, mais aussi d'acheminer les questionnaires remplis à Niamey pour la saisie.

2.5 EXPLOITATION DES DONNÉES

2.5.1 Principe

Afin de disposer des résultats quelques semaines après la fin des travaux de terrain, il a été procédé à une saisie des données quelque temps seulement après le début des travaux de terrain. La saisie et l'apurement des données ont, en effet, évolué en même temps que les activités de terrain. Les problèmes de collecte rencontrés durant la saisie et l'apurement des données ont ainsi été répercutés sur le terrain pour des corrections éventuelles. Les programmes de saisie, d'édition et de tabulation développés pour les enquêtes MICS2 ont été utilisés au Niger en tenant compte des modifications effectuées dans le questionnaire de MICS2. Une programmation additionnelle a été effectuée pour les modules additionnels de l'enquête. Toutes les phases de saisie et d'apurement des données ont été faites à l'aide du logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International Inc. Après l'apurement de toutes les grappes saisies, pour la tabulation, les données sont exportées sous un format compatible au logiciel de traitement informatique SPSS.

2.5.2 Équipement informatique et personnel du traitement des données

Pour le traitement des données de l'enquête MICS2, six micro-ordinateurs de 466 MHZ et de 64 MB ont été utilisés dans une vaste salle d'une capacité de plus de dix postes de saisie. Les ordinateurs étaient organisés en réseau avec comme serveur l'ordinateur du superviseur. Pour éviter de perdre des données en raison des coupures éventuelles de courant, chaque micro-ordinateur était branché sur un onduleur (UPS).

Huit agents étaient affectés à la saisie et la vérification des données pour une durée allant de 3 mois et demi à 4 mois. Ils ont travaillé sous la supervision d'un informaticien senior et de son assistant. L'informaticien a travaillé en collaboration avec l'équipe de coordination dans la révision finale du questionnaire sur la base de l'expérience acquise lors de la saisie des questionnaires du pré-test. Les agents de vérification avaient pour tâche de recevoir les questionnaires qui rentrent du terrain, et de les préparer pour la saisie, y compris l'exécution d'une série de vérifications préliminaires.

Pour assurer la qualité de la saisie des données, les agents de saisie et de vérification ont participé à la formation du personnel de terrain pour avoir une bonne connaissance du questionnaire et une bonne compréhension des objectifs des questions et l'enchaînement et la structure des modules. Cette formation a été suivie par une autre sur les procédures de saisie et de vérification des questionnaires.

2.5.3 Adaptation des programmes informatiques

Dans le cas du Niger, les questionnaires MICS2 ont été légèrement modifiés aussi bien au niveau des modalités de certaines questions que par l'ajout de nouvelles. Les programmes modèles de saisie, d'apurement et de tabulation des données étaient, par conséquent, modifiés pour qu'ils soient conformes aux changements faits dans les questionnaires de la MICS2. Pour faciliter l'adaptation des programmes informatiques, la plupart des numéros de questions dans le questionnaire modèle étaient maintenus. Par ailleurs, si des questions étaient éliminées, les questions restantes ne sont pas re-numérotées. En plus, lorsque des catégories de code sont ajoutées à celles du questionnaire modèle, elles sont ajoutées à la fin de la liste existante de telle sorte que les autres codes restent inchangés.

2.5.4 Organisation des activités de traitement des données

Une fois que les questionnaires de la MICS2 commençaient à revenir du terrain, la gestion quotidienne des questionnaires et des fichiers de données pourrait rapidement devenir accablante. C'est pour cela que dans la salle de saisie, des étagères étaient réservées pour le stockage des questionnaires qui revenaient du terrain. Toutes les tâches du traitement des données étaient entreprises grappe par grappe. Quand les questionnaires d'une grappe étaient reçus du terrain, le superviseur du traitement des données avait la responsabilité de vérifier que tous les questionnaires sont en place et en ordre. L'information relative à chaque grappe était enregistrée sur le formulaire de suivi du traitement des données. Une série de vérifications de l'apurement de base était alors exécutée.

Une fois que la vérification de bureau était achevée, la grappe était confiée à un agent de saisie. Le nom de l'agent désigné pour saisir chaque grappe et la date sont enregistrés dans le formulaire de suivi du traitement des données. Les données de chaque grappe étaient saisies dans un fichier séparé. Un système de menu que devaient utiliser les agents de saisie a été développé.

Pour le contrôle, chaque grappe était saisie deux fois par des personnes différentes. Une fois que la grappe était saisie deux fois, le superviseur faisait exécuter le programme de contrôle. Ce programme utilisait comme input le principal fichier des données d'origine pour une grappe et le fichier des données vérifiées pour détecter les différences entre les deux fichiers. S'il y avait des différences, le contenu était imprimé par le superviseur. Chaque différence était vérifiée par rapport au questionnaire rempli pour déterminer quelle était la saisie correcte. On corrigeait, le cas échéant, les deux, aussi bien les fichiers de la seconde saisie que les fichiers de la première saisie, et on exécutait encore le programme de contrôle pour s'assurer qu'il n'y avait plus de différence. Cette étape nécessitait plusieurs itérations jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de différence entre la première et la deuxième saisie.

2.5.5 Archivage et apurement des fichiers de données

Avant l'exécution de l'apurement, la version non-apurée du fichier des données était archivée. Deux copies du fichier étaient créées en utilisant un disque Zip.

Une fois que les données sont contrôlées à l'aide de la double saisie, on fait exécuter un programme

qui vérifie le fichier des données de la grappe pour voir s'il y a des incohérences dans les données. Un fichier de listing est produit, décrivant toutes les incohérences cas par cas. Le superviseur imprime le fichier de listing et le remet à l'agent de vérification en même temps que les questionnaires de la grappe. L'agent de vérification revoit le listing et fait les corrections nécessaires. Les corrections sont faites sur le listing et sur le questionnaire. Le fichier des données de la grappe est alors mis à jour en utilisant ces corrections, et le programme d'apurement est repassé sur ce nouveau fichier. Le listing qui en résulte est contrôlé pour s'assurer que les corrections faites ont résolu les problèmes originaux. Ce processus était répété jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'incohérences ou que les incohérences qui demeurent n'aient pas besoin d'être corrigées.

Après avoir achevé l'opération d'apurement, le superviseur doit archiver la version finale du fichier des données. Deux copies de ce fichier étaient archivées. Une copie est archivée dans un répertoire distinct de l'ordinateur du superviseur, et une seconde copie est archivée sur un disque Zip.

2.5.6 Tabulation et analyse

Une fois que le fichier des données a été complètement apuré, l'informaticien procédait à la tabulation finale. On a procédé, d'abord, à la production des 42 tableaux recommandés par l'UNICEF pour l'évaluation des objectifs du SME, et, ensuite, à celle de tableaux relatifs aux modules et questions spécifiques à la MICS2 du Niger. Les chapitres qui suivent ont été redigés à partir des ces tableaux.

CHAPITRE 3

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON ET QUALITÉ DES DONNÉES

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Au niveau national, 4 566 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage dans lesquels toutes les femmes âgées de 15-49 ans devaient être interviewées à l'aide du questionnaire individuel femme, de même que les enfants âgés de moins de cinq ans à l'aide du questionnaire enfant.

Tableau 1 : Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des enfants sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, MICS2 Niger 2000

	Résidence				
	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Nombre de ménages sélectionnés	795	1 063	1 858	2 708	4 566
Nombre de ménages identifiés	746	1 019	1 765	2 644	4 409
Nombre de ménages enquêtés	726	999	1 725	2 596	4 321
Taux de réponse (en %)	97,3	98,0	97,7	98,2	98,0
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1 184	1 455	2 639	3 373	6 012
Nombre de femmes enquêtées	1 129	1 388	2 517	3 147	5 664
Taux de réponse (en %)	95,4	95,4	95,4	93,3	94,2
Enquête individuelle enfant					
Nombre d'enfants éligibles	748	1 151	1 899	3 357	5 256
Nombre d'enfants enquêtés	731	1 119	1 850	3 230	5 080
Taux de réponse (en %)	97,7	97,2	97,4	96,2	96,7

- Parmi les 4 566 ménages sélectionnés, 4 409 ont été identifiés et 4 321 ménages ont pu être enquêtés à l'aide du questionnaire ménage, soit un taux de réponse de 98%.

- Dans les 4 321 ménages enquêtés avec succès, 6 012 femmes éligibles ont été identifiées, parmi lesquelles 5 664 ont été interviewées avec succès à l'aide du questionnaire individuel femme, soit un taux de réponse de 94%.

- Dans les 4 321 ménages, 5 256 enfants de moins de cinq ans ont été identifiés, et pour 5 080 leur mère ou personne en charge a été enquêtée avec succès à l'aide du questionnaire enfant, soit un taux de réponse de 97%.

Les taux de réponse sont élevés aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au vu de ces résultats, on peut dire que les taux de réponse de la MICS2 sont satisfaisants et que les résultats devraient représenter la situation nationale du Niger.

3.2 STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION ET INFORMATIONS MANQUANTES

3.2.1 Structure par âge de la population

Comme l'indique le tableau 2 et le graphique 1, la structure de la population par année d'âge et par sexe révèle des irrégularités dues, en général, à l'attraction des âges terminés par le chiffre 5 ou 0. A l'exception de l'âge de 5 ans où l'on observe un déficit par rapport aux âges consécutifs, les proportions de la population aux âges qui se terminent par 5 ou 0 (10, 15, 20, 25, 30, 35, . . .) sont plus importantes qu'à celles des autres âges. Par exemple, 4% de la population est âgé de 10 ans contre 2% pour chacune des âges 9 ans et 11 ans. Notons, cependant, que l'attraction des âges qui se terminent par 0 et 5 est un schéma bien connu des populations où l'enregistrement de l'état civil n'est pas exhaustif. Cependant, lorsqu'on considère les groupes d'âges quinquennaux, on note une régularité de la structure par âge caractérisée par une proportion importante de jeunes de moins 15 ans, qui représentent près de la moitié de la population (49%). Les adultes âgés de 15-69 ans représentent également un peu moins de la moitié (49%). Enfin, seulement 2% de la population est âgé de 70 ans ou plus.

Grahique 1
Structure de la population par âge

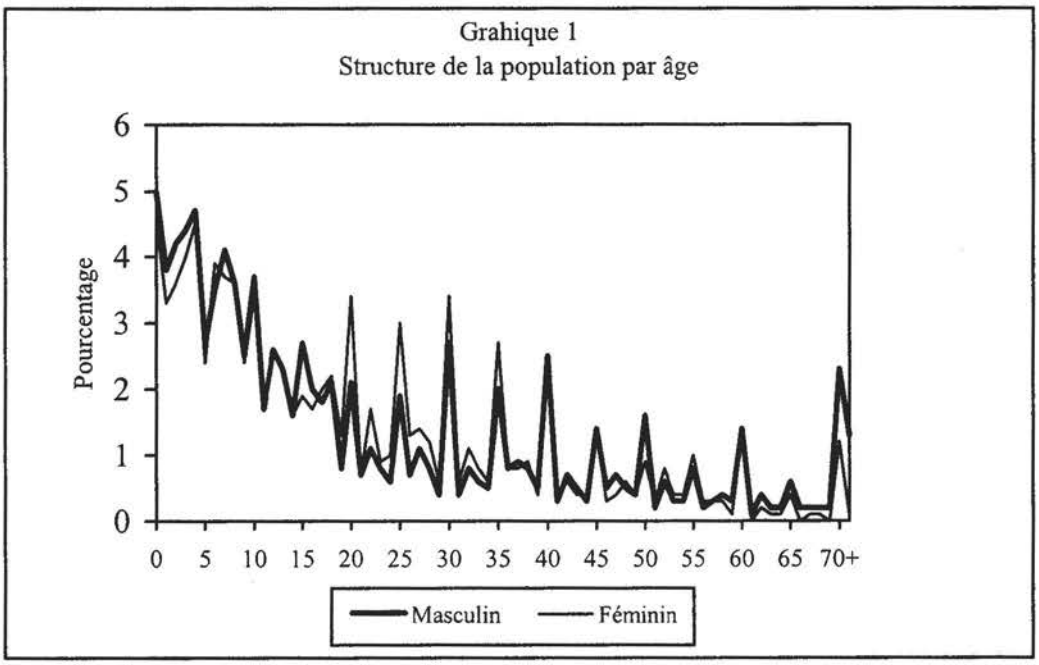


Tableau 2 : Structure par âge de la population

Répartition par année d'âge de la population des ménages par sexe, MICS2 Niger 2000

	Sexe des membres du ménage				Total			Sexe des membres du ménage				Total	
	Masculin		Féminin					Masculin		Féminin			
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Âge							**Âge**						
0	637	5,0	604	4,6	1 241	4,8	36	98	0,8	100	0,8	197	0,8
1	487	3,8	432	3,3	918	3,6	37	108	0,9	110	0,8	218	0,8
2	536	4,2	471	3,6	1 008	3,9	38	97	0,8	116	0,9	213	0,8
3	561	4,4	528	4,0	1 089	4,2	39	58	0,5	56	0,4	114	0,4
4	600	4,7	594	4,5	1 194	4,6	40	317	2,5	331	2,5	648	2,5
5	346	2,7	313	2,4	659	2,6	41	37	0,3	46	0,4	84	0,3
6	445	3,5	510	3,9	956	3,7	42	86	0,7	73	0,6	159	0,6
7	522	4,1	480	3,7	1 002	3,9	43	64	0,5	57	0,4	120	0,5
8	451	3,6	471	3,6	923	3,6	44	44	0,3	51	0,4	95	0,4
9	312	2,5	320	2,4	632	2,4	45	173	1,4	188	1,4	361	1,4
10	466	3,7	448	3,4	914	3,5	46	62	0,5	38	0,3	100	0,4
11	221	1,7	234	1,8	455	1,8	47	86	0,7	59	0,4	144	0,6
12	337	2,6	345	2,6	681	2,6	48	69	0,5	78	0,6	147	0,6
13	291	2,3	299	2,3	591	2,3	49	45	0,4	49	0,4	94	0,4
14	204	1,6	216	1,6	420	1,6	50	202	1,6	120	0,9	323	1,2
15	344	2,7	247	1,9	591	2,3	51	28	0,2	44	0,3	73	0,3
16	255	2,0	228	1,7	483	1,9	52	72	0,6	110	0,8	181	0,7
17	232	1,8	266	2,0	499	1,9	53	43	0,3	47	0,4	90	0,3
18	265	2,1	284	2,2	549	2,1	54	40	0,3	47	0,4	87	0,3
19	105	0,8	176	1,3	280	1,1	55	106	0,8	125	1,0	231	0,9
20	272	2,1	440	3,4	711	2,8	56	30	0,2	43	0,3	73	0,3
21	87	0,7	94	0,7	181	0,7	57	44	0,3	43	0,3	87	0,3
22	144	1,1	225	1,7	368	1,4	58	45	0,4	33	0,3	78	0,3
23	101	0,8	118	0,9	219	0,8	59	35	0,3	16	0,1	51	0,2
24	78	0,6	136	1,0	213	0,8	60	176	1,4	174	1,3	350	1,4
25	248	1,9	397	3,0	644	2,5	61	13	0,1	5	0,0	18	0,1
26	94	0,7	164	1,3	258	1,0	62	51	0,4	28	0,2	79	0,3
27	136	1,1	187	1,4	323	1,3	63	25	0,2	11	0,1	36	0,1
28	106	0,8	156	1,2	261	1,0	64	19	0,2	7	0,1	26	0,1
29	53	0,4	74	0,6	127	0,5	65	77	0,6	53	0,4	131	0,5
30	341	2,7	447	3,4	788	3,1	66	20	0,2	6	0,0	26	0,1
31	49	0,4	79	0,6	128	0,5	67	27	0,2	10	0,1	37	0,1
32	96	0,8	147	1,1	243	0,9	68	25	0,2	7	0,1	32	0,1
33	79	0,6	99	0,8	178	0,7	69	19	0,2	4	0,0	23	0,1
34	61	0,5	79	0,6	141	0,5	70+	289	2,3	160	1,2	449	1,7
35	257	2,0	355	2,7	612	2,4	Total	12 705	100,0	13 118	100,0	25 823	100,0

3.2.2 Informations manquantes pour quelques questions

Pour un contrôle de la qualité des données de l'enquête, le tableau 3 fournit des informations sur les données manquantes pour certains types de questions. Aussi bien pour le niveau d'instruction et la classe atteinte chez les personnes âgées de cinq ans ou plus que pour le travail des enfants âgés de 5 à 14 ans, le pourcentage d'informations manquantes est très faible (1% pour chacun d'eux).

L'âge est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise dans les pays comme le Niger où l'enregistrement des naissances à l'état civil n'est pas encore exhaustif. Au niveau des femmes de 15-49 ans, la date de naissance complète (mois et année) n'est obtenue que pour 12% d'entre elles. En effet, pour 88% des femmes, le mois de naissance est manquant et, pour 65% d'entre elles, l'année de naissance n'est pas déclarée. Toutefois, pour les 65% des femmes qui n'ont pas déclaré l'année de naissance, l'âge en années révolues a été obtenu. On note, par ailleurs, que parmi les femmes ayant une naissance au cours des 12 derniers mois, 37% n'ont pas fourni l'année de leur dernière injection antitétanique. Toutefois, ce n'est que pour 3% des femmes que l'année ou la durée écoulée depuis la dernière injection ne sont pas obtenues. Concernant la question sur le test du sida, moins de 1% des femmes n'a pas fourni une réponse.

En ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans, on note une nette amélioration de la connaissance de l'âge, la date de naissance complète a été, en effet, obtenue pour 99% d'entre eux. Bien que la collecte des informations sur le poids et la taille des enfants n'est pas, en général, facile, c'est seulement pour 3% des enfants que les mesures anthropométriques ne sont pas disponibles. Ce pourcentage est relativement faible en comparaison avec les résultats d'autres enquêtes de ce type (Sommerfelt and Boerma, 1994) comme l'EDSN-I 1992 et l'EDSN-II 1998. Concernant la diarrhée, elle n'est pas disponible pour 1% des enfants. Ces faibles niveaux d'informations manquantes témoignent qu'il n'y a pas eu de problèmes majeurs pour la collecte des données relatives à ces questions.

Tableau 3 : Informations manquantes

Pourcentage d'informations manquantes par questions, MICS2 Niger 2000

	Membres du ménage				Femmes								Enfants		
	Personnes âgées de 5 ans ou plus		Enfants âgés de 5-14 ans		Femmes âgées de 15-49 ans				Femmes ayant une naissance au cours des 12 derniers mois				Enfants âgés de moins de cinq ans		
Milieu de résidence	Niveau instruction manquant	Classe instruction manquante	Travail manquant	Heure de travail manquante	Mois de naissance manquant	Année de naissance manquante	Âge en années révolues déclaré	Test de sida manquant	Mois du denier tétanos manquant	Année du dernier tétanos manquante	Durée du dernier tétanos manquante	Année durée du dernier tétanos manquante	Mois et année de naissance manquants	Diarrhée manquante	Poids et taille manquants
Niamey	1,23	1,6	1,5	0,2	53,3	36,9	36,9	0,3	34,1	31,9	70,3	2,2	2,1	0,7	3,3
Autres villes	1,19	1,7	1,3	0,0	74,4	53,3	53,3	0,1	29,3	25,1	75,0	0,0	0,5	0,5	3,7
Ensemble urbain	1,20	1,7	1,3	0,1	67,2	47,7	68,6	0,1	30,7	27,1	73,6	0,7	1,0	0,6	3,6
Rural	0,92	1,0	1,3	0,7	92,5	68,6	68,6	0,1	39,7	38,9	64,4	3,3	1,3	0,3	2,8
Ensemble	1,0	1,2	1,3	0,6	88,1	65,0	65,0	0,1	37,9	36,5	66,3	2,8	1,3	0,3	2,9

3.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES MÉNAGES

L'étude des caractéristiques individuelles des personnes enquêtées est essentielle pour comprendre et expliquer les comportements en matière de santé, de nutrition, d'éducation, etc. Les questionnaires *ménage* et *femme* ont permis de recueillir quelques caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées telles que l'age, la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état matrimonial et la fécondité. Cette section examine les caractéristiques des ménages, des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de cinq ans, caractéristiques qui, par la suite, seront associées à la plupart des phénomènes étudiés, notamment au statut sanitaire et nutritionnel des enfants.

3.3.1 Ménages

Le tableau 4 présente la répartition des ménages par région, milieu de résidence ainsi que par taille. Dans l'ensemble, on note que la région de Maradi vient en tête avec 23% des ménages, suivie de la région de Tahoua et de Zinder (respectivement 19% et 20%). Cependant 15% et 14% des ménages se trouvent respectivement dans les régions de Dosso et de Tillaberi. La capitale Niamey et la commune urbaine d'Agadez et la région de Diffa abritent moins de 6% des ménages (respectivement 5%, 3% et 2%). Au niveau du milieu de résidence, on note que la plus grande majorité des ménages nigériens sont en milieu rural (85% contre 15% en milieu urbain).

Du point de vue de la taille, on note que les ménages ont plus fréquemment 4 à 5 personnes (28%), 6 à 7 personnes (23%) et 2 à 3 personnes (21%). On trouve également des ménages ayant plus de 7 personnes (25%). Par contre, sont rares les ménages d'une seule personne (3%).

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des ménages

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques socio-démographiques, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non-pondéré
Région			
Agadez CU	3,4	147	319
Diffa	1,5	66	76
Dosso	15,2	657	537
Maradi	22,6	977	841
Tillaberi	13,9	601	479
Tahoua	19,7	851	669
Zinder	18,8	814	674
Niamey	4,8	208	726
Milieu de résidence			
Niamey	4,8	208	726
Autres villes	10,3	446	999
Ensemble urbain	15,1	654	1 725
Rural	84,9	3 667	2 596
Taille des ménages			
1	3,0	129	187
2-3	20,7	894	869
4-5	28,3	1 222	1 156
6-7	22,7	982	948
8-9	12,6	546	545
10+	12,7	548	616
Ménages ayant au moins :			
un enfant âgé < 15 ans	87,7	4 119	3 733
un enfant âgé < 5 ans	69,9	4 008	3 441
une femme âgée de 15-49 ans	88,5	3 881	3 101
Ensemble des ménages	100,0	4 321	4 321

3.3.2 Femmes de 15-49 ans

La répartition des femmes de 15-49 ans par région est pratiquement similaire à celle observée au niveau des ménages. Comme pour les ménages, on trouve plus de femmes de 15-49 ans dans la région de Maradi (24%), suivie par la région de Tahoua et de Zinder (respectivement 18% et 17%). Au niveau du milieu de résidence, cette proportion est de 83% en milieu rural contre 17% en milieu urbain. Notons, par ailleurs, que la proportion de femmes de 15-49 ans qui vivent en milieu urbain est légèrement inférieure à celle trouvée au moment de l'EDSN-II 1998 (20%).

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise dans les pays comme le Niger ou l'enregistrement des naissance à l'état civil n'est pas encore exhaustif.

À chaque femme enquêtée, on demande sa date de naissance, si celle-ci n'est pas connue on se contentait de son âge au moment de l'enquête. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité, acte de naissance, etc.) ou figure la date de naissance. Lorsqu'un tel document n'était pas disponible, l'enquêtrice devrait estimer son âge, soit par comparaison avec l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire des enquêtés, ou encore en utilisant des références historiques.

On note que la distribution des femmes de 15-49 ans présente une allure régulière, avec des proportions plus importantes aux jeunes âges (20% à 15-19 ans et 18% à 20-24 ans) et des proportions moins importantes aux âges élevés (9% à 40-44 ans et 8% à 45-49 ans). La régularité de cette distribution témoigne de la bonne qualité des données de l'enquête.

On note également que la grande majorité des femmes étaient en union au moment de l'enquête (84%). Par contre, 5% étaient en rupture d'union et 11% étaient encore célibataires. Ces proportions sont pratiquement identiques à celles obtenues au moment de l'EDSN-II 1998 qui a utilisé un module complet sur le mariage et les relations sexuelles.

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes

Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans par caractéristiques socio-démographiques, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif Pondéré	Effectif Non-pondéré
Région			
Agadez CU	3,9	220	470
Diffa	1,3	73	83
Dosso	15,7	890	710
Maradi	23,8	1 346	1 130
Tillaberi	15,7	887	672
Tahoua	18,4	1 040	773
Zinder	15,4	873	697
Milieu de résidence			
Niamey	5,9	334	1 129
Autres villes	11,3	640	1 388
Urbain	17,2	974	2 517
Rural	82,8	4 690	3 147
Groupe d'age			
15-19	20,4	1 153	1 252
20-24	17,6	997	1 023
25-29	17,0	961	936
30-34	14,8	840	820
35-39	13,4	759	735
40-44	9,0	508	500
45-49	7,9	446	398
État matrimonial			
Actuellement en union	84,2	4 768	4 329
En rupture d'union	5,1	291	373
Célibataire	10,7	605	962
Avoir au moins une naissance			
A eu au moins une naissance	81,2	4 597	4 331
N'a eu aucune naissance	18,8	1 067	1 333
Niveau d'instruction			
Aucun	77,2	4 372	3 768
Primaire	10,3	582	866
Secondaire	4,8	272	640
Programme non-formel	7,7	437	390
Ensemble	100,0	5 664	5 664

On observe, par ailleurs, que 81% des femmes avaient déjà eu une naissance vivante. Par contre, 19% n'ont jamais eu de naissance vivante.

Les résultats sur l'état matrimonial et la parité des femmes témoignent également de la bonne qualité des données. Dans ce cas, ces proportions sont pratiquement similaires à celles de l'EDSN-II 1998 qui a procédé à une étude détaillée de la fécondité avec une historique complète des naissances.

Concernant l'instruction de la femme, plus des trois quarts des femmes sont sans instruction (77%), 8% n'ont poursuivi qu'un programme non formel d'éducation, 10% ont atteint le niveau primaire et seulement 5% ont au moins atteint le niveau secondaire. Notons, cependant, que c'est la première fois qu'une enquête nationale a tenté de déterminer auprès des femmes sans instruction, celles qui ont obtenu une formation quelconque à travers un programme non formel d'enseignement tel que celui des écoles coraniques au Niger ou des séances d'alphabétisation. Lorsqu'on combine la proportion des femmes sans instruction et celle des femmes n'ayant poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation, on trouve un pourcentage de femmes non-instruites qui est pratiquement identique à celui fourni par l'EDSN-II 1998 (85%).

3.3.3 Enfants de moins de cinq ans

La répartition des enfants de moins de cinq ans est pratiquement similaire à celle des ménages et des femmes de 15-49 ans (tableau 6) avec de légères modifications au niveau des proportions qui prennent en compte la taille des ménages et le nombre moyen d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages dans chaque région. On trouve plus d'enfants de moins de cinq ans dans la région de Maradi qui détient, en effet, les taux de fécondité les plus élevés. C'est pour cela que la région de Maradi, avec 23% des ménages, se retrouve avec 27% des enfants âgés de moins de cinq ans. La région de Maradi est suivie par celle de Tahoua (18%). Au niveau du milieu de résidence, ces proportions sont 87% en milieu rural et 13% en milieu urbain.

Dans l'ensemble des enfants de moins de cinq ans, on compte 48% de filles et 52% de garçons. Ce qui reflète la norme classique d'un rapport de masculinité à la naissance supérieur à l'unité.

Les mêmes procédures pour la collecte de l'âge des femmes ont également été utilisées pour l'âge des enfants, à la différence que l'âge des enfants de moins de cinq est généralement mieux connu compte tenu du caractère récent de l'évènement et de l'amélioration de l'enregistrement des naissances à l'état civil. En effet, pour pratiquement tous les enfants de moins de cinq ans, la date de naissance en mois et année était obtenue. Dans l'ensemble, on compte 12% d'enfants de 0-5 mois et 11% de 6-11 mois, soit 23% âgés de moins d'un an. Par groupe d'âges, les proportions ont très peu varié, en passant de 18% pour le groupe 12-23 mois, 19% pour celui de 24-35 à 20% pour chacun des groupes 36-47 mois et 48-59 mois.

Les niveaux d'instruction des mères ou personnes en charge reflètent ceux des femmes de 15-49 ans avec de légères modifications qui tiennent compte du caractère un peu hétérogène du groupe. Pour l'ensemble des enfants, 81% des mères ou personnes en charge sont sans instruction, et 8% n'ont poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation, 9% ont atteint le niveau primaire et, enfin, 3% ont atteint le niveau secondaire ou plus.

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques des enfants

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans par caractéristiques socio-démographiques, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non-pondéré
Sexe			
Masculin	51,9	2 631	2 611
Féminin	48,1	2 442	2 460
Région			
Agadez CU	3,6	185	420
Diffa	1,1	58	68
Dosso	14,9	755	618
Maradi	27,2	1 380	1 207
Tillaberi	15,8	804	644
Tahoua	18,1	920	732
Zinder	15,3	780	660
Niamey	3,9	200	731
Milieu de résidence			
Niamey	3,9	200	731
Autres villes	9,2	467	1 119
Ensemble urbain	13,1	667	1 850
Rural	86,9	4 413	3 230
Age			
0-5 mois	11,9	606	586
6-11 mois	10,9	555	562
12-23 mois	18,0	915	952
24-35 mois	19,3	981	991
36-47 mois	20,2	1 027	995
48-59 mois	19,6	996	994
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge			
Aucun	80,8	4 104	3 781
Primaire	8,8	445	609
Secondaire	2,6	130	296
Programme non-formel	7,8	397	385
Ensemble des enfants	100,0	5 080	5 080

CHAPITRE 4

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Le niveau de mortalité des enfants est considéré parmi les meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. L'un des objectifs du SME est de réduire de moitié la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les résultats fournis par la MICS2 seront utiles pour l'évaluation de cet objectif et pour la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Ces résultats concernent les niveaux et caractéristiques de la mortalité des enfants selon la région de résidence.

4.1 MÉTHODOLOGIE

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur le nombre d'enfants que la femme a mis au monde et sur les enfants survivants. Les indicateurs suivants sont calculés à partir de ces informations :

quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire;

quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (le terme taux de mortalité infantile sera aussi utilisé pour désigner le quotient de mortalité infantile);

quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

L'estimation de la mortalité à partir du nombre d'enfants nés vivants et du nombre d'enfants survivants présente à la fois des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. La collecte des informations ne donne aucune information sur la date des naissances des enfants, ni l'âge aux décès pour les enfants décédés (Nations Unies, 1984).

Du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données peut être affectée par : le sous-enregistrement des événements, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance.

La méthode part du principe que la proportion des enfants nés vivants puis décédés indique la mortalité des enfants. Pour tout groupe de femmes, les naissances se repartissent d'une certaine façon dans le temps; et le temps écoulé depuis sa naissance mesure pour chacun la longueur de son exposition au risque de décès. La proportion des décès parmi les enfants nés vivants d'un groupe de femmes dépend donc de la répartition de ces enfants par durée d'exposition au risque de décès et des risques de mortalité eux-mêmes. En tenant compte des effets de la répartition des naissances dans le temps, Brass (1975) a converti la proportion des décès en une mesure conventionnelle de la mortalité qui en exprime la moyenne effective. Il a élaboré un premier modèle convertissant la proportion des décès parmi les enfants nés vivants déclarés par les femmes dans les groupes âgés de 15 à 19, de 20 à 24 ans, . . . , en estimations de la probabilité de décéder avant d'atteindre certains âges de l'enfance. En partant de D(i), la proportion des décès parmi les enfants nés vivants dans les groupes d'âges quinquennaux successifs (ou i=1 désigne le groupe d'age 15-19 ans, i=2 désigne celui de 20 à 24 ans, etc.), Brass a élaboré un procédé permettant de convertir les valeurs de D(i) en estimation de q(x), c'est-à-dire la probabilité de décéder entre la naissance à l'age x. L'équation d'estimation est la suivante :

$$q(x) = k(i) \times D(i)$$

ou le facteur k(i) est destiné à tenir compte des facteurs autres que la mortalité qui déterminent la valeur de D(i).

Brass (1975) a trouvé que la relation entre D(i) et q(x) dépend d'abord de la répartition des enfants nés vivants d'un groupe d'âges de femmes par durée de leur exposition au risque de décès. Le risque de décès d'un enfant n'est fonction que de son âge et non d'autres facteurs tels que le rang de sa naissance ou l'âge de sa mère. En pratique, le risque de mortalité est bien supérieur à la moyenne pour les enfants de jeunes mères. C'est pourquoi, l'estimation du taux de mortalité infantile (q(1)) indique souvent une mortalité plus forte si elle provient des femmes âgées de 15 à 19 ans. Pour cette raison, on écarte en général ces estimations et aussi parce que le nombre de bébés décédés est d'ordinaire faible. Bien que les travaux de Sullivan (1975) puis de Trussel (1975), avec l'utilisation des modèles-types de mortalité de Coale et Demeny (1966), aient permis d'accroître la souplesse de la méthode, son estimation présente certaines lacunes qu'il importe de souligner.

Cette méthode d'estimation se fonde sur l'hypothèse que la fécondité et la mortalité juvénile sont restées récemment constantes. Si hypothèse de la constance de la fécondité est vérifiée au Niger, à travers les résultats de l'EDSN-I 1992, l'EDSN-II 1998 et la MICS2 2000, celle de la mortalité n'est pas évidente. En effet, les résultats de l'EDSN-II 1998 ont indiqué une baisse de la mortalité juvénile au cours des cinq dernières années.

Au delà de cette hypothèse de constance, cette méthode indirecte considère que la probabilité de décéder entre 0 et 12 mois est supérieure à celle de décéder entre 1 et 5 ans. En d'autres termes, les enfants courent moins de risque de mourir entre 1 et 4 ans qu'entre 0 et 12 mois. Cependant, les résultats des EDS réalisées au Niger à l'instar du Mali (1996), du Sénégal (1997), du Burkina Faso (1999) et du Tchad (1997), ont montré que dans ces pays les quotients de mortalité juvénile sont encore supérieurs aux quotients de mortalité infantile. Ainsi, si la valeur de ${}_5q_0$ estimée à partir de la méthode indirecte peut représenter le niveau de la mortalité des enfants de moins cinq ans au Niger, ce n'est pas le cas pour les valeurs de ${}_1q_0$ et ${}_4q_1$ que fournissent cette même méthode.

Pour pallier ce problème, nous avons utilisé les estimations directes de l'EDSN 1998 pour mesurer la distribution de la mortalité entre la période infantile et la période juvénile. En d'autres termes, nous avons utilisé le ratio ${}_1q_0/{}_5q_0$ qui mesure le rapport de la mortalité infantile à la mortalité infanto-juvénile comme indicateur de cette distribution. Ce ratio sera multiplié à l'estimation indirecte de ${}_5q_0$ fourni par la méthode indirecte pour, enfin, estimer le quotient ${}_1q_0$. Le quotient ${}_4q_1$ est calculé à partir de la formule $(1-{}_5q_0) = (1-{}_1q_0)(1-{}_4q_1)$, ce qui signifie que ${}_4q_1 = 1-(1-{}_5q_0)/(1-{}_1q_0)$.

Si cette technique d'estimation de ${}_1q_0$ et ${}_4q_1$ est, sans aucun doute, moins biaisée que celle proposée par les modèles de Coale et Demeny (1966), elle présente certaines limites qu'il importe de souligner. La principale est inhérente au fait que l'applicabilité du ratio suppose que la distribution de la méthode directe est exacte et qu'elle est constante pour une période plus ou moins courte. Eu égard aux déplacements de dates de naissance dans les enquêtes de type EDS, il est toujours possible que la mortalité juvénile soit légèrement sous-estimé. Ceci constitue la principale limite de la méthode directe qui est basée sur l'historique des naissances.

En résumé, l'estimation indirecte de la mortalité des enfants de moins de cinq ans consiste à :

- estimer la mortalité des enfants de moins cinq ans (${}_5q_0$) à partir de la méthode indirecte de Brass en utilisant le logiciel QFIVE;
- estimer le ratio ${}_1q_0/{}_5q_0$ à partir de l'EDSN 1998;
- appliquer le ratio ${}_1q_0/{}_5q_0$ obtenir de l'EDSN 1998 au quotient ${}_5q_0$ obtenu de la méthode indirecte pour, enfin, obtenir le quotient ${}_1q_0$; et
- estimer le quotient ${}_4q_1$ en fonction de ${}_5q_0$ et ${}_1q_0$ précédemment obtenus à partir de la formule :

$$ {}_4q_1=1-(1-{}_5q_0)/(1-{}_1q_0) $$

4.2 RÉSULTATS

L'examen de la série du nombre moyen d'enfants nés vivants et du nombre moyen d'enfants survivants révèlent qu'au cours de la décennie, la fécondité n'a presque pas changé et la mortalité semble amorcer une légère baisse.

Tableau 7 : Enfants nés vivants et enfants décédés

Nombre moyen d'enfants nés vivants (NEV) et proportion d'enfants décédés par âge de la mère, MICS2 Niger 2000

Âge de la femme	Nombre d'enfants nés vivants	Proportion des décès	Effectif
15-19	0,49	0,224	1 153
20-24	2,07	0,261	997
25-29	3,89	0,262	961
30-34	5,60	0,312	840
35-39	7,02	0,318	759
40-44	7,75	0,350	508
45-49	8,01	0,371	446
Ensemble	4,22	0,315	5 664

En ce qui concerne la fécondité, aussi bien au moment de l'EDSN 1992 qu'au moment de l'EDNS 1998 et de la MICS2 2000, la femme nigérienne a, à la fin de sa vie féconde, près de 8 enfants (tableau 7). Lorsqu'on observe la série de la proportion des décès, celle-ci est demeurée importante aussi bien chez les femmes les plus jeunes que chez les plus âgées (variant de 22% chez les femmes de 15-19 ans à 37% chez celles de 45-49 ans). Ces proportions élevées d'enfants décédés ont été également observées au niveau des deux enquêtes EDS précédentes.

Ces proportions d'enfants décédés ont été converties en quotients de mortalité selon la méthode indirecte d'estimation présentée précédemment. Le tableau 8 présente les différents quotients de mortalité (infantile, juvénile et infanto-juvénile). Durant la période de référence la plus récente, centrée sur 1995, sur 1 000 naissances, 126 décèdent avant leur premier anniversaire; sur 1 000 enfants âgés d'un an, 177 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Finalement, sur 1 000 naissances, 280 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Ces niveaux de mortalité sont similaires à ceux observes au moment de l'EDSN-II 1998 (respectivement 123‰, 173‰ et 274‰ pour les cinq dernières années). Comparés au niveau de $_5q_0$ de 318‰ pour les cinq ans ayant précédé l'EDSN 1992, soit au début des années 1990, les résultats aussi bien de la MICS2 2000 que de l'EDSN 1998 indiquent une baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans assez importante au cours de la décennie.

Cette baisse est corroborée aussi bien par la comparaison des séries de la MICS2 elles-mêmes que par celle des séries de l'EDSN 1998. Ces deux séries témoignent une baisse de la mortalité malgré le fait qu'elles ont des amplitudes de variations différentes et des périodes de référence qui ne sont pas tout à fait identiques. Entre la période centrée sur les années 1993-1994 et celle centrée sur les années 1995-1996, la MICS2 indique que le quotient $_5q_0$ est passé de 305‰ à 280‰, soit une baisse absolue de 25‰. De même entre la période 5-9 ans et 0-4 ans avant l'enquête, l'EDSN-II 1998 montre une baisse absolue de 48‰ avec un $_5q_0$ qui passe de 322‰ à 274‰. Comme on peut le constater, cette variation différentielle est due aux différents niveaux de $_5q_0$

estimés sur la période ancienne (centrée sur 1993-1994 pour la MICS2 et 5-9 ans pour l'EDSN 1998). Ces différences peuvent provenir de deux sources :

- d'une part, puisque la méthode indirecte avec les données de la MICS2 n'est pas basée sur l'historique complète des naissances, elle peut entraîner une omission des enfants, surtout des enfants décèdés, chez les femmes les plus âgées, et ainsi sous-estimer le quotient ${}_5q_0$;
- d'autre part, avec les déplacements des dates de naissances en vieillissant les enfants de 4 ans, la méthode directe basée sur les données de l'EDSN-II 1998 pourrait surestimer la mortalité dans la période 5-9 ans tout en sous-estimant celle de 0-4 ans avant l'enquête (Sullivan et al., 1990).

On peut, toutefois, noter aussi bien avec les données de la MICS2 que celles de l'EDSN-II 1998 que la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Niger a connu une baisse durant la dernière décennie (1990-2000).

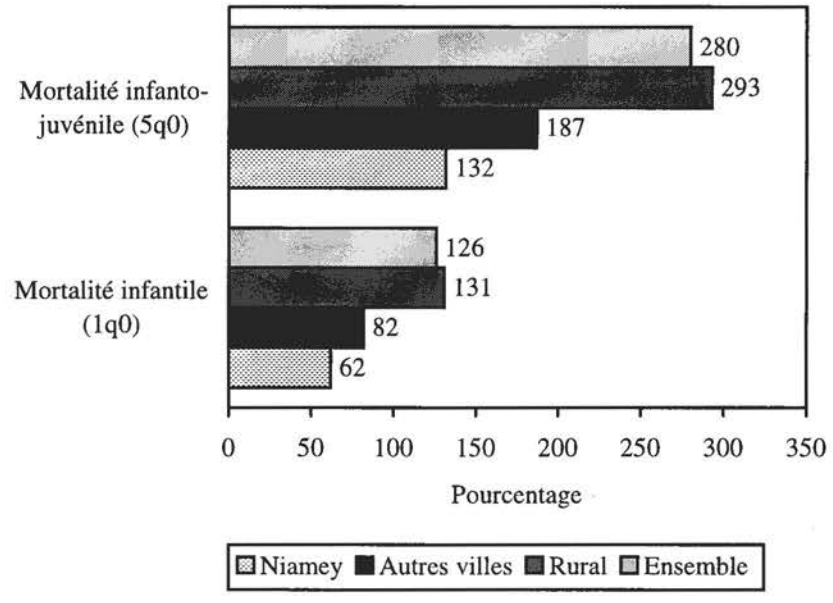
Tableau 8 : Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

Quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile (en ‰), par caractéristiques de la mère, MICS2 Niger 2000

	Période centrée sur 1995			Période centrée su 1993		
Caractéristique socio-démographique	Mortalité infantile (${}_1q_0$) (en ‰)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$) (en ‰)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) (en ‰)	Mortalité infantile (${}_1q_0$) (en ‰)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$) (en ‰)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) (en ‰)
Sexe						
Masculin	133	172	282	152	201	322
Féminin	118	181	278	122	188	287
Région						
Agadez	81	99	172	67	80	142
Agadez CU	59	53	109	69	63	128
Diffa/Zinder	142	250	356	141	247	353
Dosso	141	178	294	134	169	281
Maradi	142	191	306	159	218	343
Tillaberi	100	126	213	116	150	249
Tahoua	121	162	263	146	202	318
Zinder	146	258	366	150	266	376
Milieu de résidence						
Niamey	62	74	132	68	82	144
Autres villes	82	114	187	83	116	189
Urbain	75	100	168	79	105	176
Rural	131	186	293	144	208	322
Niveau d'instruction						
Aucun	127	179	284	142	203	316
Primaire	125	180	282	104	147	236
Secondaire ou plus	70	64	130	78	72	145
Programme non-formel	110	152	246	140	199	311
Ensemble	126	177	280	137	195	305

Malgré cette baisse, le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Niger (280‰) demeure l'un des plus élevés en Afrique, voire dans le monde. Il est deux fois plus élevé que celui observé au Sénégal, au Cameroun, au Ghana, au Nigeria, et de plus de 100‰ supérieur à celui du Bénin et du Togo, et dépasse de plus de 50‰ celui du Mali, du Tchad et du Burkina Faso (Anipah, Mboup et al., 1999; Kodjogbé, Mboup et al., 1997; Ndiaye, Ayad et al., 1997).

Graphique 2
Mortalité infantile et infanto-juvénile



4.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le tableau 8 présente également les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de référence centrée sur l'année 1995. Les hauts niveaux de mortalité durant les cinq premières années de vie de l'enfant touche aussi bien les filles que les garçons (278‰ contre 282‰).

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. La mortalité, surtout infantile, est nettement moins élevée en milieu urbain (75‰) qu'en milieu rural (131‰). Après le premier anniversaire, les différences de mortalité selon le milieu de résidence demeurent importantes : en milieu urbain, sur 1 000 naissances survivantes au premier anniversaire, 100 décèdent avant le cinquième anniversaire. En milieu rural, 186 n'atteignent pas le cinquième anniversaire. Dans l'ensemble, la mortalité infanto-juvénile est moins importante en milieu urbain (168‰) qu'en milieu rural (293‰). L'amélioration des conditions sanitaires et l'accessibilité aux services de santé dans les zones urbaines expliqueraient ces différences de mortalité. Ceci expliquerait la situation privilégiée de la ville de Niamey avec des niveaux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile estimes respectivement à 62‰, 74‰ et 132‰.

Sur le plan régional, on note que les régions de Zinder et de Maradi se caractérisent par des niveaux de mortalité infanto-juvénile très élevés (respectivement 366‰ et 306‰), suivies des régions de Dosso, Tahoua et Tillaberi (respectivement 294‰, 263‰ et 213‰). À l'exception de celui de la région de Tillaberi, ces niveaux de mortalité sont plus du double de celui observé pour la ville de Niamey (132‰).

Selon le niveau d'instruction de la mère, on note qu'un enfant dont la mère est sans instruction a une probabilité de mourir avant le premier anniversaire qui est près de deux fois supérieure à celle d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (127‰ contre 70‰). Cette différence de mortalité devient plus importante pour la période juvénile (179‰ contre 64‰). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 284‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, et de 130‰ lorsque celle-ci a atteint, au moins, le niveau secondaire. Les enfants dont la mère a le niveau d'instruction primaire ou a suivi un programme non-formel d'éducation courent des risques de mortalité infanto-juvénile aussi élevés (respectivement 282‰ et 246‰) que ceux des enfants dont la mère est sans instruction (284‰).

CHAPITRE 5

ÉDUCATION DES ENFANTS

L'éducation est la base du développement économique et social de toute société. C'est un facteur déterminant qui a un impact sur le comportement et les attitudes des populations, notamment des femmes, à l'égard de la santé de leurs enfants, les activités économiques, leur statut et leur rôle dans la famille.

Les différents indicateurs de mesure de l'éducation d'un pays, que sont le nombre d'enfants en âge scolaire inscrits à l'école, les taux de passage aux classes supérieures et de réussite aux examens, sont utilisés dans ce rapport. Un autre indicateur de mesure du niveau d'alphabétisation est également utilisé, il concerne les personnes adultes (âgées 15 ans ou plus) qui sont capables de lire et écrire, avec compréhension, un texte court et simple de la vie quotidienne, dans une langue quelconque.

Lors du Sommet mondial pour les enfants de septembre 1990, deux objectifs majeurs ont été retenus pour ce qui concerne l'éducation. Il s'agit d'abord de l'accès universel à l'éducation de base et d'achèvement du cycle d'enseignement primaire par au moins 80% des enfants d'âge scolaire, avec la réduction de l'écart entre garçons et filles. Il y a, enfin, un autre objectif qui est la réduction du taux d'analphabétisme adulte au moins de moitié par rapport au niveau de 1990, en mettant l'accent sur l'alphabétisation féminine.

5.1 ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE

Il s'agit de données relatives aux enfants de 36-59 mois qui fréquentent une forme quelconque de programme préscolaire organisé.

L'éducation préscolaire est très peu répandue au Niger car seuls 3% des enfants de 36-59 mois fréquentent un établissement quelconque de programme organisé d'éducation préscolaire. Cette situation est due au fait que les établissements qui dispensent ce type d'éducation sont rares au Niger et, au cas échéant, sont payants. Les disparités sont assez grandes selon les régions de résidence et on constate que même à Niamey, la capitale, l'éducation préscolaire ne touche que 10% des enfants de 36-59 mois. Dans les autres régions, notamment Tahoua et Tillaberi (1% dans chacune d'elle), ce pourcentage est très faible et est inférieur à la moyenne nationale. Dans les régions d'Agadez et de Zinder, il y a respectivement 3% et 5% des enfants de 36-59 mois qui suivent un programme d'éducation préscolaire.

Enfin, il convient de relever que les données recueillies au moment de l'enquête indiquent une forte disparité entre le milieu urbain (10%) et le milieu rural (2%).

On note, également, que le faible taux de fréquentation qu'un programme d'éducation préscolaire concerne aussi bien les garçons que les filles (respectivement 3% et 2%). Toutefois, cette forme d'éducation concerne plus les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus que les autres (24% contre 6% lorsque la mère a le niveau d'instruction primaire, 4% lorsqu'elle a suivi un programme non-formel d'éducation et, enfin, 2% lorsqu'elle n'a aucun niveau d'instruction).

Tableau 9 : Programme d'éducation préscolaire

Pourcentage des enfants de 36-59 mois qui fréquentent une forme quelconque de programme organisé d'éducation préscolaire, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Fréquente un programme	Effectif des enfants de 36-59 mois
Sexe		
Masculin	3,3	1 024
Féminin	1,7	984
Âge		
36-47 mois	1,6	1 027
48-59 mois	3,5	983
Région		
Agadez	3,2	413
Agadez CU	8,0	67
Diffa	0,0	27
Dosso	2,5	300
Maradi	1,6	561
Tillaberi	1,0	316
Tahoua	0,5	366
Zinder	5,4	301
Niamey	10,4	71
Milieu de résidence		
Niamey	10,4	71
Autres villes	9,6	180
Ensemble urbain	9,8	251
Rural	1,5	1 758
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge		
Aucun	1,5	1 627
Primaire	5,5	170
Secondaire ou plus	23,9	46
Programme non-formel	3,7	167
Ensemble des enfants	2,5	2 010

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 26

5.2 ÉDUCATION DE BASE

L'objectif du Sommet mondial pour les enfants est que l'éducation de base soit universelle pour tous les enfants dans tous les pays du monde à l'horizon 2000. Cette universalité signifie accès facile par tous et de tous à l'école primaire. C'est pour cela que, dans beaucoup de pays, l'éducation de base est obligatoire. Au Niger, cette mesure a été prise depuis plusieurs années et elle concerne tous les enfants en âge d'aller à l'école primaire. En s'engageant à atteindre cet objectif, le pays réaffirme une action inscrite dans toutes ses politiques de développement économique et social. La loi d'orientation sur l'éducation, adoptée en 1998 par le gouvernement, a encore réitéré cet engagement de l'État nigérien à garantir l'éducation aux enfants âgés de 4 à 18 ans. Les données recueillies sur cet objectif permettent d'évaluer le chemin parcouru.

Deux indicateurs ont été retenus pour évaluer le degré d'universalité d'éducation de base : la proportion d'enfants entrant en première classe de l'école primaire qui atteignent la classe de 5ème primaire (CM1) et la proportion d'enfants d'âge scolaire de l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire.

Tableau 10 : Éducation de base

Pourcentage d'enfants entrant en première année qui atteignent par la suite la cinquième année, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage fréquentant la 2ème année qui étaient en 1ère année l'année dernière	Pourcentage fréquentant la 3ème année qui étaient en 2ème année l'année dernière	Pourcentage fréquentant la 4ème année qui étaient en 3ème année l'année dernière	Pourcentage fréquentant la 5ème année qui étaient en 4ème année l'année dernière	Pourcentage d'enfants qui atteignent la 5ème année parmi ceux qui entrent en 1ère année
Sexe					
Masculin	90,9	90,7	92,2	89,7	67,1
Féminin	92,4	96,7	93,7	87,8	75,9
Région					
Agadez	97,6	100,0	97,1	98,4	96,0
Agadez CU	100,0	100,0	96,6	100,0	96,6
Diffa	78,6	100,0	58,4	66,7	30,6
Dosso	89,5	93,2	98,2	85,4	66,4
Maradi	100,0	93,8	100,0	95,6	84,1
Tillaberi	99,1	100,0	90,8	85,4	84,6
Tahoua	63,6	59,8	62,3	61,7	14,0
Zinder	100,0	100,0	95,5	85,1	81,3
Niamey	96,9	98,6	93,6	95,7	90,2
Milieu de résidence					
Niamey	96,9	98,6	93,6	95,7	90,2
Autres villes	90,4	96,2	85,0	94,6	79,1
Ensemble urbain	92,8	97,1	88,0	94,9	83,0
Rural	91,1	90,7	95,3	83,3	62,4
Ensemble des enfants	91,5	93,0	92,8	89,0	70,4

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 6

Le tableau 10 présente la proportion d'enfants qui, à l'école primaire, passent d'une classe à l'autre ainsi que la proportion d'enfants qui, entrant en première année (CI), accéderont à la cinquième année (CM1). La proportion d'enfants qui, entrant en première année, accéderont en 5ème année primaire, permet de mesurer la capacité du système éducatif à retenir un certain nombre d'élèves au sein du cycle primaire après un nombre d'années défini. Pour le Sommet mondial pour les enfants, il a été retenu la 5ème classe primaire (CM1) et ce taux devrait être au moins égal à 80% avec une réduction de l'écart entre garçons et filles. Selon les résultats du tableau 10, au Niger, cet objectif n'est pas encore atteint car parmi ceux qui entrent en première année moins des trois quarts (70%) accéderont en 5ème classe. Cette proportion est, contre toute attente, plus importante chez les filles que chez les garçons (76% contre 67%). On note, par ailleurs une situation nettement défavorable des enfants de la région Tahoua. Si dans la plupart des régions, 80% ou plus d'enfants qui entrent en première année accéderont à la cinquième (variant de 81% à Zinder à 96% à Agadez) et qu'a Dosso cette proportion est de 66%, dans la région de Tahoua, cette proportion n'est que de 14%. Cette situation s'explique, dans cette région, par une déperdition scolaire progressive (redoublement ou exclusion) de la première à la cinquième année primaire; à chaque passage d'une année à l'autre, près du tiers des enfants redouble ou est exclu du système scolaire.

En comparant avec les données de la MICS1 1996, on constate que les indicateurs semblent s'être améliorés de façon significative. Au niveau de la MICS1, seulement 56% des enfants entrant en première année accédaient à la cinquième année primaire contre 70% actuellement. Toutefois, aussi bien au niveau de la MICS2 qu'au niveau de la MICS1, le taux de rétention chez les filles est supérieur à celui des garçons.

La leçon à tirer est que les jeunes filles peuvent réussir autant sinon même plus que les garçons si elles sont inscrites à l'école primaire. Les résultats observés le prouvent, malgré les obstacles et les barrières qui leur sont imposées, notamment les multiples travaux ménagers qui leur sont confiés et les préjugés socioculturels qui entourent leur éducation. Il convient, cependant, de relever qu'à l'école primaire, les passages en classe supérieure sont assez facilités par le système éducatif nigérien. Les difficultés apparaissent surtout à la 6ème classe primaire (CM2) pour les examens. Mais, on peut dire que les efforts fournis par le gouvernement et ses partenaires au développement commencent à porter leurs fruits. D'ailleurs, concernant ce volet, un projet spécifique et une cellule spéciale chargée de l'éducation de la jeune fille existent depuis des années au sein du Ministère de l'Education Nationale du Niger (Direction des Etudes et Programmes, 1996). Enfin, il convient de préciser que l'indicateur ci-dessus ne mesure que la rétention des enfants inscrits à l'école primaire; il ne permet pas d'évaluer l'universalité de l'accès à l'éducation. Celle-ci peut être appréciée avec le taux net de scolarisation c'est-à-dire la proportion d'enfants d'âge scolaire qui fréquentent effectivement l'école primaire (tableau 11).

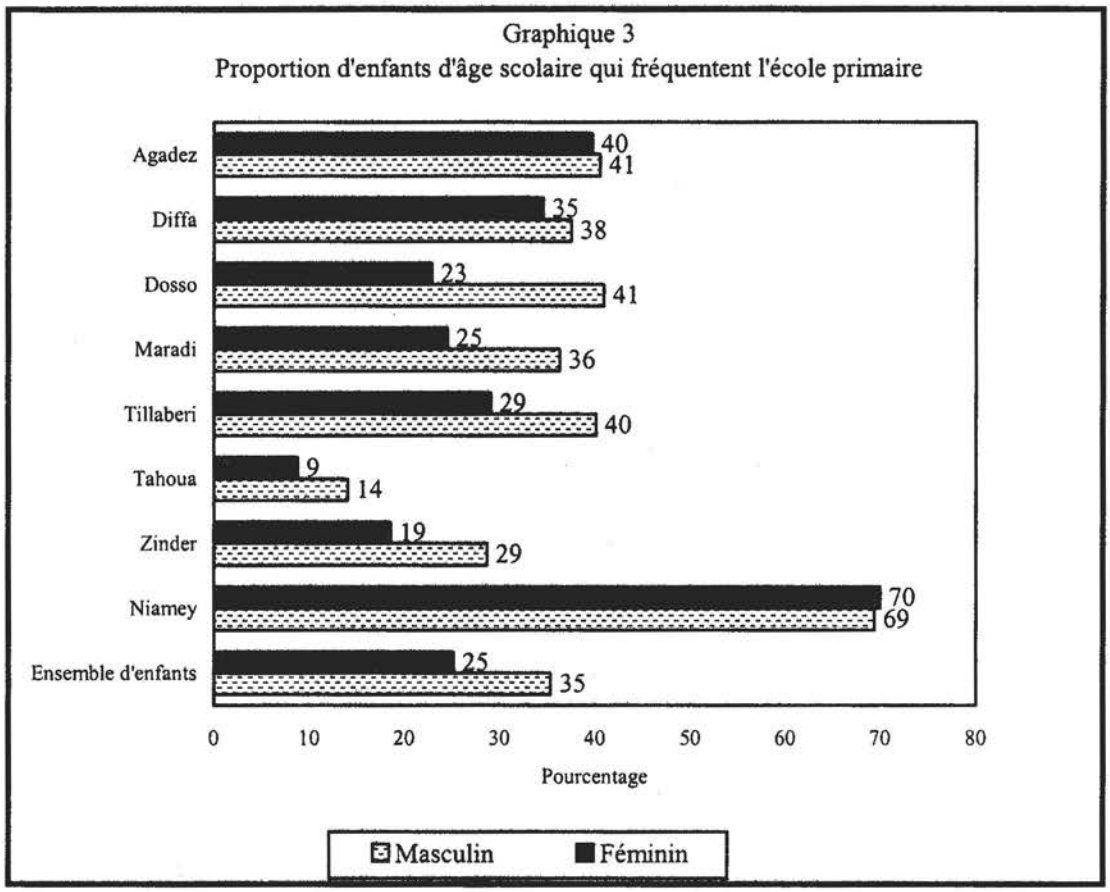
Tableau 11 : Fréquentation de l'école primaire

Pourcentage d'enfants d' âge scolaire (5-12 ans) qui fréquente l'école primaire, MICS2 Niger 2000

	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
Caractéristique socio-démographique	Fréquente actuellement	Effectif	Fréquente actuellement	Effectif	Fréquente actuellement	Effectif
Région						
Agadez	40,5	637	39,7	614	40,1	1 253
Agadez CU	68,3	122	58,7	134	63,3	256
Diffa	37,5	43	34,6	36	36,2	79
Dosso	40,9	540	22,9	535	31,9	1 075
Maradi	36,3	679	24,5	710	30,3	1 389
Tillaberi	40,1	536	29,1	566	34,4	1 102
Tahoua	14,0	568	8,8	567	11,4	1 134
Zinder	28,7	466	18,6	426	23,9	891
Niamey	69,4	147	70,0	149	69,7	296
Milieu de résidence						
Niamey	69,4	147	70,0	149	69,7	296
Autres villes	59,0	312	55,9	330	57,4	642
Ensemble urbain	62,3	460	60,3	479	61,3	939
Rural	30,7	2 640	18,8	2 643	24,8	5 283
Âge						
5	7,3	346	6,8	313	7,1	659
6	14,1	445	9,5	510	11,6	956
7	34,0	522	25,2	480	29,8	1 002
8	39,6	451	32,5	471	36,0	923
9	45,8	312	34,4	320	40,1	632
10	47,6	466	29,8	448	38,9	914
11	57,4	221	41,1	234	49,0	455
12	47,9	337	29,6	345	38,6	681
Ensemble des enfants	35,4	3 100	25,2	3 122	30,3	6 222

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 6

Graphique 3
Proportion d'enfants d'âge scolaire qui fréquentent l'école primaire



La proportion d'enfants d'âge scolaire qui fréquente l'école primaire mesure le taux net de scolarisation. Au niveau national, selon les résultats de l'enquête, ce taux est estimé pour l'ensemble à 30% alors qu'il était de 26% en 1996 à l'enquête MICS1 et de 26% à l'EDSN en 1998. Ce taux est l'un des plus faibles du monde et on ne peut parler d'accès universel à l'éducation de base lorsque moins du tiers seulement des enfants en âge de l'enseignement primaire fréquentent une école primaire.

L'objectif retenu au Sommet mondial pour les enfants en 1990 n'est pas encore atteint au Niger, surtout lorsqu'on observe les différences selon le sexe qui sont toujours importantes. En effet, le taux net de scolarisation est de 25% pour les filles et 35% pour les garçons. Lors de la MICS1 (1996), ces taux étaient respectivement de 19% et 34%, et l'EDSN-II (1998) estimait ces taux à respectivement 21% et 31%.

Les disparités de la fréquentation scolaire sont très nettes entre garçons et filles en milieu rural en faveur des garçons (31% contre 19%) ainsi que dans toutes les autres régions sauf à Agadez (41% contre 40%) et à Niamey (69% contre 70%).

En conclusion, on peut retenir que :

- l'objectif de l'accès universel de tous les enfants à l'éducation de base, n'est pas encore atteint au Niger car moins du tiers des enfants en âge scolaire fréquentent l'école primaire;

- malgré les progrès réalisés, les disparités sont très grandes en matière d'éducation entre les garçons et les filles au détriment de ces dernières : ces disparités sont assez visibles surtout en milieu rural et dans toutes les régions du Niger sauf à Niamey et à Agadez.

L'objectif de l'achèvement du cycle d'enseignement primaire par au moins 80% des enfants d'âge scolaire (pour ceux qui ont pu accéder à l'école primaire), avec réduction de l'écart entre garçons et filles, est atteint dans la plupart des régions, sauf dans la région de Dosso (66%), et surtout dans la région de Tahoua (14%). À ce sujet d'ailleurs, il convient de souligner que les indicateurs calculés permettent de constater les très bonnes performances des jeunes filles qui semblent obtenir des résultats souvent meilleurs que ceux des garçons.

5.3 ALPHABÉTISATION DES ADULTES

L'alphabétisation est une forme complémentaire d'éducation d'une population. Elle est surtout destinée aux personnes adultes âgées de 15 ans ou plus qui n'ont pas fréquenté une école ou qui n'ont atteint que le niveau d'instruction primaire. Elle consiste à apprendre à ces personnes adultes à lire et écrire, avec compréhension, un texte court et simple de leur vie quotidienne.

Un seul indicateur a été retenu pour évaluer les progrès accomplis dans ce domaine : il s'agit du taux d'alphabétisation, c'est-à-dire la proportion de la population adulte âgée de 15 ans ou plus, qui est capable à la fois de lire et d'écrire, avec compréhension, un texte court et simple, lié à la vie quotidienne (tableau 12).

Tableau 12 : Alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus

Pourcentage de la population âgée de 15 ou plus qui est alphabétisée, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Sexe						Total		
	Masculin			Féminin					
	Alphabétisé	NSP/ND	Effectif	Alphabétisée	NSP/ND	Effectif	Alphabétisé	NSP/ND	Effectif
Région									
Agadez	38,4	1,9	1 188	20,1	4,3	1 283	28,9	3,2	2 472
Agadez CU	59,7	2,7	240	33,0	6,9	251	46,0	4,9	491
Diffa	46,2	1,5	92	18,6	0,0	94	32,3	0,8	186
Dosso	24,4	0,5	1 012	7,7	0,3	1 136	15,6	0,4	2 149
Maradi	29,2	1,8	1 387	7,5	0,7	1 573	17,7	1,2	2 959
Tillaberi	25,3	0,9	1 051	7,8	0,5	1 122	16,3	0,7	2 172
Tahoua	17,5	3,1	1 015	6,3	3,5	1 185	11,5	3,3	2 200
Zinder	33,6	1,5	963	6,5	1,4	1 103	19,1	1,4	2 066
Niamey	69,3	2,1	373	49,2	2,2	380	59,1	2,1	753
Milieu de résidence									
Niamey	69,3	2,1	373	49,2	2,2	380	59,1	2,1	753
Autres villes	59,5	1,7	667	34,3	3,1	774	46,0	2,4	1 440
Ensemble urbain	63,0	1,8	1 040	39,2	2,8	1 154	50,5	2,3	2 193
Rural	23,7	1,6	5 094	4,8	1,2	5 689	13,7	1,4	10 783
Âge									
15-24	37,2	1,3	1 882	15,7	1,3	2 213	25,6	1,3	4 094
25-34	36,5	1,3	1 262	13,4	1,5	1 829	22,8	1,5	3 091
35-44	31,0	2,0	1 165	7,3	1,7	1 295	18,5	1,9	2 460
45-54	21,5	2,2	819	3,1	1,7	780	12,5	2,0	1 599
55-64	16,8	1,5	544	2,3	1,1	485	9,9	1,3	1 029
65+	16,0	1,9	456	1,7	2,0	240	11,1	1,9	697
Ensemble de la population	30,4	1,6	6 129	10,6	1,5	6 843	19,9	1,6	12 972

Selon les résultats de l'enquête, seulement 20% des adultes de 15 ans ou plus sont alphabétisés au Niger. Pour les hommes, la proportion est de 30% contre 11% pour les femmes. Non seulement, le taux au niveau national est très faible mais on constate une très forte disparité entre les hommes et les femmes. Cette disparité s'observe dans toutes les régions du Niger même à Niamey. Mais elle est surtout très accentuée en milieu rural (24% pour les hommes contre 5% pour les femmes). À l'exception de la capitale, Niamey (49%), et de la région d'Agadez (20%), le taux alphabétisation des femmes est faible dans toutes les régions (inférieur à 10%). Par contre chez les hommes, le taux d'alphabétisation le plus faible est de 18% dans la région de Tahoua contre plus du quart dans les autres régions.

Par ailleurs, lorsqu'on considère l'âge des personnes, on constate que des progrès ont été réalisés en matière d'alphabétisation aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Si chez les générations féminines anciennes (45 ans ou plus) moins de 5% sont alphabétisées, chez les jeunes générations, plus de 10% le sont. Au niveau des hommes, on constate également que plus du tiers de ceux âgés de 15-34 ans sont alphabétisés (37%) alors que moins du quart le sont chez ceux âgés de 45 ans ou plus (22% à 45-54 ans et 17% chez ceux âgés de 55 ans ou plus).

En 1996, selon les données du Ministère de l'Education Nationale, le taux d'alphabétisation au niveau national était de 17% pour l'ensemble, 22% pour les hommes et 12% pour les femmes. En 1990, selon toujours les données du Ministère de l'Éducation Nationale (Estimations et Projections UNESCO, février 2000), le taux d'alphabétisation au niveau national était de 11% pour l'ensemble, 18% pour les hommes et 5% pour les femmes. En 1991, les taux étaient estimés à 12% pour l'ensemble, 19% pour les hommes et 5% pour les femmes.

En analysant ces résultats, on constate que le Niger a fait d'énormes progrès en matière d'alphabétisation. En effet, en 10 ans, les taux d'alphabétisation ont presque doublé que ce soit pour l'ensemble du pays, pour les hommes et pour les femmes. Malgré tous ces efforts, l'objectif, qui avait été fixé en 1990 par le Sommet mondial pour les enfants concernant l'alphabétisation des adultes, n'est pas encore atteint. Cet objectif consistait à la réduction du taux d'analphabétisme adulte, au moins de moitié (50%), par rapport au niveau de 1990, en mettant l'accent sur l'alphabétisation féminine. En effet, en 1990, le taux d'analphabétisme était estimé, selon les Estimations et Projections de l'UNESCO sur l'analphabétisme (février 2000), à 89% pour l'ensemble du pays, soit 82% chez les hommes et 95% chez les femmes. En l'an 2000, si l'objectif d'une réduction de 50% de ce taux était atteint, les niveaux analphabétisme ne devraient être que respectivement 44%, 41% et 48%. Or, les taux d'analphabétisme, observés en l'an 2000 par l'enquête MICS2, sont respectivement 79%, 69% et 90%.

Ainsi, malgré le fait que le Niger a reçu un prix spécial UNESCO en 1999, pour tous les progrès réalisés en matière d'alphabétisation des adultes, les efforts devront être poursuivis et intensifiés avec un accent particulier pour l'alphabétisation des femmes.

5.4 UTILISATION DES MÉDIAS

Le tableau 12a fournit les proportions des femmes qui lisent un journal au moins une fois par semaine, écoutent la radio au moins une fois par jour, ou regardent la télévision au moins une fois par semaine.

Dans l'ensemble, les femmes nigériennes lisent rarement les journaux (4% au moins une fois par semaine) et regardent peu la télévision (15% au moins une fois par semaine). Par contre, elles sont assez nombreuses à écouter la radio au moins une fois par jour (49%).

Pour ce qui est de l'utilisation des médias, on note une différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural. C'est ainsi que, pour la lecture hebdomadaire du journal, il ressort que 21% des femmes

citadines déclarent l'avoir fait contre 1% pour les femmes du milieu rural. De même, pour la radio, son niveau d'utilisation chez les femmes urbaines est le double de celui chez les femmes rurales (81% contre 42%). La télévision n'est regardée que par 4% des femmes du milieu rural contre 65% pour les femmes du milieu urbain.

L'analyse selon les différentes régions montre que c'est toujours Niamey qui se démarque quel que soit le type de media. Si à Niamey, près de trois femmes sur dix (29%) lisent au moins un journal par semaine, dans les autres régions, elles sont moins d'une femme sur dix à le faire. Dans ces régions, la lecture hebdomadaire d'un journal varie de 1% à Tahoua à 8% à Agadez.

En ce qui concerne l'écoute journalière de la radio, les pourcentages les plus faibles sont observés dans les régions de Zinder, Tahoua et Maradi (respectivement 36% et 39% dans les deux dernières). Par contre, dans les autres régions, au moins la moitié des femmes écoutent journalièrement la radio (de 50% à Tillaberi et 52% à Agadez à 63% à Dosso et 88% à Niamey). Concernant la télévision, si elle est regardée par les trois quarts des femmes de Niamey (78%) et le tiers des femmes d'Agadez (33%), elle n'est regardée que par 15% des femmes de Dosso et 14% des femmes de Tillaberi et par à peine 5% dans les régions de Maradi et de Tahoua et 3% à Zinder.

Lorsqu'on considère l'instruction de la femme, on constate que les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus sont naturellement celles qui lisent plus les journaux que les femmes ayant uniquement le niveau d'instruction primaire ou ayant suivi un programme non-formel d'éducation ou n'étant pas du tout instruites (57% contre respectivement 14% et 0,1%). Concernant l'écoute de la radio, les différences sont moins importantes (89% contre respectivement 66% et 44%). Cependant, comme les femmes instruites ont plus de chance d'être dans les villes, elles ont plus accès à la télévision que les femmes non-instruites. Si 80% des femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus regardent la télévision, seulement 38% des femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 8% de celles n'ayant aucun niveau le font.

Tableau 12a : Accès aux médias des femmes

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 selon l'accès aux média, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Lire un journal au moins une fois par semaine	Ecoute la radio au moins une fois par jour	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Effectif de femmes
Région				
Agadez	8,3	51,6	33,4	1 049
Agadez CU	14,2	74,3	61,4	220
Diffa	13,8	58,4	30,1	73
Dosso	3,6	63,4	15,4	890
Maradi	2,1	39,0	4,7	1 346
Tillaberi	2,0	49,9	14,2	887
Tahoua	0,7	38,8	5,3	1 040
Zinder	1,9	36,2	3,0	873
Niamey	29,1	88,5	77,8	334
Milieu de résidence				
Niamey	29,1	88,5	77,8	334
Autres villes	16,7	76,8	58,7	640
Ensemble urbain	20,9	80,8	65,3	974
Rural	0,8	41,9	4,0	4 690
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge				
Aucun	0,1	44,2	8,0	4 810
Primaire	13,7	66,5	37,9	582
Secondaire	57,3	89,4	79,8	272
Programme non-formel	0,7	40,3	10,7	437
Groupe d'âge				
15-19	6,8	53,1	22,6	1 153
20-24	4,8	49,8	16,7	997
25-29	4,1	48,5	14,2	961
30-34	4,5	48,3	12,4	840
35-39	3,0	45,2	11,2	759
40-44	2,3	48,1	8,7	508
45-49	0,9	41,5	6,1	446
Ensemble des femmes	4,3	48,6	14,5	5 664

Indicateur suivi de l'accès aux médias.

CHAPITRE 6

EAU, SANITAIRES ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

6.1 UTILISATION DE L'EAU SALUBRE

L'eau de boisson salubre est indispensable à la bonne santé d'une population. En effet, l'eau de boisson insalubre peut être un moyen de propagation des maladies comme le choléra, la typhoïde, les maladies diarrhéiques, etc. L'eau de boisson peut aussi contenir des éléments chimiques et physiques ayant des effets néfastes sur la santé humaine. En plus de son association avec les maladies, l'effet de l'inaccessibilité de l'eau de boisson peut être particulièrement important pour les enfants et les femmes, notamment en milieu rural où l'approvisionnement en eau s'effectue dans des conditions difficiles (points d'eau rares et éloignés).

Le tableau 13 fournit la répartition de la population selon la principale source d'eau de boisson utilisée. On note que, dans l'ensemble, 43% de la population utilise l'eau salubre pour la boisson, c'est-à-dire, celle provenant d'un robinet (à domicile ou fontaine), d'un puits protégé, d'une source protégée ou d'un forage. Si on considère chaque source séparément, on se rend compte que seulement 18% de la population utilise principalement l'eau provenant d'un robinet à domicile ou d'une fontaine. Ce niveau est similaire à celui observé au moment de l'EDSN-II 1998 (18%).

L'utilisation de l'eau potable présente une grande disparité selon la région et le milieu de résidence. Si à Niamey, près des trois quarts de la population utilisent de l'eau de boisson salubre (73%), à Agadez un peu plus de la moitié de la population l'utilise (52%), et dans les autres régions moins de la moitié a accès à une eau de boisson salubre. Dans les régions de Dosso, Tillabéri et Maradi, à peine le tiers de la population utilise ce type d'eau (respectivement 34%, 35% et 38%).

Tableau 13 : Utilisation de l'eau salubre

Pourcentage de la population ayant accès a une eau salubre, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographiques	Robinet à domicile	Fontaine	Forage/ puits/ source protégé	Puits/ mare/ source non-protégé	Camion vendeur	Autres	Total	Effectif	Pourcentage de la population ayant accès à une eau salubre
Région									
Agadez	16,2	21,1	14,6	40,5	2,2	5,4	100,0	4 985	51,8
Agadez CU	32,4	40,3	10,7	10,3	4,9	1,4	100,0	1 007	83,5
Diffa	9,6	17,3	8,5	49,1	14,2	1,3	100,0	341	35,4
Dosso	3,7	19,5	11,0	65,4	0,3	-	100,0	4 332	34,3
Maradi	4,0	5,8	27,9	56,3	5,3	0,7	100,0	5 997	37,7
Tillaberi	2,9	7,2	25,1	63,5	1,3	-	100,0	4 396	35,2
Tahoua	2,6	7,0	34,6	52,9	1,2	1,7	100,0	4 484	44,2
Zinder	0,5	8,7	40,1	45,9	2,7	2,1	100,0	3 919	49,3
Niamey	38,3	29,5	5,5	1,4	22,9	2,4	100,0	1 346	73,3
Milieu de résidence									
Niamey	38,3	29,5	5,5	1,4	22,9	2,4	100,0	1 346	73,3
Autres villes	33,0	47,1	4,3	3,6	10,3	1,6	100,0	2 745	84,5
Ensemble urbain	34,8	41,3	4,7	2,9	14,4	1,9	100,0	4 091	80,8
Rural	0,5	6,1	29,4	61,4	1,7	0,8	100,0	21 731	36,1
Ensemble de la population	6,0	11,7	25,5	52,1	3,7	1,0	100,0	25 823	43,2

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 4

Pour ce qui est du milieu de résidence, on remarque que le milieu urbain est mieux doté d'infrastructures hydrauliques adéquates que le milieu rural puisque 81% de la population urbaine utilise de l'eau de boisson salubre contre seulement 36% pour le milieu rural. Cependant, l'eau de boisson salubre est moins utilisée à Niamey que dans les autres villes (73% contre 85%).

6.2 UTILISATION DES SANITAIRES

L'utilisation de toilettes inadéquates pour l'évacuation des excréments humains est associée à la propagation des maladies, notamment la diarrhée et la poliomyélite. L'accès aux sanitaires constitue ainsi un problème de santé publique et d'assainissement des villes et campagnes. Les moyens sanitaires d'évacuation des excréments comprennent : chasse d'eau avec égouts ou fosses septiques, ou latrines d'évacuation, latrines améliorées et latrines traditionnelles.

Le tableau 14 indique que 82% de la population n'ont pas accès à un système sanitaire de traitement des excréments. En effet, 80% de la population vivent dans des ménages ne disposant d'aucune forme de toilettes, et, par conséquent utilisent la brousse ou le champ. La plupart de la population vit dans des ménages qui disposent des toilettes (18%), utilisent des latrines traditionnelles (16%). Ce faible niveau d'utilisation des toilettes a été également observé au moment de l'EDSN-II 1998.

Tableau 14 : Accès à un système sanitaire de traitement des excréments

Pourcentage de la population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Type de toilettes									Pourcentage de la population ayant accès a un système sanitaire de traitement des excréments
	Chasse d'eau avec égouts ou fosse septiques	Latrines évacuation	Latrines amé-liorées (VIP)	Latrines tradition-nelles	Trou ouvert	ND	Pas de toilettes ou brousse ou champ	Total	Effectif	
Région										
Agadez	3,3	1,3	0,3	28,6	2,6	1,1	62,8	100,0	4 985	33,5
Agadez CU	8,3	3,0	0,6	57,1	4,1	1,0	26,0	100,0	1 007	68,9
Diffa	-	4,8	-	30,4	-	-	64,8	100,0	341	35,2
Dosso	0,1	-	0,5	17,4	-	0,1	81,9	100,0	4 332	18,0
Maradi	0,2	0,8	0,3	11,9	4,5	0,5	81,7	100,0	5 997	13,3
Tillaberi	0,1	-	-	10,3	0,3	-	89,4	100,0	4 396	10,3
Tahoua	0,1	0,3	-	9,8	0,3	0,1	89,4	100,0	4 484	10,2
Zinder	-	0,9	0,1	5,4	-	0,0	93,6	100,0	3 919	6,4
Niamey	4,3	5,8	4,8	68,9	7,2	0,6	8,6	100,0	1 346	83,7
Milieu de résidence										
Niamey	4,3	5,8	4,8	68,9	7,2	0,6	8,6	100,0	346	83,7
Autres villes	4,0	5,3	1,3	60,6	4,0	0,7	24,1	100,0	2 745	71,2
Ensemble urbain	4,1	5,4	2,4	63,3	5,1	0,6	19,0	100,0	4 091	75,3
Rural	-	-	0,1	7,3	1,0	0,2	91,4	100,0	21 731	7,4
Ensemble de la population	0,6	0,9	0,4	16,2	1,7	0,2	80,0	100,0	25 823	18,1

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 5

La situation déplorable de la faible utilisation de systèmes sanitaires de traitement des excréments est générale à toutes les régions du Niger, à l'exception de Niamey. Le pourcentage de la population qui vit dans des ménages ne disposant d'aucune forme de toilettes varie de 63% dans la région d'Agadez à 94% dans la région de Zinder. Cette situation reflète essentiellement celle des zones rurales où seulement 7% de la population utilise un système sanitaire de traitements des excréments contre 84% à Niamey et 71% dans les autres villes.

6.3 STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES MÉNAGES

Pour mesurer le statut socio-économique des ménages, des questions ont été posées sur le matériau du sol du logement et la disponibilité de certains biens. L'examen du tableau 14a montre que la majorité des sols des logements sont en terre ou sable (89%). Cette précarité des conditions de logement est spécifique au milieu rural où seulement 2% des sols des logements sont en ciment contre 74% à Niamey et 49% dans les autres villes. Cette proportion varie de 21% dans la région d'Agadez à moins de 10% dans les autres régions.

Quant à la source d'énergie utilisée pour la cuisson, on peut dire qu'en général, les ménages du Niger utilisent le bois (95%). La forte utilisation du bois comme moyen énergétique de cuisson est générale et concerne toutes les régions, les villes comme les campagnes. Ceci est un problème très important au regard de la désertification qui s'accentue avec pour corollaire la coupe effrénée des arbres.

On note, par ailleurs que seulement 6% des ménages utilisent l'électricité comme moyen d'éclairage. Si à Niamey et dans les autres villes, respectivement la majorité (54%) et le tiers des ménages disposent de l'électricité, en milieu rural moins de 1% des ménages (0,4%) en disposent. Sur le plan régional, l'utilisation de l'électricité comme moyen d'éclairage concerne, à l'exception d'Agadez (17%), moins de 5% des ménages dans la plupart des régions (variant de 2% à Zinder à 4% à Dosso).

La possession des biens de consommation durables est aussi très faible au Niger. Si 41% des ménages possèdent une radio, seulement 5% des ménages ont une télévision, moins de 1% ont le téléphone, et seulement 3% possèdent un frigidaire. Pour ce qui est des moyens de déplacement, les charrettes (19%) viennent en tête, suivies des bicyclettes (6%), des mobylettes (2%) et des voitures (2%). Si les charrettes sont plus fréquentes dans les ménages ruraux (21% contre 9% en milieu urbain), les voitures, les mobylettes et bicyclettes sont plus fréquentes dans les villes (respectivement 9%, 11% et 15% contre respectivement 1%, 1% et 4% en milieu rural).

Tableau 14a : Statut socio-économique des ménages

Pourcentage des ménages possedant l'électricité, la radio, la télé, le téléphone, le frigo, les moyens de transport, la nature du sol du logement et les moyens de cuisson, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographiques	Electricité dans le ménage	Radio dans le ménage	Télé dans le ménage	Téléphone dans le ménage	Frigo dans le ménage	Charrette dans le ménage	Bicyclette dans le ménage	Mobylette dans le ménage	Voiture dans le ménage	Sol en terre ou sable	Sol en ciment	Utilise le bois pour la cuisson	Nombre de ménages
Région													
Agadez	17,0	40,1	14,6	1,3	5,9	3,7	6,6	3,3	5,2	77,7	21,0	44,3	1 049
Agadez CU	42,2	57,6	33,6	3,9	15,6	1,0	15,1	6,0	10,7	49,2	48,2	86,5	147
Diffa	8,6	58,3	10,3	1,7	2,6	6,0	1,7	1,7	0,0	86,3	13,7	94,0	66
Dosso	3,5	46,5	3,2	0,1	1,5	26,8	9,8	1,6	1,1	94,9	4,7	96,7	657
Maradi	2,4	33,8	2,1	0,2	1,0	26,6	5,7	1,9	1,1	91,1	8,9	94,1	977
Tillaberi	3,4	45,2	2,9	0,2	1,0	14,7	8,4	1,6	1,4	94,1	5,5	98,3	601
Tahoua	2,1	43,9	2,3	0,1	0,9	13,3	2,8	1,9	1,3	94,8	4,8	97,9	851
Zinder	1,8	26,4	0,9	0,1	0,4	21,7	1,3	0,5	0,4	96,1	3,8	93,0	814
Niamey	54,1	76,3	39,4	5,9	22,9	3,6	12,8	18,2	11,7	24,0	74,4	85,4	208
Milieu de résidence													
Niamey	54,1	76,3	39,4	5,9	22,9	3,6	12,8	18,2	11,7	24,0	74,4	85,4	208
Autres villes	34,3	60,4	28,2	2,4	13,1	11,1	15,5	7,8	7,4	49,5	48,7	91,6	446
Ensemble urbain	40,6	65,5	31,7	3,5	16,2	8,7	14,6	11,1	8,8	41,4	56,9	89,7	654
Rural	0,4	36,8	0,4	0,0	0,1	21,0	4,3	0,9	0,7	97,5	2,4	95,9	3 667
Ensemble des ménages	6,5	41,1	5,2	0,6	2,5	19,1	5,9	2,5	1,9	89,0	10,6	95,0	4 321

Indicateur suivi du statut socio-économique des ménage

CHAPITRE 7

ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS, PRATIQUES D'ALIMENTATION, IODATION DU SEL, VITAMINE A ET FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

La deuxième enquête à indicateurs multiples (MICS2) a collecté, à l'aide d'un questionnaire individuel enfant, des informations relatives à l'état nutritionnel, aux pratiques d'alimentation (allaitement au sein et alimentation de complément), et consommation de la vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans. Au niveau des mères ayant une naissance au cours des 12 derniers mois, l'enquête a également collecté des informations sur la consommation de vitamine A au cours des huit premières semaines de vie de l'enfant. Au niveau du questionnaire ménage, l'iodation du sel a été aussi testée. Le présent chapitre présente les résultats relatifs à ces différents thèmes.

7.1 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Un des objectifs de l'enquête MICS2 au Niger était d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes enfants, état résultant, à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. En revanche, l'état nutritionnel influe sur le risque qu'à l'enfant de contracter des maladies : un enfant atteint de malnutrition chronique ou aiguë est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques. À partir du poids, de la taille et de l'age de l'enfant mesurés au moment de l'enquête, trois indices sont calculés : 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).

Suivant les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants enquêtés est comparé à celui de la population de référence internationale[1]. Dans une population en bonne santé et bien nourrie, on s'attend à ce que seulement 2,3% des enfants se situent à moins deux écarts-type (malnutrition modérée), dont 0,1% à moins trois écarts-type (malnutrition sévère), en dessous de la médiane pour chacun des trois indices de nutrition.

7.1.1 Retard de croissance : taille-pour-âge

L'indice *taille-pour-âge* est un indice de *malnutrition chronique* : une taille trop petite pour un âge donné est la manifestation d'un retard de croissance. La taille-pour-âge est, en effet, une mesure des effets *à long terme* de la malnutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison de la collecte des données. Un enfant qui a reçu une alimentation inadéquate et/ou qui a été malade pendant une période longue ou encore de façon répétée, peut accuser un retard de croissance staturale. Cependant, son poids a pu rester en correspondance avec sa taille réelle, donnant ainsi un indice *poids-pour-taille* normal : c'est pourquoi cette forme de malnutrition n'est pas toujours *visible* dans une population. Un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut ressembler à un enfant de deux ans bien nourri.

[1] La référence a été établie par NCHS/CDC/WHO à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé, cette référence internationale est applicable pour tous les enfants de cetage dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, la comparaison de la situation dans l'enquête avec le standard international est effectuée en mesurant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence.

Les enfants pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme petits pour leur age et atteints de *retard de croissance*, ceux pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts-type de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme atteints de *retard de croissance sévère*.

Le tableau 15 présente les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Au cours de l'enquête MICS2, tous les enfants de moins de cinq ans identifiés dans les ménages vivant ou non avec leur mère, devaient être pesés et mesurés. Dans l'ensemble, 5 080 enfants de moins cinq ans répondaient à ces critères. Cependant, les résultats présentés dans ce rapport ne concernent que 4 948 enfants, soit 97% de l'ensemble des enfants de moins de cinq ans. Sont exclus des résultats, 3% des enfants. Il s'agit : des enfants pour lesquels le poids et/ou la taille n'ont pas été mesurés parce que l'enfant était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé; des enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement invraisemblables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes); et, enfin, des enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet.

Au Niger, quatre enfants sur dix (40%) souffrent d'un retard de croissance, et 19% présentent un retard de croissance sévère. Ces niveaux sont respectivement 17 et 195 fois plus élevés que ceux qui sont supposés exister dans une population où les enfants sont en bonne santé.

Durant les deux premières années de vie de l'enfant, le retard de croissance augmente avec l'âge (graphique 4) : les enfants de moins de six mois sont les moins touchés (8%); entre six mois et un an, plus du dixième des enfants (14%) souffrent de cette forme de malnutrition; à partir de l'âge d'un an, la proportion d'enfants atteints de retard de croissance devient extrêmement élevée (47%). Cette proportion demeure constamment élevée jusqu'au cinquième anniversaire. On note, par ailleurs, que le retard de croissance touche aussi bien les filles que les garçons (respectivement 39% et 40%).

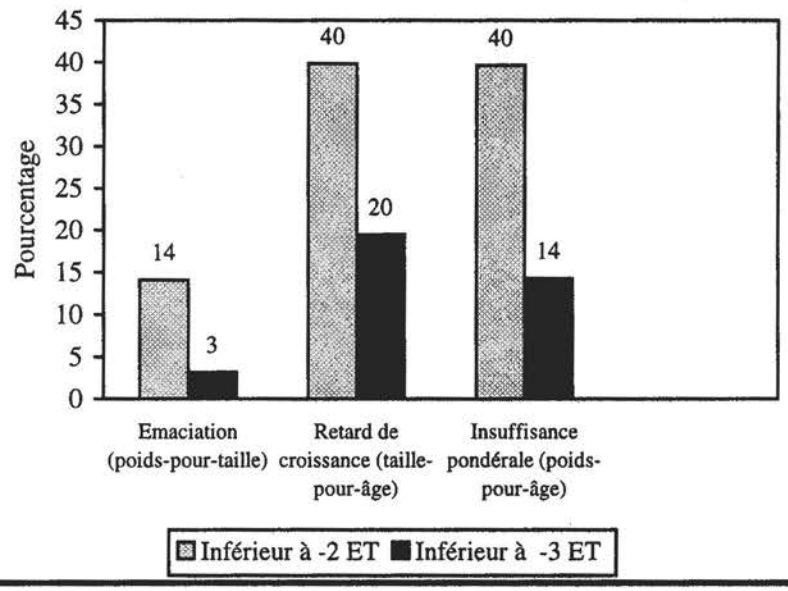
Tableau 15 : État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'une malnutrition sévère ou modérée, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Insuffisance pondérale (poids-pour-age)		Retard de croissance (taille-pour-age)		Émaciation (poids-pour-taille)		NSP/ND	Effectif
	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET		
Sexe								
Masculin	39,9	14,4	40,3	20,2	15,7	3,9	2,7	2 631
Féminin	39,5	14,3	39,4	18,7	12,4	2,5	3,3	2 442
Région								
Agadez	36,2	11,1	32,0	12,9	12,9	1,7	2,8	996
Agadez CU	36,0	9,5	30,2	11,1	12,7	1,0	1,6	185
Diffa	48,5	20,3	42,1	21,3	18,8	5,0	4,3	58
Dosso	38,4	13,5	37,3	14,4	15,1	5,4	3,7	755
Maradi	45,0	17,7	47,3	23,8	13,6	2,5	0,9	1 380
Tillaberi	34,7	10,2	28,4	11,4	15,5	3,0	2,7	804
Tahoua	32,9	10,3	40,1	22,2	10,0	2,1	5,7	920
Zinder	48,3	21,2	47,8	26,7	17,8	4,6	3,2	780
Niamey	23,8	4,4	18,1	7,2	11,6	2,1	3,4	200
Milieu de résidence								
Niamey	23,8	4,4	18,1	7,2	11,6	2,1	3,4	200
Autres villes	32,7	8,6	30,0	11,4	10,1	1,4	3,8	467
Ensemble urbain	30,0	7,4	26,4	10,1	10,6	1,6	3,7	667
Rural	41,1	15,4	41,8	20,9	14,6	3,5	2,9	4 413
Âge								
0-5 mois	5,0	0,8	7,9	3,4	5,1	2,2	1,8	606
6-11 mois	23,9	8,2	14,2	4,4	19,3	4,7	2,2	555
12-23 mois	60,6	27,3	46,6	20,8	35,0	8,6	1,9	915
24-35 mois	52,7	21,3	51,7	26,7	14,1	3,1	3,7	981
36-47 mois	38,8	11,8	47,8	24,7	6,5	0,7	3,2	1 027
48-59 mois	38,6	9,8	47,8	24,1	4,8	0,7	4,2	996
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge								
Aucun	39,4	14,7	39,7	19,6	14,3	3,4	2,9	4 104
Primaire	40,9	13,8	39,0	16,8	12,5	3,0	1,7	445
Secondaire ou plus	25,1	6,8	23,0	6,3	12,2	0,9	2,8	130
Programme non-formel	45,5	13,2	47,0	25,2	14,3	2,6	5,6	397
Ensemble des enfants	39,6	14,3	39,8	19,5	14,1	3,2	3,0	5 080

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 3, 9, 26

Graphique 4
État nutritionnel des enfants



Au niveau du milieu de résidence, le retard de croissance est nettement plus important en milieu rural (42%) que dans les autres villes (30%) et dans la capitale (18%).

Au niveau régional, le retard de croissance est particulièrement important dans les régions de Maradi et de Zinder (respectivement 47% et 48%). Toutefois, à l'exception de la capitale (18%), le retard de croissance atteint aussi des proportions alarmantes dans les autres régions (allant de 28% dans la région de Tillaberi à 40% dans la région de Tahoua).

On note, par ailleurs, que le retard de croissance est particulièrement élevé chez les enfants dont la mère n'est pas instruite, ou n'a atteint que le niveau d'instruction primaire, ou a uniquement poursuivi une formation à travers un programme non-formel d'éducation (respectivement 40%, 39% et 47% contre 23% chez les enfants dont la mère a atteint au moins le niveau d'instruction secondaire).

7.1.2 Émaciation : poids-pour-taille

Les enfants dont le *poids-pour-taille* se situe à moins deux écarts-type de la médiane poids-pour-taille de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*émaciation,* ceux se situant à moins trois écarts-type souffrent d'*émaciation sévère*. L'indice poids-pour-taille reflète, en effet, la situation nutritionnelle actuelle des enfants (au moment de l'enquête). Cette forme de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, ou peut-être le résultat de maladies provoquant une perte de poids (diarrhée sévère, anorexie associée à une maladie, par exemple) : un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. L'indice poids-pour-taille reflète donc une situation actuelle qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. Cette forme de malnutrition aiguë peut être influencée par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, étant donné que la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (épidémie, sécheresse, période de soudure, etc.) sont très sensibles à la saison.

Le tableau 15 fournit les proportions d'enfants atteints d'émaciation ou de malnutrition aiguë, exprimée au moyen de l'indice poids-pour-taille. Dans l'ensemble, 14% des enfants sont émaciés, dont 3% sous une forme sévère : ces proportions sont respectivement 6 fois et 32 fois plus élevées que celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie. Cette forme de malnutrition touche plus les garçons que les filles (16% contre 12%). Du point de vue de l'âge, ce sont les enfants de 12-23 mois (35%), suivis de ceux de 6-11 mois (19%) qui sont les plus atteints. Ce groupe d'ages correspond à un stade du développement où les enfants sont particulièrement exposés aux agents pathogènes comme l'indique la forte prévalence de la diarrhée dans ces groupes d'ages (voir Chapitre 8 - Santé des enfants).

La malnutrition aiguë est moins forte en milieu urbain (11%) qu'en milieu rural où elle atteint 15% des enfants. Au niveau régional, on note une forte proportion d'enfants souffrant d'émaciation dans la région de Zinder (18%), suivie des régions de Tillabery et de Dosso (respectivement 16% et 15%). Par contre, les variations de l'émaciation selon le niveau d'instruction de la mère sont faibles (14% lorsque la mère n'est pas instruite ou a suivi uniquement un programme non-formel contre 12% chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus).

7.1.3 Insuffisance pondérale : poids-pour-âge

Le troisième indice, le *poids-pour-âge*, est la combinaison des indices *taille-pour-âge* et *poids-pour-taille*. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins trois écarts-type souffrent d'*insuffisance pondérale sévère*.

Le poids-pour-âge est un indice qui reflète, chez l'enfant, les effets combinés du retard de croissance et de l'émaciation. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour le suivi de la croissance pondérale, mais sa valeur en tant qu'indice est biaisée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps (Delpeuch, 1991).

Le tableau 15 fournit le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant un poids trop petit par rapport à leur âge. On note que l'insuffisance pondérale touche quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (40%); sous sa forme sévère, 14% des enfants sont concernés. Comme l'état nutritionnel mesuré au moyen de cet indice rend compte à la fois, des formes chroniques et aiguës de la malnutrition, les variations du poids-pour-âge selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que celles observées pour le poids-pour-taille et surtout celles observées pour la taille-pour-âge.

Au niveau régional, l'insuffisance pondérale est particulièrement importante dans les régions de Zinder (48%) et de Maradi (45%), suivies de la région de Dosso (38%). Toutefois, à l'exception de la capitale (24%), le retard de croissance atteint des proportions alarmantes dans toutes les autres régions (variant de 36% dans la région d'Agadez à 33% dans la région de Tahoua).

Au niveau du milieu de résidence, l'insuffisance pondérale varie de 41% en milieu rural à 33% dans les autres villes et à 24% à Niamey. À l'exception des enfants dont la mère a au moins le niveau d'instruction secondaire (25%), l'insuffisance pondérale est alarmante chez tous les autres enfants avec des proportions variant de 39% chez les enfants dont la mère n'est pas instruite à 46% chez les enfants dont la mère n'a poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation

En conclusion, on peut retenir que la malnutrition des enfants, sous toutes ses formes, a atteint des proportions alarmantes au Niger. Les résultats de la MICS2, comme ceux de l'EDSN-II 1998, semblent indiquer une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants. En effet au début de la décennie, les données de l'EDSN-I 1992 indiquaient des proportions élevées (32% pour le retard de croissance, 16% pour émaciation et 36% pour l'insuffisance pondérale) mais moins alarmantes que celles d'aujourd'hui. Lors de L'EDSN-II 1998, chez les enfants de moins de trois ans ces proportions étaient estimées respectivement à 41%, 21% et 50%.

7.2 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques alimentaires jouent un rôle primordial dans l'état nutritionnel des enfants. Le lait maternel contient tous les éléments nutritifs indispensables au bon développement et à la croissance de l'enfant durant ses premiers mois d'existence. Comme il est hygiénique et transmet les anticorps de la mère, le lait maternel limite notamment la prévalence des maladies, en particulier, de la diarrhée. L'allaitement, par son intensité et sa fréquence, peut aussi prolonger l'aménorrhée post-partum et, par contrecoup, l'intervalle entre naissances. Lors de l'enquête MICS2, des questions ont été posées sur les pratiques d'alimentation des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. L'enquêtrice a demandé aux personnes en charge :

1) si les enfants étaient allaités au moment de l'enquête et
2) quels étaient les aliments de complément qu'ils avaient reçus durant les dernières 24 heures.

Les données de l'EDSN 1998 ont indiqué que la quasi-totalité des enfants nigériens nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (96%) ont été allaités, et cette pratique est quasi uniforme quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des mères.

Tableau 16 : Allaitement et aliment de complément

Pourcentage des enfants en vie selon le statut d'allaitement, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Allaitement exclusif (0-3 mois)		Aliments solides ou Semi-solides (6-9 mois)		Encore allaités (12-15 mois)		Encore allaités (20-23 mois)	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Sexe								
Masculin	1,9	183	59,2	216	98,6	178	56,2	156
Féminin	2,0	155	52,9	209	93,5	169	68,3	115
Région								
Agadez	3,2	67	50,9	67	89,4	72	28,2	52
Agadez CU	2,6	13	65,5	16	82,2	9	30,5	17
Diffa	0,0	2	50,0	3	100,0	8	0,0	1
Dosso	0,0	42	39,2	52	94,3	49	75,9	44
Maradi	5,2	89	63,6	117	100,0	104	55,6	70
Tillaberi	0,0	52	24,2	65	94,4	49	63,6	48
Tahoua	1,9	74	71,5	81	97,0	63	72,5	49
Zinder	0,0	55	63,2	71	95,0	54	56,5	31
Niamey	2,3	12	66,2	19	85,4	13	47,4	10
Milieu de résidence								
Niamey	2,3	12	66,2	19	85,4	13	47,4	10
Autres villes	3,4	26	52,9	37	92,2	27	48,1	34
Ensemble urbain	3,1	38	57,5	56	90,0	40	47,9	44
Rural	1,8	301	55,9	369	96,9	309	63,9	227
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge								
Aucun	2,1	272	55,0	334	96,0	271	60,7	220
Primaire	1,1	30	44,3	45	93,8	30	73,5	26
Secondaire	0,0	4	81,6	11	95,0	12	47,5	7
Programme non-formel	1,8	30	74,8	34	99,0	34	56,0	17
Ensemble des enfants	2,0	338	56,1	425	96,1	349	61,3	271

Objectif du Sommet mondial des enfants => Numéro 16

Le tableau 16 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de moins de cinq ans au moment de l'enquête. Dans plus de 95% des cas, les enfants sont allaités jusqu'après leur premier anniversaire. En effet, chez les enfants de 12-15 ans, 96% sont encore allaités au moment de l'enquête. Le pourcentage le plus faible est observé dans la capitale (85%), suivie de la région d'Agadez (89%). Dans ces deux régions, chez les enfants de 20-23 mois, moins de 50% sont encore allaités au moment de l'enquête (respectivement 47% et 28%) contre plus de sept enfants sur dix dans les régions de Dosso et de Tahoua (respectivement 76% et 73%).

Si la pratique de l'allaitement est quasi-universelle au Niger, on note que l'allaitement exclusif (l'enfant reçoit uniquement le lait maternel) est faiblement respecté dans le pays. Seulement 2% des bébés âgés de 0-3 mois reçoivent exclusivement le sein. Malgré les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF selon lesquelles, jusqu'à 4-6 mois, les enfants doivent uniquement être nourris au sein, on remarque que même chez les enfants de 0-3 mois, la pratique de l'allaitement exclusif est insignifiante, et ceci dans toutes les régions.

L'introduction précoce d'une alimentation de complément a des implications particulièrement importantes sur l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants (OMS, 1994). En marge de l'allaitement, cette pratique expose les nouveau-nés aux agents pathogènes, surtout aux maladies diarrhéiques. Par ailleurs, en recevant autre chose que le lait maternel, les enfants sont en partie rassasiés et, compte tenu de la capacité limitée de leur estomac, ils ont tendance à moins téter, ce qui peut réduire la production de lait maternel. Cette pratique peut ainsi entraîner le ralentissement de la fréquence de l'allaitement maternel qui, en diminuant la durée de l'aménorrhée post-partum, augmente le risque pour la femme de retomber enceinte.

Le tableau 16 fournit également des informations sur les types d'aliments reçus par les enfants âgés de 6-9 mois durant les dernières vingt quatre heures. Si l'allaitement exclusif est recommandé au cours des 4-6 premiers mois, il est conseillé qu'à partir de l'âge de 6 mois que les enfants reçoivent suffisamment de compléments d'aliments (solides ou semi-solides). Au moment de l'enquête, seulement 56% des enfants âgés de 6-9 mois ont reçu des aliments solides ou semi-solides. Par contre, 44% des enfants n'ont reçu que le lait maternel ou des liquides comme l'eau. On note plus de filles de 6-9 mois n'ayant pas reçu d'aliments de complément solides ou semi-solides que de garçons du même groupe d'âges (47% contre 41%). La proportion d'enfants de 6-9 mois n'ayant pas reçu d'aliments de complément solides ou semi-solides est particulièrement importante dans la région de Tillaberi, suivie de la région de Dosso (respectivement 76% et 61% contre 28% dans la région de Tahoua et moins de 50% dans les autres régions). Selon le milieu de résidence, on note que les enfants âgés de 6-9 mois du milieu rural et des autres villes sont plus nombreux à ne pas recevoir d'aliments de compléments solides ou semi-solides que ceux de la capitale (respectivement 44% et 47% contre 34%).

On note, par ailleurs, que lorsque la mère n'est pas instruite ou n'a atteint que le niveau d'instruction primaire, l'enfant a moins de chance de recevoir des aliments de complément solides ou semi-solides que lorsque la mère a au moins le niveau d'instruction secondaire ou a poursuivi un programme non-formel d'éducation (respectivement 45% et 56% contre respectivement 18% et 25%).

7.3 IODATION DU SEL

L'un des objectifs du SME est l'élimination quasi-totale de la carence en iode. Cette carence peut, d'une part, entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et, d'autre part, favoriser l'apparition de goître à tout âge. Au Niger, la stratégie de lutte retenue est l'utilisation du sel alimentaire iodé qui demeure la forme de prévention la plus efficace. Ainsi, la production, l'importation, la distribution et la commercialisation de sel iodé ont été rendues obligatoires par un arrêté inter-ministériel d'octobre 1995 (République du Niger, 1995) qui est entré en vigueur le 1er avril 1996. Un système de contrôle de qualité du sel iodé a été mis en place, renforcé par des dispositifs au niveau des services douaniers et des circuits de distribution et de vente.

La première enquête à Indicateurs Multiples réalisée en 1996 (donc avant l'entrée en vigueur de l'arrêté inter-ministériel) indiquait que la consommation du sel iodé ne concernait que 7% des ménages au Niger. Cependant, deux ans après, la deuxième enquête démographique et de santé réalisée en 1998 (EDSN-II) indiquait que 64% des ménages consommaient du sel iodé. Dans le cadre de la MICS2, l'iodation du sel des ménages a été également testée à l'aide des mêmes instruments utilisés dans la MICS1 et l'EDSN-II (Kits de 25 PPM). Les résultats de ces tests indiquent que dans l'ensemble du Niger, la consommation du sel iodé est encore faible et ne concerne que 44% des ménages (tableau 17). Cette proportion est de 20% inférieure à celle obtenue dans la première année d'application de l'arrêté inter-ministériel (EDSN-II, 1998).

La MICS2 et l'EDSN-II ayant utilisé les mêmes instruments de mesure de l'iodation du sel, les différences ne peuvent être dues qu'a une baisse effective de la teneur en iode du sel consommé dans les ménages qu'a un problème de mesure. En effet, au moment de l'enquête pilote effectuée à Niamey, deux mois avant l'enquête proprement dite, la baisse de l'iodation avait attiré l'attention des enquêtrices qui en ont fait part à l'équipe de coordination. Pour s'assurer de la fiabilité des Kits utilisés pour le test du sel, l'équipe technique s'est assurée au niveau de l'UNICEF – Niamey de la fiabilité des Kits. Après vérification, il a été conclu que la faible teneur en iodation ne peut être due aux Kits, car ce sont les mêmes, que le Niger a utilisé à la MICS1 1996 et à l'EDSN-II 1998.

Tableau 17: Utilisation du sel iodé

Pourcentage des ménages qui consomment du sel iodé, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de ménages n'ayant pas de sel	Pourcentage de ménages dont le sel est testé	Résultat du test du sel iodé	Nombre de ménages
Région				
Agadez	3,5	96,0	33,9	832
Agadez CU	4,5	94,8	51,7	147
Diffa	3,0	97,0	81,9	66
Dosso	1,3	96,8	32,8	657
Maradi	0,6	98,7	38,8	977
Tillaberi	1,0	97,9	26,6	601
Tahoua	3,1	95,5	59,6	851
Zinder	0,6	97,3	50,6	814
Niamey	8,3	90,8	54,9	208
Milieu de résidence				
Niamey	8,3	90,8	54,9	208
Autres villes	3,3	95,8	49,8	446
Ensemble urbain	4,9	94,2	51,4	654
Rural	1,3	97,3	43,0	3 667
Ensemble des ménages	1,8	96,9	44,2	4 321

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 14

En outre, le test effectué sur plusieurs types de sel confirmait la bonne précision des Kits. Par conséquent la faible proportion de ménages consommant du sel iodé révèle bien un relâchement du système de contrôle de l'iodation du sel distribué au Niger.

La faible consommation du sel iodé concerne particulièrement les régions de Tillaberi, de Dosso, d'Agadez et de Maradi (respectivement 27%, 33%, 34% et 39%). Par contre, dans les régions de Tahoua, Zinder et Niamey, la majorité des ménages consomment du sel iodé (respectivement 60%, 51% et 55%).

Au niveau du milieu de résidence, l'iodation du sel varie de 43% en milieu rural à 50% dans les autres villes et à 55% à Niamey.

7.4 VITAMINE A ET CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE CHEZ LES ENFANTS ET CHEZ LES FEMMES

La carence en vitamine A ou l'avitaminose A réduit le système immunitaire de l'enfant, et augmente ainsi ses risques de décéder face aux maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également, d'une part, entraîner la maladie des yeux voire la cécité crépusculaire chez les enfants, et d'autre part, affecter la santé des mères enceintes ou allaitantes. Toutefois, elle peut être évitée par les suppléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. L'un des objectifs du SME est l'élimination quasi-totale de la carence en vitamine A et de ses effets, y compris la cécité crépusculaire. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays où la mortalité infanto-juvénile dépasse 70%, où la carence en vitamine est un problème de santé publique, mettent en place un programme de contrôle de la vitamine A. Suivant les recommandations de l'UNICEF/OMS, le Ministère de la Santé du Niger recommande que les enfants âgés de 6-12 mois reçoivent une dose de capsule 100 000 IU de vitamine A chaque six mois, et que les enfants de plus d'un an reçoivent une dose plus importante de 200 000 IU chaque mois.

7.4.1 Supplément en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois et chez les mères

Au moment de la MICS2, un module sur la vitamine A et la cécité crépusculaire a été développé. Les enquêtrices demandaient pour chaque enfant âgé de moins cinq ans, s'il a reçu un supplément de vitamine A en montrant les capsules à la personne en charge. Dans l'ensemble, sept enfants sur dix âgés de 6-59 mois ont reçu un supplément de vitamine A, dont 59% au cours des six derniers mois, 6% avant les six derniers mois et 3% à une date inconnue. Par contre, 31% des enfants de 6-59 mois n'ont jamais reçu de supplément de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, les variations de la proportion de ceux qui n'ont pas recu de supplément de vitamine A sont assez importantes (de 39% chez les enfants de 6-11 mois à 29% chez les enfants de 48-59 mois qui n'ont jamais reçu un complément de vitamine A). Cependant, lorsqu'on considère les six derniers mois, les variations de cette proportion sont négligeables (59% pour chaque groupe d'âges).

Au cours des six derniers mois, les enfants de Tahoua ont plus reçu de suppléments en vitamine A (81%) que ceux des régions de Tillaberi (33%) et de Zinder (32%). Dans ces deux régions, plus de la moitié des enfants de 6-59 mois n'ont jamais reçu de complément de vitamine A (respectivement 50% et 58%). Par contre, dans les autres régions cette proportion est moins du tiers.

Au niveau du milieu de résidence, les variations sont assez importantes en faveur des autres villes ou seulement 16% de 6-59 mois n'ont pas reçu un supplément en vitamine A contre 27% à Niamey et 33% en milieu rural. De même, la proportion d'enfants n'ayant pas reçu des suppléments de vitamine A est moins importante chez ceux dont la mère a au moins le niveau d'instruction secondaire que chez ceux dont la mère n'est pas instruite (13% contre 33%).

Tableau 18 : Supplément de vitamine A chez les enfants de 6-59 mois

Répartition des enfants de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu ou non une dose de Vitamine A au cours des six derniers mois, MICS2 Niger 2000

	Vitamine A						
Caractéristique socio-démographique	A reçu : au cours des six derniers mois	A reçu:a avant les six derniers mois	A reçu: NSP quand	Pas sur si reçu	N'a pas reçu	Total	Effectif des enfants
Sexe							
Masculin	59,7	5,4	2,9	1,2	30,7	100,0	2 318
Féminin	57,9	6,0	3,1	1,7	31,3	100,0	2 151
Région							
Agadez	61,7	12,6	1,7	0,8	23,1	100,0	824
Agadez CU	74,7	11,7	2,5	1,9	9,2	100,0	162
Diffa	81,8	1,0	2,0	-	15,2	100,0	54
Dosso	68,7	1,4	2,9	1,8	25,1	100,0	662
Maradi	66,5	7,8	2,9	0,6	22,3	100,0	1 235
Tillaberi	33,1	9,7	3,8	3,1	50,2	100,0	711
Tahoua	81,1	1,3	0,9	0,9	15,8	100,0	795
Zinder	32,0	5,0	3,6	1,1	58,4	100,0	673
Niamey	51,6	10,3	8,3	2,6	27,2	100,0	181
Milieu de résidence							
Niamey	51,6	10,3	8,3	2,6	27,2	100,0	181
Autres villes	66,9	10,6	4,8	1,8	15,8	100,0	416
Ensemble urbain	62,3	10,5	5,9	2,0	19,3	100,0	596
Rural	58,3	5,0	2,5	1,3	32,9	100,0	3 877
Âge							
6-11 mois	59,0	0,8	0,5	0,8	38,8	100,0	555
12-23 mois	60,0	4,2	3,5	1,0	31,3	100,0	915
24-35 mois	59,7	6,9	3,5	1,3	28,5	100,0	981
36-47 mois	56,6	7,5	3,4	1,9	30,7	100,0	1 027
48-59 mois	59,0	6,9	2,9	1,8	29,4	100,0	996
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge							
Aucun	57,6	5,5	2,4	1,4	33,1	100,0	3 608
Primaire	60,9	8,8	5,1	2,2	22,9	100,0	396
Secondaire	74,7	7,3	4,7	0,2	13,1	100,0	118
Programme non-formel	63,7	4,0	5,9	1,2	25,2	100,0	349
Ensemble des enfants	58,8	5,7	3,0	1,4	31,1	100,0	4 474

Auprès des mères ayant une naissance dans les 12 derniers mois, l'enquête a également collecté des informations sur le supplément en vitamine A avant que l'enfant atteigne l'âge de 8 semaines. Dans l'ensemble, 16% des mères ont reçu un supplément de vitamine A dans les huit premières semaines de vie de l'enfant.

Cette proportion est particulièrement faible dans les régions de Maradi, Zinder, Tahoua et Tillaberi (10% dans les deux premièeres et 14% dans les deux dernières). Par contre, elle dépasse la moyenne nationale dans les régions de Dosso, de Niamey et d'Agadez (respectivement 30%, 24% et 19%). La situation de Niamey est, toutefois, moins bonne que celle des autres villes (29%). En milieu rural, la consommation de vitamine A ne concerne que 14% des mères. De même, seulement 14% des mères sans instruction ou ayant poursuivi un programme non-formel d'éducation ont reçu des suppléments de vitamine A contre 28% chez les mères ayant le niveau d'instruction primaire et 31% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus. Selon l'âge des mères, les variations de cette consommation sont irrégulières.

Tableau 19 : Supplément de vitamine A chez les mères

Pourcentage des femmes ayant une naissance au cours des 12 derniers mois qui ont reçu une dose de vitamine A avant que l'enfant atteigne l'age de 8 semaines, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	A reçu une dose de vitamine A	Pas sure	Effectif de femmes
Région de résidence			
Agadez	19,4	1,5	216
Agadez CU	33,5	0,8	45
Diffa	53,7	0,0	11
Dosso	30,2	0,8	198
Maradi	10,0	0,0	356
Tillaberi	14,1	0,0	209
Tahoua	13,5	1,2	258
Zinder	9,8	2,5	234
Niamey	24,1	2,4	49
Milieu de résidence			
Niamey	24,1	2,4	49
Autres villes	29,4	0,3	113
Ensemble urbain	27,8	0,9	162
Rural	14,2	0,9	1 198
Groupe d'âge			
15-19	14,2	1,8	191
20-24	19,7	1,0	336
25-29	18,8	0,5	325
30-34	13,2	0,0	231
35-39	10,2	1,6	192
40-44	14,4	0,5	59
45-49	8,2	0,0	26
Niveau d'instruction			
Aucun	14,1	0,8	1 097
Primaire	28,2	1,3	131
Secondaire	30,8	1,0	30
Programme non-formel	14,1	1,5	102
Ensemble	15,8	0,9	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 15

7.4.2 Cécité crépusculaire

L'objectif 15 du SME qui est l' élimination quasi totale de la carence en vitamine A, consiste finalement à éradiquer la cécité crépusculaire chez les enfants. Cette affection qui est un signe de carence en vitamine A (ou avitaminose A), résultant d'une alimentation pauvre et peu variée et d'une prise insuffisante d'aliments contenant cette vitamine, est connue depuis longtemps au Niger. En effet, il existe un terme pour la désigner dans les langues nationales : dundumi en Haoussa et dandumi en Djerma. Dans la MICS2, la cécité crépusculaire a été évaluée en utilisant ces termes.

Le tableau 19a présente la proportion d'enfants de 24-59 mois souffrant de cécité crépusculaire. Parmi les enfants de 24-59 mois, 2% souffrent d'une cécité crépusculaire au moment de l'enquête. C'est dans la région de Tillaberi qu'on trouve plus d'enfants de 24-59 mois souffrant de cette cécité (4,1%, soit le double du niveau national), suivi de la région de Dosso (3,1%). Dans les régions de Maradi et Zinder, les niveaux de cécité crépusculaire chez les enfants sont inférieurs à 2%. Selon le milieu de résidence, cette maladie, quasi-inexistante dans les autres villes (0,1% contre 0,5% à Niamey), demeure importante en milieu rural (2,4%). Chez les enfants de 24-35 mois, 1,4% sont concernes contre 2,7% chez ceux de 36-47 mois et 2,2% chez ceux de 48-59 mois.

Tableau 19a : Cécité crépusculaire chez les enfants de 24-59 mois

Répartition des enfants de 24-59 mois selon qu'ils souffrent ou non d'une cécité crépusculaire, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants souffrant de cécité crépusculaire	Effectif des enfants
Sexe		
Masculin	2,2	1 543
Féminin	2,0	1 459
Région		
Agadez	3,3	595
Agadez CU	0,3	100
Diffa	-	-
Dosso	3,1	449
Maradi	1,3	834
Tillaberi	4,1	497
Tahoua	1,9	513
Zinder	1,6	495
Niamey	0,5	115
Milieu de résidence		
Niamey	0,5	115
Autres villes	0,1	270
Ensemble urbain	0,2	385
Rural	2,4	2 619
Âge		
24-35 mois	1,4	981
36-47 mois	2,7	1 027
48-59 mois	2,3	996
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge		
Aucun	2,4	2 441
Primaire	1,1	255
Secondaire	-	70
Programme non-formel	1,3	236
Ensemble des enfants	2,1	3 004

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 15

Le tableau 19b indique également que 17% des mères ayant un enfant au cours des 12 derniers mois souffrent de cécité crépusculaire. Comme chez les enfants, cette maladie; est plus fréquente dans la région de Tillaberi (28%), suivie de la région de Dosso (22%) que dans les autres régions, notamment Maradi (12%) et Zinder (12%). Au niveau du milieu de résidence, 19% des mères du milieu rural sont concernées contre 6% dans les autres villes et 4% à Niamey. D'une manière générale, la cécité crépusculaire croit avec l'âge des femmes en passant de 13% chez celles âgées de 15-19 ans à 24% chez celles de 45-49 ans. Les femmes non-instruites sont plus affectées par cette maladie que celles qui sont instruites (19% contre 9% chez celles ayant le niveau d'instruction primaire et 6% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus).

Tableau 19b : Cécité crépusculaire chez les mères

Pourcentage des femmes ayant une naissance au cours des 12 derniers mois qui ont souffert d'une cécité crépusculaire, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage des femme souffrant de la cécité crépusculaire	Effectif de femmes
Région de résidence		
Agadez	28,1	216
Agadez CU	7,6	45
Diffa	-	-
Dosso	22,4	198
Maradi	11,7	356
Tillaberi	27,6	209
Tahoua	20,9	258
Zinder	12,3	245
Niamey	4,2	49
Milieu de résidence		
Niamey	4,2	49
Autres villes	6,3	113
Ensemble urbain	5,6	162
Rural	18,7	1 198
Groupe d'âge		
15-19	13,1	191
20-24	16,6	336
25-29	17,8	325
30-34	16,7	231
35-39	18,5	192
40-44	21,8	59
45-49	29,2	26
Niveau d'instruction		
Aucun	18,6	1 097
Primaire	9,2	131
Secondaire	6,2	30
Programme non-formel	14,6	102
Ensemble	17,1	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 15

7.5 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

L'un des objectifs du SME est la réduction du de la proportion d'enfants ayant un faible poids à la naissance à moins de 10%. Les enfants qui naissent avec un poids inférieur à 2 500 grammes sont considérés comme des bébés ayant un poids trop faible. Au Niger, en raison du faible pourcentage d'enfants pesés à la naissance, une estimation indirecte a été utilisée pour produire un indicateur représentatif au niveau national. Le pourcentage de naissances qui pèsent moins de 2 500 grammes est estimé à partir de deux informations dans le questionnaire : l'appréciation de la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est-à-dire, très petite, plus petite que la moyenne, moyenne, plus grande que la moyenne, très grande) et les déclarations de la mère concernant le poids de l'enfant si ce dernier était pesé à la naissance. Premièrement, les deux informations sont croisées dans un tableau pour les enfants qui ont été pesés à la naissance pour obtenir la proportion de naissances dans chaque catégorie de taille pesant moins de 2 500 grammes. Cette proportion est ensuite multipliée par l'effectif total d'enfants appartenant à la catégorie de taille pour obtenir l'effectif estimé d'enfants dans chaque catégorie de taille qui avaient un poids insuffisant à la naissance. Les effectifs pour chaque catégorie de taille sont résumés pour obtenir l'effectif total d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance. Ce nombre est divisé par le nombre total de naissances pour obtenir le pourcentage ayant un poids insuffisant à la naissance. Bien qu'il s'agisse ici que d'une estimation approximative qui peut être excessive et demanderait des investigations supplémentaires, ce résultat est moins biaisé que celui concernant les seuls enfants qui ont été pesés. Au Niger, seulement 16% des enfants nés au cours des 12 derniers mois ont été pesés à la naissance. Cette faible proportion d'enfants pesés à la naissance doit être associée au faible taux d'accouchement dans un établissement sanitaire (Chapitre 9 – Santé de la Reproduction), lieu approprié pour la prise des mesures des enfants. En utilisant la méthode indirecte d'estimation du poids des enfants à la naissance, on trouve qu'au niveau national, 12% des enfants nés au cours des 12 derniers mois ont un poids inférieur à 2 500 grammes. Ce faible poids varie de 7% dans la région de Dosso à 15% dans la région de Tahoua. Selon le milieu de résidence, les variations sont faibles (10% en milieu urbain contre 12% en milieu rural). De même, la proportion d'enfants ayant un faible poids à la naissance varie de 10% lorsque la mère est instruite à 12% lorsqu'elle ne l'est pas.

Tableau 20 : Faible poids à la naissance

Pourcentage des enfants nés vivants dans les 12 derniers mois ayant un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes, MICS2 Niger, 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage des enfants ayant un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes	Pourcentage d'enfants pesés	Effectif des enfants
Région			
Agadez	-	-	-
Agadez CU	13,3	76,2	45
Diffa	10,5	48,3	11
Dosso	7,4	14,6	198
Maradi	11,9	15,8	356
Tillaberi	9,5	14,6	209
Tahoua	15,2	6,6	258
Zinder	13,2	2,6	234
Niamey	9,8	80,7	49
Milieu de résidence			
Niamey	9,8	80,7	49
Autres villes	10,2	65,6	113
Ensemble urbain	10,1	70,2	162
Rural	11,9	8,7	1 198
Groupe d'âge			
15-19	12,5	16,5	191
20-24	10,6	15,2	336
25-29	12,0	16,2	325
30-34	10,8	16,8	231
35-39	11,7	17,7	192
40-44	15,8	15,9	59
45-49	15,9	3,5	26
Niveau d instruction			
Aucun	11,9	11,7	1 097
Primaire	10,2	35,6	131
Secondaire	9,3	77,8	30
Programme non-formel	10,7	19,4	102
Ensemble	11,7	16,0	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les => Numéro 12

CHAPITRE 8

SANTÉ DES ENFANTS

8.1 VACCINATION DES ENFANTS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que tous les enfants soient complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois contre les principales maladies endémiques les plus meurtrières que sont : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole (OMS, 1991).

Lors du SME, un des objectifs était le maintien de la couverture de la vaccination à un niveau élevé (au moins 90% d'enfants de moins d'un an en l'année 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos des femmes en âge de reproduction.

Au Niger, depuis plus d'une décennie, la vaccination demeure une activité très importante dans la mise en oeuvre des soins de santé maternelle et infantile. Elle a bénéficié d'une attention particulière avec le développement du Programme Élargi de Vaccination (PEV) soutenu par certains partenaires au développement (UNICEF, OMS, USAID, etc.).

Dans la MICS2, la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Les informations ont été, soit recopiées à partir du carnet de vaccination (ou carnet de santé), soit enregistrées à partir des déclarations de la mère. Ainsi, lorsque le carnet de vaccination n'était pas disponible, l'enquêtrice demandait à la mère si l'enfant avait reçu le BCG (qui laisse généralement une cicatrice sur l'avant-bras gauche), le vaccin contre la polio (vaccination par gouttes dans la bouche), le DTCoq (une injection à la cuisse ou au dos) et celui contre la rougeole (c'est à dire une piqûre au bras).

Les données du tableau 21 concernent seulement les enfants de 12 à 23 mois qui, en fait, ont atteint l'âge où ils devraient être tous vaccinés. Pour collecter ces informations sur la vaccination, l'enquêtrice demande à consulter les carnets de vaccination des enfants âgés de moins de cinq ans au moment de l'enquête. Ceci a été possible dans un peu plus du tiers (36%). Dans 64% des cas, l'enquêtrice a dû se fonder uniquement sur les déclarations de la mère.

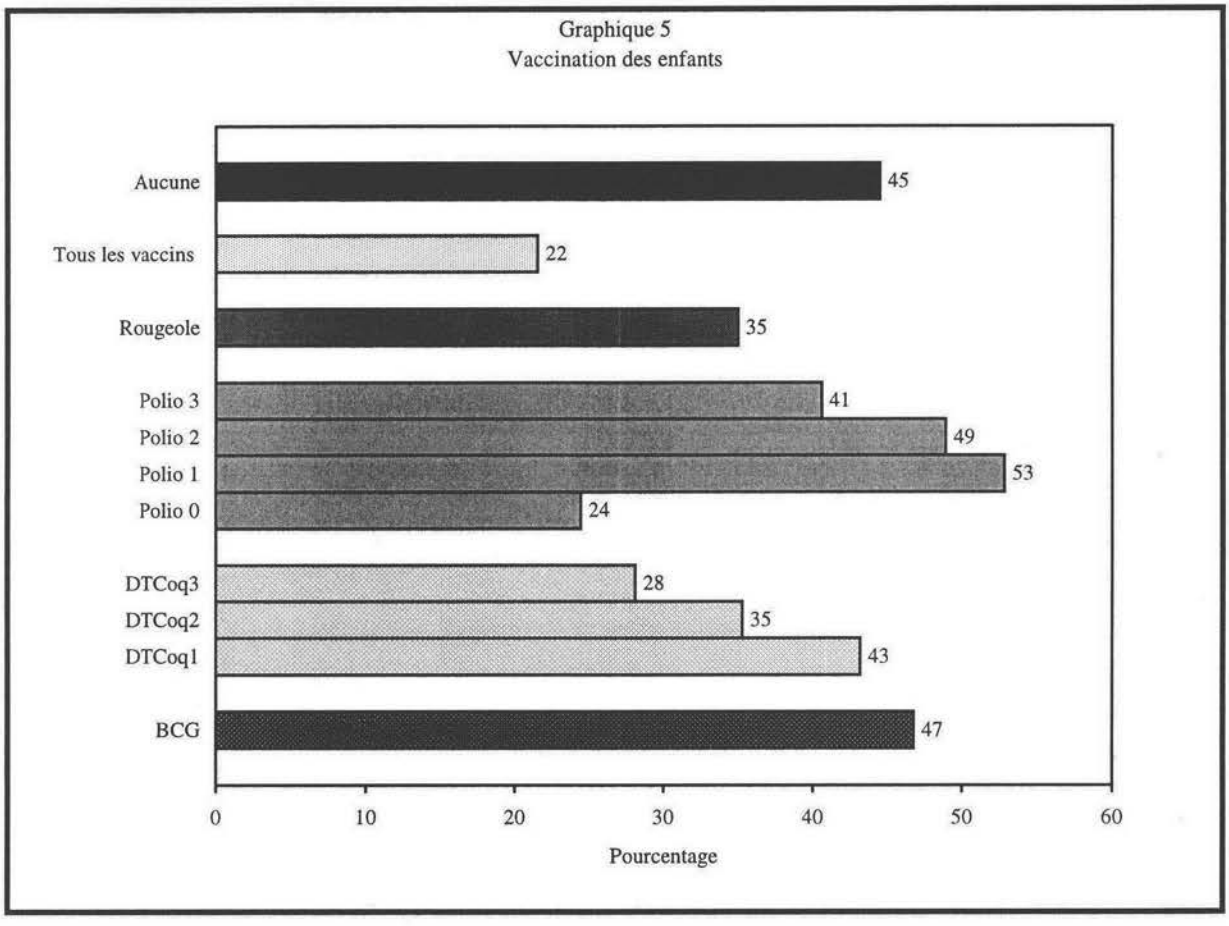
Dans l'ensemble, seulement 22% des enfants âgés de 12 à 23 mois au moment de l'enquête ont reçu toutes les vaccinations du PEV (BCG, trois doses de DTCoq, trois doses de polio et une dose de rougeole). Cependant, pour seulement 13% des enfants, tous les vaccins ont été administrés avant l'âge de 12 mois, tel que recommandé. On note, par ailleurs, que 45% des enfants n'ont reçu aucune vaccination. Ces résultats indiquent que l'objectif d'une quasi-généralisation de la vaccination est loin d'être atteint au Niger.

Tableau 21 : Vaccination des enfants avant l'âge de 12 mois

Pourcentage des enfants de 12-23 mois vaccines contre les maladies de l'enfance, MICS2 Niger 2000

		DTCoq			Polio							
Âge de vaccination	BCG	1	2	3	0	1	2	3	Rougeole	Tous les vaccins	Aucun vaccin	Effectif
Vaccinées n'importe quel âge												
Selon la carte de vaccination	34,6	33,0	28,5	24,2	17,9	32,0	28,1	24,0	23,5	18,9	0,2	326
Selon la déclaration de la mère	12,2	10,2	6,9	3,9	6,5	20,8	20,8	16,5	12,0	2,6	44,3	589
Selon les deux sources	46,8	43,2	35,4	28,1	24,4	52,8	48,9	40,5	35,5	21,5	44,5	915
Vaccinés avant l'âge de 12 mois	44,4	41,0	33,0	24,8	24,1	50,3	45,3	35,7	25,0	12,8	44,8	915

Graphique 5
Vaccination des enfants



Le faible taux de couverture vaccinale est structurel au Niger car depuis l'EDSN 1992, il a été constaté que les enfants nigériens bénéficient d'une faible immunisation contre les maladies de l'enfance. Lorsqu'on se limite aux vaccinations reçues avant l'âge de 12 mois, la couverture n'a pratiquement pas changé depuis l'EDSN-I 1992. Cependant lorsqu'on prend en compte les vaccins reçus après l'âge de 12 mois, on constate, par rapport à l'EDSN-I 1992, une légère amélioration avec une couverture de 18% au moment de l'EDSN-II 1998. Les résultats de la MICS2 viennent également confirmer l'accroissement de cette couverture (22%) malgré son niveau qui demeure très faible.

L'accroissement de la couverture vaccinale est associé aux progrès réalisés au niveau de la vaccination contre la polio. Au moment de la MICS2, la majorité des enfants ont reçu la première dose de polio (53%), 49% la deuxième et 41%, la troisième. On note, par ailleurs, que 47% ont reçu le vaccin de BCG. Par contre, la vaccination de DTCoq est relativement faible : seulement 43% des enfants de 12-23 mois ont reçu la première dose de DTCoq, et à peine le tiers (35%) des enfants ont reçu une deuxième dose de DTCoq, et seulement 28% ont reçu la troisième dose. En ce qui concerne la rougeole, la couverture vaccinale est aussi faible (36%).

Entre l'EDSN-II 1998 et la MICS2 2000, on note une importante augmentation de la vaccination contre la polio. La prise de la deuxième dose est passée de 39% à 49%, et la troisième dose de 24% à 40%. Ce niveau est le double de celui observé en 1992 (20%) et en 1996 (19%).

Le tableau 22 fournit la couverture vaccinale en fonction des caractéristiques socio-démographiques de l'enfant. Selon le sexe de l'enfant, les variations de la couverture vaccinale sont faibles (23% chez les filles contre 21% chez les garçons). On note, par contre, que le faible taux de la couverture vaccinale au Niger est plus un problème rural qu'urbain. Si seulement 15% des enfants vivant en milieu rural sont complètement vaccinés, en milieu urbain plus de six enfants sur dix le sont (65% à Niamey et 60% dans les autres villes).

Ceci signifie-t-il que les journées nationales de vaccination contre la polio atteignent difficilement les enfants résidant dans des villages éloignés. En effet, à l'exception de Niamey et des autres villes, la couverture vaccinale est faible dans toutes les régions.

Tableau 22 : Vaccination des enfants de 12-23 mois

Pourcentage des enfants de 12-23 mois vaccines contre les maladies de l'enfance, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	BCG	DTCoq			Polio				Rougeole	Tous les vaccins	Aucun	% avec carte de santé	Effectif des enfants
		1	2	3	0	1	2	3					
Sexe													
Masculin	47,0	42,4	34,5	27,5	24,5	52,9	49,5	40,8	37,2	20,5	44,1	35,0	501
Féminin	46,5	44,4	36,6	29,1	24,1	52,7	48,1	40,3	33,8	22,9	44,9	36,2	412
Région													
Agadez	59,7	55,7	44,8	41,1	38,7	56,6	51,5	43,4	47,4	35,1	38,0	46,9	188
Agadez CU	96,1	94,6	91,5	86,9	71,2	90,8	88,5	86,2	82,3	76,2	3,9	83,8	43
Diffa	71,6	71,6	33,7	33,7	26,2	71,6	43,2	43,2	50,9	22,5	28,4	33,7	15
Dosso	56,9	52,7	41,1	31,6	14,7	82,1	82,1	75,7	41,7	27,0	16,9	49,1	130
Maradi	38,4	32,7	28,1	20,7	22,5	42,1	38,0	29,3	28,3	13,5	54,2	26,4	257
Tillaberi	49,5	43,3	34,5	27,1	24,4	59,0	55,8	45,4	35,3	23,8	40,0	41,6	131
Tahoua	29,9	29,2	21,3	15,6	16,2	32,8	28,9	22,1	29,3	12,2	63,6	21,3	169
Zinder	38,0	36,7	28,0	19,1	11,8	36,7	30,4	17,8	22,3	9,9	61,0	22,2	129
Niamey	95,4	92,1	87,4	82,8	90,1	94,0	90,7	82,8	75,5	64,9	3,3	82,1	41
Milieu de résidence													
Niamey	95,4	92,1	87,4	82,8	90,1	94,0	90,7	82,8	75,5	64,9	3,3	82,1	41
Autres villes	88,4	85,1	80,6	76,5	63,6	86,2	83,0	77,9	64,9	59,7	10,5	75,3	95
Ensemble urbain	90,5	87,2	82,7	78,4	71,6	88,6	85,3	79,3	68,1	61,3	8,3	77,4	136
Rural	39,1	35,5	27,0	19,3	16,1	46,5	42,5	33,8	29,9	14,6	50,8	28,3	779
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge													
Aucun	41,2	37,4	29,0	22,5	19,3	47,7	43,8	35,7	30,3	17,4	49,1	30,2	737
Primaire	74,4	71,8	65,1	54,4	42,3	77,0	74,2	61,6	61,4	40,9	22,3	62,2	83
Secondaire	95,4	94,3	85,8	80,3	84,4	98,9	98,9	93,1	81,1	66,1	0,0	83,3	30
Programme non-formel	52,0	47,8	44,7	33,6	31,5	58,4	51,2	43,4	41,1	22,3	41,6	40,4	64
Ensemble des enfants	46,8	43,2	35,3	28,1	24,4	52,8	48,9	40,6	35,6	21,5	44,5	35,6	915

Au niveau régional, on note que les régions de Zinder, Tahoua et Maradi ont les taux de couverture vaccinale les plus faibles (respectivement 10%, 12% et 14% contre 35% dans la région d'Agadez, 27% à Dosso et 24% à Tillaberi).

On constate, par ailleurs, que la couverture vaccinale est faible pour les enfants dont la mère est sans instruction ou a poursuivi uniquement un programme non-formel d'éducation (respectivement 17% et 22% contre 41% pour ceux dont la mère a le niveau d'instruction primaire et 66% pour ceux dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus).

8.2 MALADIES DES ENFANTS

8.2.1 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques qui peuvent entraîner notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants. Suivant les recommandations du SME, pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Niger s'est engagé dans un programme de thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation, soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit par une augmentation des liquides accompagnée d'une alimentation continue chez les enfants qui souffrent de la diarrhée.

Lors du SME, l'un des objectifs consistait à une réduction de 50% des décès dus à la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans et réduction de 25% du taux d'incidence de la diarrhée. Si les données de la MICS2 ne permettent pas de mesurer les décès dus à la diarrhée, elles aident à évaluer la prévalence de la diarrhée au cours des deux dernières semaines ainsi que les différents traitements (sels de réhydratation orale et thérapie de réhydratation orale, etc.).

Selon les données du tableau 23, on constate que la prévalence de la diarrhée est très élevée au Niger. Deux enfants sur cinq (40%) ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. En 1998, on avait observé pratiquement le même niveau de prévalence de la diarrhée (38%). Au Niger, au cours de la décennie au lieu d'observer une baisse de la prévalence des maladies diarrhéiques, on assiste plutôt à leur recrudescence continue. Lors de l'EDSN-I 1992, cette prévalence était estimée à 28%, et à la MICS1 1996, celle-ci est passée à 33%.

Tableau 23 : Prévalence et traitement de la diarrhée

Pourcentage des enfants de moins ayant la diarrhée au cours des deux dernières semaines et le type de traitement avec SRO ou TRO, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	% ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines	Effectif des enfants de moins de cinq ans	Enfants qui ont reçu								Effectif des enfants ayant souffert de la diarrhée
			Lait maternel	Aliments avec céréale	Goyavier/ papayer	Sachet de SRO	Autre lait	Eau plus aliments	Traitement quelconque recommandé	Aucun traitement	
Sexe											
Masculin	40,8	2631	47,6	70,3	6,7	13,9	11,9	75,7	98,2	1,8	1 073
Féminin	39,2	2442	46,1	75,7	6,8	14,7	12,6	76,4	98,8	1,2	958
Région											
Agadez	36,6	996	38,7	52,7	2,7	13,8	53,7	72,1	96,7	3,3	365
Agadez CU	23,6	185	44,2	59,0	4,6	30,1	34,0	74,5	97,7	2,3	44
Diffa	41,8	58	45,4	78,4	19,3	10,2	0,0	80,7	97,7	2,3	24
Dosso	44,8	755	53,7	74,1	5,4	20,9	9,8	70,4	100,0	0,0	338
Maradi	49,1	1 380	44,2	81,4	7,6	10,3	1,9	82,8	99,8	0,2	678
Tillaberi	35,8	804	46,8	62,1	6,1	12,6	36,0	59,6	97,4	2,6	288
Tahoua	37,1	920	49,3	61,7	0,9	16,3	17,9	83,5	96,0	4,0	341
Zinder	35,5	780	43,0	77,6	11,8	10,5	3,7	77,4	98,5	1,5	277
Niamey	21,8	200	50,3	66,7	15,1	31,4	31,4	52,8	96,2	3,8	43
Milieu de résidence											
Niamey	21,8	200	50,3	66,7	15,1	31,4	31,4	52,8	96,2	3,8	43
Autres villes	28,7	467	48,9	70,5	7,8	26,9	16,1	74,4	98,2	1,8	134
Ensemble urbain	26,6	667	49,2	69,5	9,6	28,0	19,8	69,1	97,7	2,3	177
Rural	42,1	4 413	46,8	73,1	6,5	13,0	11,5	76,7	98,6	1,4	1 856
Age											
0-5 mois	37,0	606	99,6	23,9	6,7	6,6	12,3	31,8	99,7	0,3	225
6-11 mois	56,6	555	96,8	51,7	5,6	18,6	12,2	60,4	98,8	1,2	314
12-23 mois	52,1	915	81,1	77,8	5,6	12,8	10,4	81,5	98,2	1,8	477
24-35 mois	45,8	981	8,1	87,7	9,1	15,2	17,1	87,7	98,3	1,7	450
36-47 mois	30,5	1 027	1,3	86,7	6,5	15,4	11,4	86,6	97,4	2,6	313
48-59 mois	25,6	996	0,1	89,1	6,5	15,4	8,4	90,2	99,4	0,6	255
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge											
Aucun	41,0	4 104	46,0	72,3	6,6	12,3	11,7	75,7	98,2	1,8	1 684
Primaire	35,0	445	54,1	69,5	8,4	17,6	13,7	79,0	99,8	0,2	156
Secondaire	25,9	130	65,6	61,4	8,9	31,7	21,6	67,1	99,2	0,8	34
Programme non-formel	40,2	397	46,3	83,0	5,3	27,9	15,0	77,5	100,0	0,0	160
Ensemble des enfants	40,0	5 080	47,0	72,8	6,7	14,3	12,3	76,0	98,5	1,5	2 033

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 23

Comme on peut le constater au tableau 23, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (57%) et de 12-23 mois (52%). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait, davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes. Ce qui est spécifique au Niger, c'est qu'au-delà de ces âges, les maladies diarrhéiques continuent de toucher les enfants (46% à 24-35 mois, 31% à 36-47 mois et, enfin, 26% chez ceux de 48-59 mois). Elles touchent aussi bien les filles que les garçons (39% contre 41%).

Au niveau régional, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante dans les régions de Maradi et de Dosso (respectivement 49% et 45%). Dans les régions de Zinder, Tahoua, Agadez et Tillaberi, les niveaux sont légèrement supérieurs au tiers. Par contre, à Niamey, la diarrhée touche 22% des enfants. Comme nous l'avons constaté au niveau de la vaccination, les maladies diarrhéiques constituent plus un problème rural qu'urbain. Si en milieu urbain, 27% des enfants ont souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines, en milieu rural, plus de deux enfants sur cinq (42%) sont concernés. De même, lorsque la mère n'est pas instruite ou n'a poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation, l'enfant souffre plus des maladies diarrhéiques que chez celui dont la mère a le niveau d'instruction primaire ou au moins le niveau d'instruction secondaire (respectivement 41% et 40% contre respectivement 35% et 26%).

Bien que les maladies diarrhéiques soient importantes au Niger, parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, seulement 14% ont été traités à l'aide de sels de réhydratation orale. Cependant, 47% des enfants ont continué à être nourris au lait maternel, surtout chez les enfants de moins de deux ans (plus de 95% chez les enfants de moins d'un an et 81% chez ceux de 12-23 mois). Les aliments à base de céréales sont également donnés aux enfants au cours du dernier épisode (73%). Dans l'ensemble, au cours du dernier épisode, 99% des enfants ont reçu un traitement recommandé, seulement 2% n'ont reçu aucun traitement recommandé (Tableau 24).

L'utilisation des SRO pour le traitement de la diarrhée est faible dans pratiquement toutes les régions, avec son niveau le plus bas dans les régions de Zinder et de Maradi (respectivement 11% et 10% contre 21% dans la région de Dosso et 31% à Niamey). Selon le milieu de résidence, cette utilisation est de 13% en milieu rural contre 28% en milieu urbain.

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé une autre forme de thérapie de réhydratation orale qui consiste à augmenter les liquides sans diminuer la quantité d'aliments. Lorsqu'on examine les quantités des liquides et solides donnés à l'enfant, on constate qu'elles étaient insuffisantes pour assurer un traitement efficace de la diarrhée. En effet, les données du tableau 24 indiquent que seulement 38% des enfants ont reçu, au cours du dernier épisode, plus de liquides avec une alimentation continue. Cette forme de thérapie de réhydratation orale, fortement recommandée pour le traitement de la diarrhée, est plus pratiquée dans les autres villes et en milieu rural qu'à Niamey (respectivement 49% et 37% contre 31%). On note, par ailleurs, que les enfants dont les mères ont poursuivi un programme non-formel d'éducation sont plus nombreux à être soignés à l'aide de ce type de TRO (51% contre 37% chez ceux dont les mères n'ont aucune instruction). Chez les enfants dont les mères ont le niveau d'instruction primaire ou le niveau d'instruction secondaire ou plus, cette proportion est estimée respectivement à 45% et 47%.

Sur le plan régional, seulement 14% des enfants de la région de Zinder ont été traités à l'aide de la TRO contre plus de 31% à Agadez et Niamey, plus du tiers à Maradi, Tillabéri et Tahoua (respectivement 40%, 38% et 36%) et plus de la moitié à Dosso (56%). Selon le milieu de résidence, les variations de la TRO sont faibles (37% en milieu rural contre 44% en milieu urbain).

Tableau 24 : Prévalence et utilisation de la thérapie de réhydration orale (TRO)

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée au cours de deux dernières semaines ayant reçu plus de liquides et une alimentation continue durant l'épisode, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines	Effectif des enfants de moins de cinq ans	Enfants avec la diarhée qui : Ont reçu plus de liquides	Ont reçu la même quantité de liquide ou un peu moins	Ont mangé un petit peu moins, environ la même quantité ou plus	Ont mangé beaucoup moins ou pas du tout	Ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger	Effectif d'enfants
Sexe								
Masculin	40,8	2 631	57,8	40,7	69,2	30,3	38,9	1 073
Féminin	39,2	2 442	56,1	43,1	70,1	29,8	36,7	958
Région								
Agadez	36,6	996	64,1	34,7	50,1	49,9	30,7	365
Agadez CU	23,6	185	68,5	30,8	62,1	37,9	42,1	44
Diffa	41,8	58	23,8	64,8	71,5	22,8	23,8	24
Dosso	44,8	755	68,4	31,0	83,7	16,3	55,9	338
Maradi	49,1	1 380	51,8	47,8	75,3	24,5	40,3	678
Tillaberi	35,8	804	59,9	39,2	68,6	30,5	38,2	288
Tahoua	37,1	920	73,8	23,8	53,5	46,1	35,9	341
Zinder	35,5	780	34,8	64,7	61,7	38,3	14,0	277
Niamey	21,8	200	49,1	45,3	62,3	37,1	30,8	43
Milieu de résidence								
Niamey	21,8	200	49,1	45,3	62,3	37,1	30,8	43
Autres villes	28,7	467	66,8	32,3	73,3	26,7	48,6	134
Ensemble urbain	26,6	667	62,5	35,4	70,6	29,3	44,2	177
Rural	42,1	4 413	56,5	42,4	69,5	30,1	37,3	1 856
Âge								
0-5 mois	37,0	606	45,2	54,2	81,3	18,1	35,4	225
6-11 mois	56,6	555	57,0	42,5	71,3	28,6	39,2	314
12-23 mois	52,1	915	58,1	40,2	62,1	37,0	35,3	477
24-35 mois	45,8	981	60,4	38,5	68,7	31,3	38,4	450
36-47 mois	30,5	1 027	59,9	39,1	73,1	26,9	42,9	313
48-59 mois	25,6	996	56,1	42,4	68,8	30,6	36,3	255
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge								
Aucun	41,0	4 104	55,2	43,5	69,0	30,6	35,8	1 684
Primaire	35,0	445	57,2	42,4	80,1	19,7	45,2	156
Secondaire	25,9	130	65,9	34,1	65,1	34,9	46,7	34
Programme non-formel	40,2	397	74,3	25,4	66,9	33,1	50,7	160
Ensemble des enfants	40,0	5 080	57,0	41,8	69,6	30,0	37,9	2 033

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 23

8.2.2 Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la pneumonie en particulier, constituent une cause importante de décès d'enfants dans les pays en développement. Lors du SME, un des objectifs consistait à une réduction de 50% des décès dus aux infections respiratoires aiguës chez les enfants âgés de moins de cinq ans et à une réduction de 25% du taux d'incidence des IRA. Si les données de la MICS2 ne permettent pas de mesurer les décès dus aux IRA, elles aident à évaluer la prévalence des IRA au cours des deux dernières semaines ainsi que les différents traitements reçus.

Pour évaluer la prévalence des IRA chez les enfants de moins de cinq ans, au cours de la MICS2 on a demandé aux personnes en charge, au cas échéant aux mères, si l'enfant avait souffert de toux avec une respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un diagnostic fiable, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Puisque les soins précoces peuvent éviter des complications des IRA, on a également demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation dans un établissement sanitaire.

Le tableau 25 indique qu'au cours des deux dernières semaines, 12% des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de la toux accompagnée de respiration courte et rapide. Ce niveau est similaire à celui observé lors de l'EDSN-I 1992 (11%) et un peu moins élevé que celui observé lors de l'EDSN-II en 1998 (14%).

C'est chez les enfants de 6 à 11 mois (14%) que les IRA sont les plus fréquentes. Au niveau régional, elles sont plus importantes dans la région de Tillaberi (16% contre 6% dans la région de Tahoua). Au niveau du milieu de résidence, les enfants du milieu rural sont plus touchés que ceux du milieu urbain (12% contre 9%).

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, 27% ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès d'un endroit approprié (hôpital, centre de santé intégré ou maternité, case de santé, agent de santé du village, stratégies foraines, cabinet de médecin privé, pharmacie) pour le traitement des IRA.

La fréquentation des établissements sanitaires est près de trois fois plus importante en milieu urbain (63%) qu'en milieu rural (23%), du fait de la plus grande disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires en ville. Au niveau régional, la fréquentation des établissements sanitaires est moins importante dans la région de Zinder (8%), suivie de la région de Maradi (16%) que dans les autres régions (46% à Tahoua, 33% à Dosso et Tillaberi et 32% à Agadez).

Tableau 25 : Prévalence et traitement des IRA

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant une IRA dans les deux dernières semaines et le type de traitement dans un établissement, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert des IRA au cours des deux dernières semaines	Effectif des enfants de moins de cinq ans	Enfants avec IRA qui ont été conduit à :										Four-nisseur approprié quel-conque	Effectif des enfants ayant souffert des IRA
			Hôpital	Centre de santé intègre/ maternité	Case de santé	Agent de santé du village	Stratégies foraines	Cabinet de médecin prive	Pharmacie	Pharmacie par terre	Guérisseur traditionnel	Autre		
Sexe														
Masculin	11,2	2 631	0,7	18,1	4,4	1,4	0,5	0,5	1,0	9,9	6,3	7,6	26,3	294
Féminin	12,5	2 442	0,6	19,5	6,3	0,9	0,0	0,2	0,7	7,8	7,4	2,0	27,9	306
Région														
Agadez	12,9	996	11,7	21,4	8,0	0,8	0,0	0,0	0,8	2,6	2,5	12,7	32,0	128
Agadez CU	13,3	185	2,7	41,2	18,9	0,0	0,0	0,0	1,3	2,2	2,7	9,4	62,8	25
Diffa	4,3	58	22,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,1	2
Dosso	13,6	755	0,5	18,7	12,1	1,3	0,0	0,0	0,0	6,7	4,0	0,5	32,7	102
Maradi	11,7	1 380	0,2	10,8	1,7	0,8	0,8	0,0	1,9	16,0	12,2	8,1	16,1	161
Tillaberi	15,5	804	1,1	26,1	1,1	3,3	0,0	0,0	1,1	1,1	2,2	1,1	32,7	124
Tahoua	6,2	920	0,0	31,1	15,3	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	7,2	2,4	46,4	57
Zinder	14,0	780	0,0	6,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	11,2	10,1	7,6	7,9	111
Niamey	9,2	200	1,5	46,3	6,0	0,0	0,0	10,4	1,5	60,0	0,0	7,5	62,7	18
Milieu de résidence														
Niamey	9,2	200	1,5	46,3	6,0	0,0	0,0	10,4	1,5	6,0	0,0	7,5	62,7	18
Autres villes	9,1	467	4,9	49,3	9,0	0,0	0,0	0,0	1,6	6,5	3,9	12,4	63,3	42
Ensemble urbain	9,1	667	3,9	48,4	8,1	0,0	0,0	3,1	1,5	6,3	2,7	10,9	63,1	61
Rural	12,3	4 413	0,3	15,5	5,1	1,3	0,2	0,0	0,8	9,3	7,6	4,0	23,0	541
Âge														
0-5 mois	12,8	606	0,9	19,6	6,4	3,5	0,0	1,1	0,0	9,1	3,9	7,9	30,2	78
6-11 mois	14,4	555	0,0	17,8	10,0	0,0	0,0	0,7	0,4	10,6	5,5	4,9	28,9	80
12-23 mois	10,5	915	0,9	25,9	2,6	1,4	1,4	0,3	0,3	8,3	6,4	5,5	32,7	96
24-35 mois	10,9	981	0,3	13,9	7,7	1,3	0,0	0,0	1,6	4,6	5,4	5,7	24,4	107
36-47 mois	11,1	1 027	1,7	17,8	7,1	1,2	0,0	0,2	1,2	5,3	10,8	3,6	29,2	114
48-59 mois	12,8	996	0,0	18,6	0,5	0,0	0,0	0,0	1,1	15,4	8,6	2,3	20,1	128
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge														
Aucun	11,9	4 104	0,4	17,2	5,6	1,4	0,0	0,2	0,7	9,4	5,5	3,4	25,3	490
Primaire	10,5	445	3,0	32,2	4,7	0,0	2,9	1,2	0,0	12,3	8,8	10,6	43,9	47
Secondaire	10,1	130	2,1	40,7	10,5	0,0	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0	8,8	55,4	13
Programme non-formel	13,0	397	0,0	15,8	2,6	0,0	0,0	0,5	2,6	4,5	21,8	10,6	21,6	51
Ensemble des enfants	11,8	5 080	0,6	18,8	5,4	1,1	0,2	0,3	0,8	9,0	7,1	4,7	27,1	601

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 24

8.2.3 Initiatives pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) est un programme développé par l'UNICEF et l'OMS qui fusionne des stratégies pour le contrôle et le traitement des cinq principales maladies meurtrières des enfants : les infections respiratoires aiguës, la déshydratation due à la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition. La PCIME cible l'amélioration des compétences des agents de santé dans la prise en charge des cas de maladies, l'amélioration du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires à l'égard de la prévention et de la prise en charge immédiate des maladies infantiles. Une prise en charge à domicile appropriée des maladies est une composante de la PCIME. L'approche enseigne aux mères qu'une prise en charge à domicile appropriée de la diarrhée ou de n'importe quelle maladie doit inclure le fait de donner plus de liquides aux enfants malades tout en continuant à les nourrir comme d'habitude.

8.2.3.1 Maladies de l'enfance

Pour une meilleure Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance comme le paludisme et les autres maladies, la MICS2 a collecté des informations sur la prévalence des maladies au cours des deux dernières semaines. Dans l'ensemble, 60% des enfants de moins de cinq ans étaient déclarés malades au moment de l'enquête. Cette morbidité est particulièrement importante chez les enfants de 6-11 mois et de 12-23 mois (respectivement 72% et 68%) que chez les plus jeunes (57%) ou les plus âgés (54% et 52% chez respectivement ceux de 36-47 mois et ceux de 48-59 mois). Les enfants du milieu rural sont également plus touchés par les maladies infantiles que ceux du milieu urbain (62% contre 49%). Au niveau régional, ces maladies sont plus importantes dans les régions de Maradi, Tillaberi et de Dosso avec plus de six enfants de moins de cinq ans sur dix qui sont concernés (tableau 26).

Tableau 26 : Prévalence des maladies et alimentation des enfants

Pourcentage des enfants de 0-59 mois déclarés malades au cours des deux dernières semaines ayant reçu plus de liquides avec une alimentation continue, MICS2 Niger 2000

			Enfants avec une maladie qui :					
Caractéristique socio-démographique	Déclarés malades dans les deux dernières semaines	Effectif des enfants de moins de cinq ans	Ont reçu plus de liquides	Ont reçu la même quantité de liquide ou un peu moins	Ont mangé un petit peu moins, environ la même quantité ou plus	Ont mangé beaucoup moins ou pas du tout	Ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger	Effectif des enfants malades
Sexe								
Masculin	61,2	2 631	53,8	44,3	69,8	29,7	36,7	1 612
Féminin	59,0	2 442	52,8	46,4	71,0	28,8	35,2	1 440
Région								
Agadez	59,6	996	62,5	36,8	52,9	47,1	31,3	594
Agadez CU	48,5	185	66,5	33,1	64,4	35,6	40,9	90
Diffa	57,0	58	24,1	67,5	70,0	25,9	19,1	33
Dosso	64,5	755	64,4	34,5	83,6	16,3	53,1	487
Maradi	66,3	1 380	50,3	49,0	77,2	22,5	40,5	915
Tillaberi	65,3	804	54,1	44,5	66,6	32,9	33,4	525
Tahoua	52,5	920	66,9	30,2	59,0	40,2	35,2	483
Zinder	54,3	780	33,2	66,4	62,0	38,0	14,1	423
Niamey	49,9	200	41,6	54,0	59,5	39,7	25,2	100
Milieu de résidence								
Niamey	49,9	200	41,6	54,0	59,5	39,7	25,2	100
Autres villes	48,5	467	61,7	36,9	73,4	26,2	44,3	227
Ensemble urbain	48,9	667	55,6	42,1	69,2	30,3	38,5	326
Rural	61,8	4 413	53,1	45,6	70,5	29,1	35,8	2 729
Âge								
0-5 mois	57,1	606	38,5	59,5	80,5	18,3	31,9	346
6-11 mois	72,1	555	53,7	45,8	73,3	26,5	38,6	400
12-23 mois	67,8	915	54,9	43,5	63,3	36,0	33,8	621
24-35 mois	63,7	981	58,0	40,9	68,6	31,4	37,1	625
36-47 mois	53,5	1 027	55,6	43,0	70,9	28,8	37,8	550
48-59 mois	51,6	996	53,3	45,1	71,4	28,1	36,6	514
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge								
Aucun	60,6	4 104	51,8	46,7	69,8	29,8	34,1	2 486
Primaire	56,1	445	54,0	45,7	77,9	22,0	41,1	250
Secondaire	-	130	54,5	41,9	69,4	29,7	42,1	61
Programme non-formel	64,7	397	67,9	31,9	69,3	30,7	48,4	257
Ensemble des enfants	60,1	5 080	53,4	45,2	70,4	29,2	36,1	3 055

Indicateur de suivi de la PCIME et du paludisme

Le tableau 26 indique que, comme dans le cas de la diarrhée, peu d'enfants malades ont reçu à la fois plus de liquides avec une alimentation continue (36%). C'est dans la région de Zinder où cette thérapie est la moins utilisée (14% contre 53% dans la région de Dosso). Si au niveau du milieu de résidence, les différences dans l'utilisation de cette thérapie sont négligeables (39% en milieu urbain contre 36% en milieu rural), la capitale détient le niveau d'utilisation de la TRO le plus faible (25% contre 44% dans les autres villes).

8.2.3.2 Connaissance des principaux symptômes pour la recherche d'un traitement

Lors de la MICS2, on a également demandé aux personnes en charge d'un enfant de moins de cinq ans d'énumérer les principaux symptômes pour lesquels, elles emmèneraient immédiatement un enfant dans un établissement de santé (tableau 27). Le symptôme le plus cité est la fièvre (68%). Cette proportion varie de 54% dans la région de Tillaberi à 87% à Niamey. Au niveau du milieu de résidence, elle passe de 66% en milieu rural à 84% en milieu urbain. Dans l'ensemble, 45% de personnes en charge considèrent que l'aggravation de la maladie constitue un motif suffisant pour chercher un traitement dans les établissements de santé. Cette fois-ci, la région de Tillaberi détient le pourcentage le plus élevé de personnes étant de cet avis (59% contre 35% dans la région de Maradi). Au niveau du milieu de résidence, le pourcentage le plus élevé est observé en milieu rural (47% contre 36% en milieu urbain). D'autres symptômes ont été cités, mais avec des proportions faibles. Il s'agit du fait que l'enfant refuse de boire ou de manger (6%), que sa respiration est rapide (5%), qu'il y a présence du sang dans les selles (4%). On note, par ailleurs, que seulement 36% des personnes en charge ont énuméré au moins deux symptômes qui constituent un motif suffisant pour chercher immédiatement un traitement dans un établissement de santé. Cette proportion est particulièrement plus faible dans la région d'Agadez (17%) que dans les autres régions ou elle dépasse 30%; à Niamey, elle est de 57%. Son niveau dans les autres villes est similaire à celui observé en milieu rural (37% contre 35%). On note, par ailleurs, que si près de la moitié (48%) des femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus ont cité au moins deux symptômes pour la recherche immédiate des soins, moins du tiers (32%) des femmes n'ayant poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation et un peu plus du tiers (36%) des femmes sans instruction l'ont fait.

Tableau 27 : Connaissance des symptômes pour la recherche des soins

Pourcentage de personnes en charge d'un enfant âgé de 0-59 mois qui connaissent au moins deux signes pour chercher immédiatement des soins, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Ne peut boire/allaiter	Enfant devient plus malade	Déve-loppe une fièvre	Respi-ration rapide	Difficulté de respirer	A du sang dans les selles	Boit difficil-ement	Connaît au moins deux signes	Effectif des personnes en charge
Région									
Agadez	2,9	35,7	57,9	0,4	2,1	1,1	0,7	16,5	996
Agadez CU	2,2	24,1	77,1	0,2	1,7	0,2	0,7	15,6	185
Diffa	5,6	41,7	66,3	2,4	2,4	0,9	0,0	21,8	58
Dosso	0,7	54,5	65,9	8,4	8,3	0,6	0,0	37,4	755
Maradi	9,0	34,6	76,4	4,3	5,5	1,1	6,1	34,7	1 380
Tillaberi	5,4	58,8	53,6	10,7	12,9	10,1	2,4	38,0	804
Tahoua	4,1	46,6	63,0	1,0	5,3	1,9	1,0	32,3	920
Zinder	9,8	46,8	70,7	1,1	7,8	8,8	0,7	41,5	780
Niamey	14,5	40,8	86,9	13,7	22,8	13,3	4,7	56,8	200
Milieu de résidence									
Niamey	14,5	40,8	86,9	13,7	22,8	13,3	4,7	56,8	200
Autres villes	6,7	33,9	82,1	3,4	9,1	2,9	2,2	36,2	467
Ensemble urbain	9,2	36,0	83,5	6,5	13,2	6,0	2,9	42,3	667
Rural	6,0	46,8	65,9	4,8	7,1	4,0	2,5	35,3	4 413
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge									
Aucun	6,8	46,2	66,9	4,6	7,2	4,1	2,7	35,7	4 104
Primaire	5,6	39,6	79,1	6,8	11,7	5,7	2,2	41,6	445
Secondaire	10,7	40,1	86,1	6,8	16,4	6,7	2,7	47,5	130
Programme non-formel	1,8	45,5	64,4	6,2	8,5	2,9	1,3	31,8	397
Ensemble des enfants	6,4	45,3	68,2	5,0	7,9	4,2	2,5	36,2	5 080

Indicateur de suivi de la PCIME et du paludisme

8.2.4 Paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans au Niger. Des mesures préventives, en particulier l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, peuvent nettement réduire les taux de mortalité des enfants due au paludisme. Dans les régions ou le paludisme est important, les recommandations internationales suggèrent que chez les enfants, la fièvre soit traitée comme s'il s'agissait du paludisme, et de donner à l'enfant un traitement complet à l'aide de comprimés anti-paludéens. Les enfants avec des symptômes sévères de paludisme comme une forte fièvre ou des convulsions doivent être amenés immédiatement dans un établissement sanitaire. Aussi, les enfants en convalescence du paludisme doivent recevoir des compléments de liquides et d'aliments et, au cas échéant, doivent être allaités.

Au moment de la MICS2, un module sur le paludisme a été développé pour mesurer la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans, principal symptôme du paludisme. Des questions relatives au traitement de cette fièvre ont été également posées ainsi que les pratiques de prévention du paludisme, comme l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

8.2.4.1 Utilisation des moustiquaires

Les résultats de la MICS2 indiquent que seulement 17% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (tableau 28). Lorsqu'on se limite aux moustiquaires imprégnées, cette proportion passe à 6%. Le pourcentage d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire varie peu selon le sexe de l'enfant (17% chez les garçons contre 16% chez les filles). Lorsqu'on considère les moustiquaires imprégnées, ces proportions deviennent respectivement 5% et 7%.

L'utilisation d'une moustiquaire est plus fréquente à Niamey (40% dont 18% sous la forme imprégnée) que dans les autres régions, surtout à Maradi et Zinder (5% dans chacune d'elles). Si à Maradi, dans la plupart de ces cas, la moustiquaire est imprégnée (5%), à Zinder c'est dans une très faible proportion (3%). Lorsqu'on se limite à la simple utilisation de moustiquaire, on a des proportions relativement importantes à Dosso (31%) et à Tillaberi (25%). Au niveau du milieu de résidence, cette proportion passe de 14% en milieu rural à 36% en milieu urbain. Les enfants dont la mère est instruite sont plus nombreux à dormir sous une moustiquaire (35% lorsque la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus, et 24% lorsqu'elle a le niveau d'instruction primaire, contre 15% lorsqu'elle n'est pas instruite ou n'a poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation).

Tableau 28 : Utilisation des moustiquaires chez les enfants

Pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée au cours de la nuit précédente, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	A dormi sous une moustiquaire			Effectif des enfants	A dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide			Enfants ayant dormi sous une moustiquaire
	Oui	Non	NSP/ND		Oui	Non	NSP/ND	
Sexe								
Masculin	17,2	82,7	0,1	2 631	5,1	91,5	3,4	452
Féminin	16,0	83,5	0,5	2 442	6,6	91,2	2,2	392
Région								
Agadez	12,6	87,4	0,0	996	10,4	86,9	2,7	126
Agadez CU	24,1	75,9	-	185	8,7	88,2	3,1	45
Diffa	26,9	73,1	-	58	-	93,0	7,0	16
Dosso	31,3	68,1	0,5	755	2,6	97,4	-	236
Maradi	5,4	94,3	0,2	1 380	5,3	87,9	6,8	75
Tillaberi	24,9	74,9	0,2	804	7,4	91,9	0,7	200
Tahoua	18,2	81,3	0,5	920	3,1	89,8	7,0	167
Zinder	3,3	96,5	0,2	780	2,6	92,2	5,3	26
Niamey	39,4	60,5	0,1	200	18,1	79,2	2,8	79
Milieu de résidence								
Niamey	39,4	60,5	0,1	200	18,1	79,2	2,8	79
Autres villes	34,3	65,4	0,2	467	7,9	89,5	2,7	160
Ensemble urbain	35,8	64,0	0,2	667	11,2	86,1	2,7	239
Rural	13,7	86,0	0,3	4 413	3,6	93,4	3,0	604
Âge								
0-5 mois	19,3	80,7	-	606	8,1	85,7	6,2	117
6-11 mois	21,6	78,4	-	555	6,4	91,3	2,3	120
12-23 mois	15,8	83,6	0,5	915	3,6	94,1	2,3	145
24-35 mois	15,2	84,3	0,4	981	4,8	92,4	2,7	150
36-47 mois	16,0	83,6	0,4	1 027	6,9	89,7	3,4	165
48-59 mois	14,8	85,0	0,2	996	5,2	93,8	0,9	148
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge								
Aucun	15,3	84,3	0,4	4 104	4,2	92,7	3,1	629
Primaire	24,3	75,7	-	445	8,5	89,5	2,0	108
Secondaire	34,5	65,3	0,2	130	17,2	82,2	0,6	45
Programme non-formel	15,1	84,9	-	397	7,8	88,1	4,1	60
Ensemble des enfants	16,6	83,1	0,3	5 080	5,8	91,3	2,9	844

Indicateur de suivi de la PCIME et du paludisme

8.2.4.2 Traitements de la fièvre

La fièvre est un des principaux symptômes de plusieurs maladies, dont le paludisme qui provoque de nombreux décès au Niger. On a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

D'après les résultats du tableau 29, au niveau national, plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (42%) ont eu la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Cette fièvre était plus fréquente chez les enfants de 6-11 mois (42%) et ceux de 12-23 mois (47%) que chez les plus jeunes (35% chez les

moins de 6 mois) ou chez les plus âgés (37% chez ceux 48-59 mois). Par contre, elle est aussi fréquente chez les filles que chez les garçons (41% contre 43%). Selon le milieu et la région de résidence, la prévalence de la fièvre a été plus forte en milieu rural (44% contre 26% en milieu urbain), dans les régions de Tillaberi, Maradi et Dosso (respectivement 52%, 48% et 46%) que dans les régions d'Agadez, de Tahoua et Zinder (respectivement 42%, 32% et 36%). La capitale Niamey demeure encore la région la moins touchée (25%). Lorsque la mère n'est pas instruite, la prévalence de la fièvre est de 43% contre 25% chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus; pour les enfants dont la mère a le niveau d'instruction primaire et ceux dont la mère n'a poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation, les niveaux de prévalence de la fièvre sont pratiquement identiques (37% contre 38%).

Tableau 29 : Traitement de la fièvre

Pourcentage des enfants de 0-59 mois qui étaient malades avec de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont reçu un médicament contre le paludisme, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines	Effectif des enfants de moins de cinq ans	Enfants avec fièvre qui ont été traités avec : Para-cétamol	Niva-quine/ chloro-quine	Fansidar	Aspirine	Autres	Ne sait pas	Traitement recommandé Fansidar ou Nivaquine/ chloroquine	Effectif des enfants avec fièvre
Sexe										
Masculin	42,5	2 631	14,7	48,7	0,2	29,5	19,3	1,8	48,7	1 119
Féminin	40,5	2 442	14,3	47,4	0,0	29,6	17,4	2,6	47,4	990
Région										
Agadez	41,6	996	5,1	-	0,6	19,5	25,8	1,6	1,3	415
Agadez CU	30,2	185	14,9	50,3	0,6	35,4	42,0	0,6	50,3	56
Diffa	19,5	58	9,7	34,1	0,0	17,0	46,3	12,2	34,1	11
Dosso	45,5	755	16,9	52,6	0,0	45,7	24,3	2,2	52,6	343
Maradi	48,2	1 380	16,3	45,2	0,0	23,9	16,2	1,0	45,2	665
Tillaberi	51,8	804	13,5	50,6	0,3	33,9	14,7	2,3	50,6	416
Tahoua	31,7	920	9,5	59,4	0,0	26,7	16,3	0,5	59,4	292
Zinder	35,4	780	10,4	32,3	0,0	17,3	13,6	6,2	32,3	276
Niamey	24,8	200	34,8	58,0	0,0	38,7	41,8	2,8	58,0	49
Milieu de résidence										
Niamey	24,8	200	34,8	58,0	0,0	38,7	41,8	2,8	58,0	49
Autres villes	26,2	467	20,2	59,4	0,3	43,2	37,9	1,5	59,4	122
Ensemble urbain	25,8	667	24,4	59,0	0,2	41,9	39,0	1,9	59,0	172
Rural	43,9	4 413	13,6	47,1	0,1	28,4	16,4	2,2	47,1	1 937
Age										
0-5 mois	34,6	606	8,6	33,6	0,0	24,6	13,3	2,1	33,6	210
6-11 mois	43,6	555	12,3	49,7	0,0	27,8	21,9	0,6	49,7	242
12-23 mois	47,2	915	15,7	50,6	0,0	31,4	18,8	2,4	50,6	432
24-35 mois	42,4	981	13,5	50,3	0,3	30,1	18,5	1,1	50,3	416
36-47 mois	42,0	1 027	13,5	51,8	0,0	31,0	20,0	2,7	51,8	432
48-59 mois	38,0	996	19,9	45,6	0,1	29,1	16,7	3,5	45,6	378
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge										
Aucun	42,9	4 104	13,9	46,4	0,0	28,0	17,0	2,1	46,4	1 761
Primaire	37,2	445	16,2	64,3	0,0	42,7	25,9	0,4	64,3	166
Secondaire	25,1	130	31,0	68,9	0,0	43,0	39,1	1,7	68,9	33
Programme non-formel	37,6	397	15,7	45,0	0,9	30,3	21,9	5,5	45,0	150
Ensemble des enfants	41,5	5 080	14,5	48,1	0,1	29,5	18,4	2,2	48,1	2 109

Indicateur de suivi de la PCIME et du paludisme

Parmi les enfants ayant souffert de la fièvre au cours des deux dernières semaines, le tableau 29 présente les différents traitements reçus. On note que la Nivaquine (chloroquine) était la plus utilisée (48%), suivie de l'Aspirine (30%) et, enfin, du Paracétamol (15%). Par contre, le Fansidar est utilisé dans une très faible proportion (0,1%). Ainsi, l'utilisation d'un traitement recommandé (Nivaquine ou Fansidar) en cas de fièvre se limite à celle de la Nivaquine (48%). On note, en effet, une utilisation assez importante de la Nivaquine dans toutes les régions (variant de 32% à Zinder à 59% à Tahoua).

CHAPITRE 9

VIH/SIDA

Depuis près d'une décennie, la lutte contre le VIH/sida est l'un des volets prioritaires de la politique sanitaire du Niger. La Direction du Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PLNS/MST), à travers son rapport épidémiologique présenté en 1997, donne la situation de cette pandémie au Niger à partir des données recueillies par les formations sanitaires impliquées dans la surveillance épidémiologique des MST et du sida (l'hôpital national de Niamey et quelques centres des départements de Maradi et Tillabéri ainsi que l'hôpital de Galmi). En 1997, 217 cas ont été recensés au Niger et ce chiffre va en s'accroissant tous les ans. En l'absence d'un système élaboré de collecte de données fiable, il est hasardeux de prétendre que la prévalence de la maladie est faible. Les différentes enquêtes (MICS1 et EDSN-II) qui se sont intéressées à la question ont été le plus souvent des enquêtes CAP (connaissances, attitudes et pratiques) qui complètent celle de 1993 organisée par le programme sida. Tout comme les précédentes, les informations recueillies dans l'enquête MICS2 font le point des connaissances, des attitudes et des pratiques vis-à-vis du VIH/sida. Elles portent sur la connaissance du sida, les moyens de protection contre le sida, les fausses conceptions sur le sida, les moyens de transmission du sida, les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes ayant le sida, le niveau de connaissance de la transmission du VIH/sida, ainsi que la connaissance et la pratique du test du sida.

9.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET DES MOYENS DE PROTECTION

Une des stratégies les plus importantes pour la réduction du taux d'infection du VIH/sida est la promotion d'une connaissance exacte des modes de transmission et des moyens de prévention du sida.

Pour apprécier le niveau de connaissance des moyens de protection contre le VIH/sida, on a d'abord demandé aux femmes âgées de 15 à 49 ans, si elles avaient entendu parler du VIH ou du sida. Les résultats du tableau 30 montrent qu'une grande partie des femmes ont entendu parler du sida (74%).

Tableau 30 : Connaissance du VIH/sida et principaux moyens de protection contre le sida

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 qui ont entendu parler du sida et connaissent le principaux moyens de protection contre le sida, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Entendu parler du sida	Pourcentage des femmes qui connaissent que la transmission peut être évité en : Ayant un seul partenaire sexuel	Utilisant les condoms	S'abstenant de rapports sexuels	Connaît tous les trois moyens	Connaît au moins un moyen	Ne connaît aucun moyen	Effectif de femmes
Région de résidence								
Agadez	65,5	36,0	28,7	31,1	23,1	37,7	62,3	1 049
Agadez CU	94,1	65,8	55,6	59,2	45,6	69,1	30,9	220
Diffa	53,4	35,4	34,6	25,6	23,2	38,6	61,4	73
Dosso	86,4	61,7	30,8	57,3	28,8	63,8	36,2	890
Maradi	72,8	40,3	32,4	39,6	29,5	43,0	57,0	1 346
Tillaberi	79,5	49,0	25,4	44,1	21,6	50,6	49,4	887
Tahoua	75,8	38,2	21,5	37,0	18,4	40,8	59,2	1 040
Zinder	45,6	25,5	16,8	23,0	15,1	26,6	73,4	873
Niamey	97,2	77,2	65,2	66,3	51,1	82,6	17,4	334
Milieu de résidence								
Niamey	97,2	77,2	65,2	66,3	51,1	82,6	17,4	334
Autres villes	94,3	71,5	61,3	63,9	51,6	74,5	25,5	640
Ensemble urbain	95,3	73,4	62,6	64,8	51,4	77,3	22,7	974
Rural	70,0	39,7	22,6	37,5	20,4	41,7	58,3	4 690
Groupe d'âge								
15-19	69,0	39,1	26,7	37,0	22,4	41,9	58,1	1 153
20-24	76,2	48,4	33,1	44,7	29,2	51,1	48,9	997
25-29	76,0	50,3	30,8	46,5	27,1	52,5	47,5	961
30-34	75,5	45,6	32,2	40,8	27,9	47,9	52,1	840
35-39	76,7	46,1	30,5	44,3	27,1	48,5	51,5	759
40-44	72,3	43,7	24,4	41,9	21,1	46,2	53,8	508
45-49	76,6	45,6	25,2	40,3	22,4	46,3	53,7	446
Niveau d'instruction								
Aucun	71,6	41,2	24,6	38,9	22,3	43,2	56,8	4 372
Primaire	86,8	61,9	48,1	57,7	40,8	65,6	34,4	582
Secondaire	98,4	84,7	79,5	71,0	60,6	90,4	9,6	272
Programme non-formel	70,4	42,3	23,1	36,5	18,5	44,0	56,0	437
Ensemble	74,4	45,5	29,5	42,2	25,7	47,8	52,2	5 664

La connaissance du VIH/sida varie selon les régions de résidence, le milieu de résidence, les groupes d'âges des femmes et leur niveau d'instruction. En effet, à part le cas de Zinder (46%) pour les régions et le groupe 15-19 ans (69%) pour les groupes d'âges, on enregistre partout plus de trois quarts des femmes qui ont entendu parler de la maladie. Dans la capitale Niamey, 97% des femmes ont entendu parler du sida. Les femmes instruites connaissent plus le sida que celles qui ne le sont pas. De même, les femmes urbaines ont un niveau de connaissance supérieur à celui des femmes rurales (95% contre 70%).

L'enquête a également permis d'évaluer le niveau de connaissance des principaux moyens de protection contre le sida, en demandant aux femmes qui ont entendu parler du sida, si elles connaissent les moyens permettant de le prévenir. Trois moyens ont été retenus à savoir : avoir un seul partenaire, utiliser les condoms et s'abstenir des rapports sexuels. Dans l'ensemble, 46% des femmes reconnaissent le fait d'avoir un seul partenaire comme moyen de protection contre le sida, 42% ont cité l'abstinence sexuelle et 30% l'utilisation du condom lors des rapports sexuels. Contrairement au niveau de connaissance, on remarque que seulement 26% des femmes connaissent tous les trois moyens cités et 48% de ces femmes connaissent au moins un moyen. Au total, plus de la moitié des femmes ont déclaré ne connaître aucun moyen.

La connaissance des moyens de protection varie selon les principales caractéristiques de résidence, d'âge et de niveau d'instruction de la femme. Au niveau régional, on note qu'à l'exception de Niamey (51%),

moins du tiers des femmes connaissent les trois moyens de protection contre le sida (variant de 15% à Zinder à 30% à Maradi). Si en milieu urbain, plus de la moitié des femmes connaissent tous les moyens de protection contre le sida (51%), en milieu rural à peine le cinquième des femmes (20%) connaissent ces moyens. De même, seulement 22% des femmes sans instruction et 19% de celles n'ayant poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation connaissent les trois moyens de protection alors que 61% des femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus et 41% des femmes ayant le niveau d'instruction primaire connaissent ces moyens.

Lorsqu'on considère la connaissance d'au moins un moyen de protection, sur le plan régional, les proportions varient de 27% à Zinder à 64% à Dosso et à 83% à Niamey. Au niveau du milieu de résidence, ces proportions varient de 42% en milieu rural à 77% en milieu urbain. On note également que seulement 43% des femmes sans instruction et 44% des femmes n'ayant poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation connaissent au moins un moyen de protection contre 90% des femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus et 66% des femmes ayant le niveau d'instruction primaire.

9.2 FAUSSES CONCEPTIONS SUR LE SIDA

La difficulté de lutte contre le sida réside dans les fausses conceptions qu'on a de la maladie, ce qui parfois entrave la sensibilisation ou la limite selon les cas. Au moment de l'enquête, trois fausses conceptions ont été retenues : le sida peut être transmis par des moyens surnaturels; le sida peut être transmis par des piqûres de moustiques; et, enfin, une personne qui paraît être en bonne santé ne peut pas avoir le sida. Dans l'ensemble, seulement 6% des femmes ont reconnu ces trois fausses conceptions à l'égard du sida, ce qui est très faible au regard de l'enjeu de la maladie. Cependant, 46% des femmes ont au moins reconnu une fausse conception. Par contre, 54% n'ont reconnu aucune fausse conception. Lorsqu'on considère séparément les trois fausses conceptions, on constate que seulement 36% des femmes savent que le sida ne peut être transmis par des moyens surnaturels, 18% savent qu'il ne peut être transmis par des piqûres de moustiques et 22% savent qu'une personne en bonne santé peut avoir le sida.

Tableau 31 : Fausses conceptions sur le sida

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant identifié les fausses conceptions sur le sida, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Entendu parler du sida	Pourcentage des femmes qui connaisent les fausses conceptions suivantes : Le sida peut être transmis par : Le moyens surnaturels	Les piqûres de moustiques	Une personne qui parait être en bonne santé ne peut pas avoir le sida	Connaît toutes les trois fausses conceptions sur le sida	Connaît au moins une fausse conception sur le sida	N'a identifié aucune fausse conception sur le sida	Effectifs de femmes
Région								
Agadez	65,5	33,0	17,6	27,9	9,5	44,3	55,7	1 049
Agadez CU	94,1	58,3	29,5	50,4	16,7	74,9	25,1	220
Diffa	53,4	34,1	19,5	30,9	10,6	43,9	56,1	73
Dosso	86,4	42,7	18,5	21,4	4,7	53,3	46,7	890
Maradi	72,8	39,1	16,2	19,9	4,9	46,0	54,0	1 346
Tillaberi	79,5	28,1	15,6	17,3	3,0	40,5	59,5	887
Tahoua	75,8	34,0	21,9	21,7	5,7	44,2	55,8	1 040
Zinder	45,6	16,9	8,3	12,7	2,1	26,0	74,0	873
Niamey	97,2	68,6	42,1	56,3	23,6	84,9	15,1	334
Milieu de résidence								
Niamey	97,2	68,6	42,1	56,3	23,6	84,9	15,1	334
Autres villes	94,3	62,0	34,6	47,2	18,4	75,7	24,3	640
Ensemble urbain	95,3	64,2	37,2	50,3	20,2	78,8	21,2	974
Rural	70,0	30,1	14,5	16,6	3,0	39,5	60,5	4 690
Groupe d'âge								
15-19	69,0	32,1	17,2	21,1	5,6	42,6	57,4	1 153
20-24	76,2	36,5	20,3	23,2	6,6	46,9	53,1	997
25-29	76,0	40,7	21,5	23,1	6,2	51,0	49,0	961
30-34	75,5	37,3	18,0	24,5	6,1	47,7	52,3	840
35-39	76,7	37,7	17,7	21,6	6,4	46,8	53,2	759
40-44	72,3	34,7	15,7	22,7	5,2	43,9	56,1	508
45-49	76,6	30,9	15,5	20,0	4,2	42,8	57,2	446
Niveau d'instruction								
Aucun	71,6	30,7	14,7	17,8	3,3	40,6	59,4	4 372
Primaire	86,8	53,6	26,8	37,1	10,7	66,3	33,7	582
Secondaire	98,4	84,4	61,3	64,7	39,5	92,1	7,9	272
Programme non-formel	70,4	35,5	17,2	22,6	5,2	47,3	52,7	437
Ensemble	74,4	36,0	18,4	22,4	5,9	46,3	53,7	5 664

Indicateur de suivi du VIH/sida

L'analyse des fausses conceptions selon les principales caractéristiques de résidence, l'âge et le niveau d'instruction montrent qu'à Niamey, on enregistre la proportion la plus élevée (24%) des femmes qui considèrent chacune de ces trois fausses conceptions comme vraies. En milieu rural, seulement 3% des femmes ont reconnu les trois fausses conceptions. Sur le plan régional, la proportion des femmes qui ont reconnu les trois fausses conceptions varie de 2% dans la région Zinder à 10% dans la région d'Agadez. Si

40% des femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus ont reconnu les trois fausses conceptions, seulement 3% des femmes sans instruction l'ont fait.

9.3 CONNAISSANCE DES MOYENS DE TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT

Pour ce qui est de la transmission du sida de la mère à l'enfant, l'enquête a retenu trois principales voies au moment de la grossesse, au cours de l'accouchement et pendant l'allaitement. Les résultats du tableau 32 montrent que 43% des femmes savent que le sida peut être transmis de la mère à l'enfant. Cependant, moins d'un tiers des femmes connaissent tous les trois modes de transmission retenus (31%). En revanche, plus de la moitié des femmes ne connaissent aucun de ces modes de transmission (57%). Quand on considère séparément chacun de ces modes de transmission, on observe que 40% des femmes connaissent la transmission au moment de la grossesse, 37% connaissent celle au cours de l'accouchement et 36% celle durant l'allaitement.

Tableau 32 : Identification correcte des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont correctement identifié des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage connaissant que le sida peut être transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage des femmes qui connaissent que le sida peut se transmettre					Effectif de femmes
		Durant la grossesse	Durant l'accouche-ment	À travers le lait maternel	Connaît les trois moyens	Ne connaît aucun moyen spécifique	
Région							
Agadez	43,1	40,4	31,9	32,2	24,6	57,3	1 049
Agadez CU	69,9	64,4	53,0	49,7	39,4	31,0	220
Diffa	41,9	39,5	41,1	36,3	35,4	58,1	73
Dosso	48,6	46,6	43,3	42,1	38,5	51,6	890
Maradi	45,1	42,2	40,8	42,4	37,8	55,2	1 346
Tillaberi	39,5	36,3	31,9	33,5	28,2	61,0	887
Tahoua	37,7	34,8	28,4	29,8	23,7	62,6	1 040
Zinder	24,9	23,3	22,2	20,5	19,1	75,8	873
Niamey	78,7	74,3	67,8	43,6	38,1	22,1	334
Milieu de résidence							
Niamey	78,7	74,3	67,8	43,6	38,1	22,1	334
Autres villes	74,9	71,3	64,1	55,6	49,1	25,5	640
Ensemble urbain	76,2	72,3	65,4	51,5	45,3	24,4	974
Rural	36,3	33,8	30,8	32,2	28,0	64,1	4 690
Niveau d'instruction							
Aucun	38,3	35,8	32,4	33,3	28,9	62,1	4 372
Primaire	61,2	57,7	52,5	47,5	42,5	39,4	582
Secondaire	87,7	83,0	76,7	44,5	39,9	12,4	272
Programme non-formel	40,5	37,5	34,3	36,5	31,1	60,0	437
Groupe d'âge							
15-19	38,6	34,5	31,1	30,9	25,8	62,2	1 153
20-24	45,8	43,0	37,6	36,7	31,3	54,7	997
25-29	45,1	42,6	39,3	37,7	33,6	55,3	961
30-34	43,2	40,1	37,4	35,1	30,2	56,8	840
35-39	43,9	41,6	38,7	36,2	33,3	56,7	759
40-44	46,4	44,6	41,4	38,8	35,3	54,1	508
45-49	40,3	39,2	33,8	36,2	30,7	59,7	446
Ensemble	43,2	40,4	36,7	35,5	31,0	57,2	5 664

Indicateur de suivi du VIH/sida

Au niveau régional, le pourcentage des femmes qui connaissent ces trois modes de transmission de la mère à l'enfant varie de 19% à Zinder à 39% à Dosso. On note plus de femmes des autres villes (49%) qui connaissent ces trois modes que de femmes résidant à Niamey (38%) ou en milieu rural (28%). De même, les femmes ayant le niveau d'instruction primaire sont plus nombreuses à reconnaître ces trois modes (43%) que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (40%) ou que celles sans instruction (29%) ou n'ayant poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation (31%). Selon l'âge de la femme, ces proportions varient de 26% chez celles âgées de 15-19 ans à 35% chez celles âgées de 40-44 ans.

9.4 ATTITUDES DISCRIMINATOIRES À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT LE SIDA

Les personnes atteintes du sida ont besoin du soutien, tant matériel, social qu'affectif de la population. Cependant elles sont difficilement intégrées dans leur communauté. Pour évaluer ce comportement discriminatoire, la MICS2 a posé aux femmes de 15 à 49 ans les questions de savoir : si un enseignant ayant le sida devrait continuer à travailler; et si l'enquêtée achèterait de la nourriture chez une personne ayant le sida. L'examen du tableau 33 montre que près de la moitié (49%) des femmes interrogées croient qu'un enseignant atteint du sida ne doit pas être autorisé à travailler. On note également que plus des deux tiers des femmes (69%) n'achèteraient pas de la nourriture chez une personne ayant le sida. Dans l'ensemble, sept femmes sur dix (70%) adopteraient au moins une des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes ayant le sida. Par contre, 30% n'adopteraient aucune de ces deux attitudes discriminatoires.

Sur le plan régional, la proportion des femmes qui croient qu'un enseignant ne doit pas être autorisé à travailler varie de 29% dans la région de Zinder à 64% dans la région de Dosso. Selon le milieu de résidence, les variations sont faibles (50% en milieu rural contre 46% dans les autres villes et 42% à Niamey). Du point de vue de l'age de la femme, cette attitude discriminatoire est pratiquement générale variant de 44% chez les femmes de 15-19 ans à 56% chez celles de 45-49 ans. On note, par ailleurs, que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus manifestent une attitude moins discriminatoire que les femmes ayant le niveau d'instruction primaire ou n'ayant aucun niveau (31% contre respectivement 54% et 50%).

La proportion des femmes qui n'achèteraient pas de la nourriture chez une personne ayant le sida varie de 42% dans la région de Zinder à 82% dans la région de Dosso. Cette attitude discriminatoire est plus importante dans les autres villes et à Niamey qu'en milieu rural (respectivement 81% et 74% contre 68%). Elle est moins importante chez les femmes de 15-19 ans que chez les plus âgées, en particulier celles de 45-49 ans (63% contre 75%). Par rapport au niveau d'instruction de la femme, les variations de cette attitude discriminatoire sont irrégulières (de 77% chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire à moins de 70% chez les autres groupes de femmes).

Dans l'ensemble, 83% des femmes de Dosso adopteraient au moins une des attitudes discriminatoires contre 43% dans la région de Zinder. Cette proportion est de 83% dans les autres villes contre 76% dans la ville de Niamey et 68% en milieu rural. Les femmes ayant le niveau d'instruction primaire sont également plus nombreuses à adopter l'une des attitudes discriminatoires (78% contre moins de 70% chez les autres groupes de femmes).

Tableau 33 : Discrimination à l'égard des personnes ayant le sida

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant exprimé une attitude discriminatoire à l'égard des personnes ayant le sida, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage des femmes qui : Croient qu'un enseignant ayant le sida ne doit pas être autorisé à travailler	N'achèteraient pas de la nourriture chez une personne ayant le sida	Sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Ne sont pas d'accord avec aucune attitude discriminatoire	Effectif de femmes
Région de résidence					
Agadez	36,6	59,8	60,7	39,3	1 049
Agadez CU	42,3	85,6	86,1	13,9	220
Diffa	30,2	46,1	46,9	53,1	73
Dosso	64,2	82,4	82,7	17,3	890
Maradi	52,5	69,2	70,7	29,3	1 346
Tillaberi	58,3	75,9	76,3	23,7	887
Tahoua	44,8	71,8	72,2	27,8	1 040
Zinder	29,0	42,4	42,5	57,5	873
Niamey	41,9	73,7	76,3	23,7	334
Milieu de résidence					
Niamey	41,9	73,7	76,3	23,7	334
Autres villes	46,3	80,8	82,6	17,4	640
Ensemble urbain	44,8	78,4	80,4	19,6	974
Rural	49,7	67,4	67,8	32,2	4 690
Groupe d'âge					
15-19	43,5	63,2	64,2	35,8	1 153
20-24	48,7	70,5	71,3	28,7	997
25-29	49,9	70,5	71,2	28,8	961
30-34	48,3	69,5	70,1	29,9	840
35-39	52,9	71,7	72,6	27,4	759
40-44	48,9	69,3	69,6	30,4	508
45-49	55,7	75,1	75,6	24,4	446
Niveau d'instruction					
Aucun	49,5	68,6	69,1	30,9	4 372
Primaire	54,0	76,8	78,1	21,9	582
Secondaire	31,4	66,8	69,9	30,1	272
Programme non-formel	47,1	67,4	68,7	31,3	437
Ensemble	48,9	69,3	70,0	30,0	5 664

Indicateur de suivi du VIH/sida

9.5 CONNAISSANCE SUFFISANTE DU VIH/SIDA

A partir des informations recueillies sur la connaissance du sida (connaissance des trois principaux moyens de protection contre le sida et connaissance des trois principales conceptions erronées du sida), on a identifié les femmes qui ont une bonne connaissance du VIH/sida. Le tableau 34 fournit la proportion des femmes ayant une connaissance suffisante du VIH/sida.

Tableau 34 : Connaissance suffisante des moyens de transmission du VIH/sida

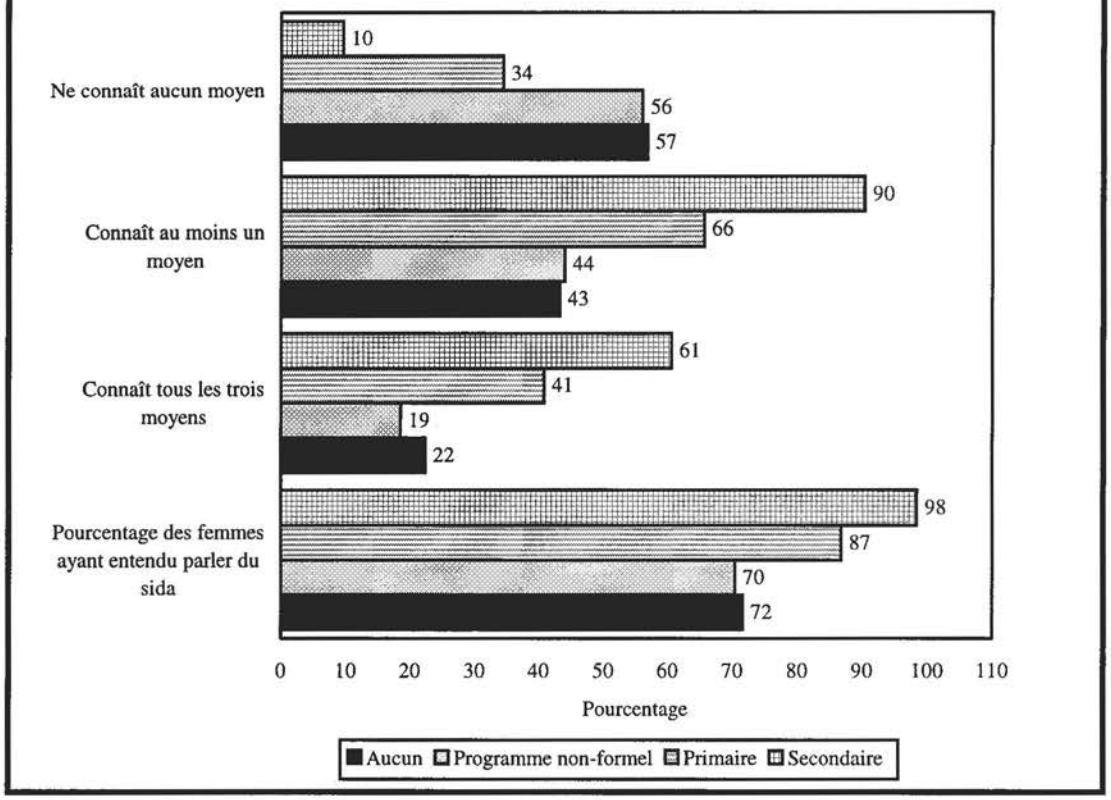
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/sida, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Ont entendu parler du sida	Connaissent 3 moyens pour éviter la transmission du VIH/sida	Ont correctement identifié 3 conceptions erronées sur la transmission du VIH/sida	Ont une bonne connaissance	Effectif de femmes
Région					
Agadez	65,5	23,1	9,5	6,4	1 049
Agadez CU	94,1	45,6	16,7	12,1	220
Diffa	53,4	23,2	10,6	6,5	73
Dosso	86,4	28,8	4,7	2,4	890
Maradi	72,8	29,5	4,9	3,8	1 346
Tillaberi	79,5	21,6	3,0	2,2	887
Tahoua	75,8	18,4	5,7	4,0	1 040
Zinder	45,6	15,1	2,1	0,9	873
Niamey	97,2	51,1	23,6	14,7	334
Milieu de résidence					
Niamey	97,2	51,1	23,6	14,7	334
Autres villes	94,3	51,6	18,4	13,5	640
Ensemble urbain	95,3	51,4	20,2	13,9	974
Rural	70,0	20,4	3,0	1,8	4 690
Groupe d'âge					
15-19	69,0	22,4	5,6	4,0	1 153
20-24	76,2	29,2	6,6	4,6	997
25-29	76,0	27,1	6,2	3,8	961
30-34	75,5	27,9	6,1	3,8	840
35-39	76,7	27,1	6,4	4,2	759
40-44	72,3	21,1	5,2	3,5	508
45-49	76,6	22,4	4,2	2,7	446
Niveau d'instruction					
Aucun	71,6	22,3	3,3	2,2	4 372
Primaire	86,8	40,8	10,7	7,7	582
Secondaire	98,4	60,6	39,5	25,9	272
Programme non-formel	70,4	18,5	5,2	2,8	437
Ensemble	74,4	25,7	5,9	3,9	5 664

Indicateur de suivi du VIH/sida

Dans l'ensemble, seulement 4% des femmes ont une connaissance suffisante du VIH/sida. Cette faible proportion est due au fait que seulement 6% ont correctement identifié les trois principales conceptions erronées du sida (transmission par voies surnaturelles, par des piqûres de moustiques et le fait qu'une personne qui paraît en bonne ne peut pas être séropositive). Par contre, un peu plus du quart des femmes (26%) connaissent les trois principaux moyens de protection contre le VIH/sida (avoir un seul partenaire, s'abstenir des rapports sexuels, utilisation du condom lors des rapports sexuels).

Graphique 6
Connaissance du VIH/sida



9.6 TEST DU SIDA

Pour la première fois au Niger, on a posé lors d'une enquête nationale, des questions sur le test du sida. Il s'agit, notamment de la connaissance de l'endroit où on peut faire le test lui-même, si les femmes ont été testées ou non, et, au cas échéant, si elles ont reçu les résultats du test. En effet, toute action visant à lutter contre le sida doit reposer sur l'acceptation même du test de dépistage par les populations. Seul ce test de dépistage permettra d'identifier les malades et d'assurer leur prise en charge afin d'éviter la contagion. Jusque là au Niger, le dépistage ne se fait d'une manière systématique que lors des transfusions sanguines. Le tableau 35 fournit le pourcentage de femmes connaissant un endroit où l'on peut avoir le test du sida, le pourcentage de celles qui ont déjà fait le test et le pour de celles qui ont obtenu le résultat du test. Dans l'ensemble seulement 12% des femmes de 15-49 ans ont déclaré connaître un endroit où l'on peut avoir le test de dépistage du VIH/sida (tableau 35). Si dans la ville de Niamey et la région d'Agadez, respectivement 41% et 29% des femmes ont déclaré connaître cet endroit, dans les autres régions, moins de 15% des femmes l'ont déclaré (variant de 6% à Tillaberi et à Zinder à 13% à Tahoua). De même, la connaissance de cet endroit est faible en milieu rural (7% contre 41% en milieu urbain). Les femmes sans instruction sont également celles qui connaissent le moins un endroit pour le test de dépistage (8% contre 24% chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 59% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus). Du point de vue de l'âge de la femme, la connaissance varie peu (9% chez celles de 45-49 ans à 15% chez celles de 30-34 ans).

Si 12% des femmes ont déclaré connaître un endroit pour le test de dépistage du VIH/sida, moins de 1% (0,7%) a effectivement fait le test. Les proportions les plus importantes de femmes ayant fait le test sont observées chez les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire (3%) ou résidant à Niamey (5%). Parmi celles ayant fait le test, près des trois quarts ont obtenu les résultats.

Tableau 35 : Connaissance d'un endroit pour le test du sida

Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant un endroit pour le test du sida, et a été testée, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Connaît un endroit ou l'on peut avoir le test du sida	A été testée	Si testée, a obtenu les résultats	Effectif de femmes
Région				
Agadez	28,5	0,9	88,9	1 049
Agadez CU	52,5	1,6	82,8	220
Diffa	28,9	0,8	0,0	73
Dosso	8,1	0,1	100,0	890
Maradi	8,2	0,7	84,4	1 346
Tillaberi	6,1	0,1	100,0	887
Tahoua	13,2	0,1	100,0	1 040
Zinder	5,5	0,5	41,7	873
Niamey	41,2	5,3	70,0	334
Milieu de résidence				
Niamey	41,2	5,3	70,0	334
Autres villes	40,1	2,3	75,2	640
Ensemble urbain	40,5	3,3	72,4	974
Rural	6,5	0,1	75,1	4 690
Groupe d'âge				
15-19	11,0	0,3	66,1	1 153
20-24	12,3	0,6	73,1	997
25-29	12,9	1,0	71,7	961
30-34	14,7	0,7	55,9	840
35-39	12,7	0,7	70,0	759
40-44	12,7	1,0	87,9	508
45-49	8,8	0,8	90,5	446
Niveau d'instruction				
Aucun	7,7	0,4	68,6	4 372
Primaire	23,6	2,2	76,9	582
Secondaire	59,1	3,4	71,5	272
Programme non-formel	13,8	0,2	100,0	437
Ensemble	12,3	0,7	72,8	5 664

Indicateur de suivi du VIH/sida

CHAPITRE 10

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

10.1 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Dans l'ensemble, 14% des femmes de 15-49 ans en union ont déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête, dont 4% de méthode moderne et 10% de méthode traditionnelle. Ce niveau d'utilisation est de 6% supérieur à celui obtenu lors de l'EDSN-II 1998, différence due essentiellement à l'accroissement des méthodes traditionnelles, notamment la prise en compte de la méthode d'aménorrhée lactaire (MAL). En effet, si lors de l'EDSN-II 1998, la méthode MAL n'est pas explicite, dans le cadre de la MICS2, 7% des femmes ont déclaré l'utiliser pour éviter de tomber enceinte. Par contre, la prévalence des méthodes modernes de contraception n'a pratiquement varié entre l'EDSN-II 1998 et la MICS2. Notons, par ailleurs, que la pilule est la méthode moderne la plus utilisée (3%).

Sur le plan régional, la pratique contraceptive varie de 30% à Niamey à moins de 5% dans les régions de Zinder et de Tahoua. Dans la région de Maradi, cette pratique est de 15% tandis qu'à Dosso et Tillaberi, elle est un peu plus de 20% (respectivement 23% et 21%). La prévalence de la contraception en milieu urbain est de deux fois supérieure à celle du milieu rural (25% contre 12%). De même, les femmes ayant le niveau d'instruction primaire sont de deux fois plus nombreuses à utiliser les méthodes contraceptives que celles sans instruction (24% contre 12%). Par contre, elles sont près de deux fois moins nombreuses à utiliser ces méthodes que celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (24% contre 43%). Concernant l'âge de la femme, la pratique contraceptive varie de 8% chez les femmes âgées de 15-19 ans à 18% chez celles de 35-39 ans.

Tableau 36 : Utilisation de la contraception

Pourcentage de l'ensemble des femmes âgées de15-49 ans qui utilisent une méthode quelconque de contraception, MICS 2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	Condom féminin	Diaphragme /mousse/ gelée	MAL	Abstinence périodique	Retrait	Autres	Méthode moderne quelconque	Méthode traditionnelle quelconque	Méthode quelconque	Effectif des femmes
Région de résidence																	
Agadez	0,1	0,0	4,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	1,6	5,1	1,9	6,9	1 049
Agadez CU	0,3	0,0	12,5	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	13,8	2,8	16,6	141
Diffa	0,0	0,0	4,9	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	5,9	60
Dosso	0,1	0,0	3,3	0,1	1,0	0,0	0,1	0,1	0,0	17,2	0,0	0,0	1,2	4,6	18,4	23,0	761
Maradi	0,2	0,0	1,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	7,3	2,1	13,0	15,1	1 250
Tillaberi	0,1	0,0	2,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2	0,0	16,3	0,0	0,0	1,0	3,9	17,3	21,2	711
Tahoua	0,0	0,0	1,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	1,4	2,3	2,1	4,4	865
Zinder	0,0	0,0	3,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,2	0,8	4,1	799
Niamey	1,6	0,2	20,6	1,1	3,1	0,0	0,3	0,2	0,2	2,1	0,7	0,2	2,0	25,7	4,9	30,2	181
Milieu de résidence																	
Niamey	1,6	0,2	20,6	1,1	3,1	0,0	0,3	0,2	0,2	2,1	0,7	0,2	2,0	25,7	4,9	30,2	181
Autres villes	0,4	0,0	12,7	0,4	1,8	0,0	0,1	0,1	0,0	4,3	0,0	0,0	2,5	15,4	6,8	22,2	422
Ensemble urbain	0,7	0,0	15,0	0,7	2,2	0,0	0,2	0,1	0,0	3,7	0,2	0,0	2,4	18,5	6,2	24,6	603
Rural	0,1	0,0	1,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	2,9	2,2	10,2	12,4	4 165
Groupe d'âge																	
15-19	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,4	2,3	5,2	7,5	648
20-24	0,0	0,0	4,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	4,0	4,3	10,1	14,5	858
25-29	0,0	0,0	3,5	0,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	0,1	0,0	3,3	4,8	11,5	16,3	890
30-34	0,4	0,0	5,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2	0,0	6,5	0,0	0,0	2,2	6,5	8,7	15,2	783
35-39	0,4	0,0	4,1	0,3	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	10,0	0,0	0,0	2,3	5,3	12,4	17,7	717
40-44	0,2	0,0	2,4	0,0	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	1,2	3,5	8,3	11,7	475
45-49	0,1	0,0	0,6	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	3,6	0,8	11,1	11,8	398
Niveau d'instruction																	
Aucun	0,1	0,0	2,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	0,0	0,0	2,4	2,5	9,6	12,2	3 874
Primaire	0,3	0,1	9,3	0,3	2,1	0,0	0,1	0,0	0,1	7,5	0,1	0,1	3,9	12,1	11,5	23,5	396
Secondaire	1,9	0,0	32,2	1,3	2,5	0,0	0,2	1,5	0,0	3,4	0,7	0,0	1,1	38,5	5,2	43,4	122
Programme non-formel	0,0	0,0	2,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	5,9	2,7	10,2	12,9	376
Ensemble	0,2	0,0	3,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	6,9	0,0	0,0	2,8	4,3	9,7	14,0	4 768

10.2 SOINS PRÉNATALS

La qualité des soins prénatals peut contribuer à la prévention de la mortalité maternelle en révélant et assurant la prise en charge de potentielles complications et de facteurs de risque, notamment la pré-éclampsie, l'anémie, les maladies sexuellement transmissibles. Les soins prénatals fournissent également des opportunités aux femmes d'être informées sur certains signes de danger pour la grossesse et l'accouchement, et d'être immunisées contre le tétanos, de recevoir une éducation nécessaire pour les soins des enfants et être soignées dans certains cas comme de paludisme et d'anémie.

Parmi les objectifs du SME, figure la protection contre le tétanos néonatal. Le tableau 37 présente les résultats concernant la vaccination antitétanique des mères ayant une naissance au cours des 12 derniers mois. Un peu plus du tiers des mères (36%) a reçu au moins deux doses de VAT au cours des trois dernières années, 4% a reçu au moins trois doses au cours des dix dernières années, et, enfin, une très faible proportion (0,2%) a reçu au moins cinq doses durant leur vie. Dans l'ensemble, seulement 40% des mères ayant un enfant au cours des 12 derniers mois ont été protégées contre le tétanos néonatal. Cette faible protection est surtout accentuée dans la région de Zinder (21% contre 55% à Dosso et 66% à Niamey). Dans les autres régions, ces proportions sont plus du tiers (43% à Tillaberi, 38% à Tahoua et 36% à Maradi). Au niveau du milieu de résidence, les femmes du milieu rural sont nettement moins protégées contre le tétanos que celles du milieu urbain (36% contre 72%). Il faut, toutefois, noter que la protection à Niamey est plus faible que celle des autres villes (66% contre 74%). Par rapport à l'instruction de la femme, il est clair que les femmes sans instruction bénéficient d'une protection nettement moins importante que celle des femmes instruites (36% contre 59% lorsque la femme a le niveau d'instruction primaire, et 75% lorsqu'elle a au moins le niveau secondaire).

Au niveau de l'âge, on note une très faible protection chez les femmes de 45-49 ans et les adolescentes 15-19 ans (respectivement 14% et 30%) contre plus de 40% chez les femmes de 20-34 ans.

Tableau 37 : Protection contre le tétanos néonatal

Pourcentage de mères ayant une naissance dans les 12 derniers mois protégées contre le tétanos néonatal, MICS2 Niger 2000

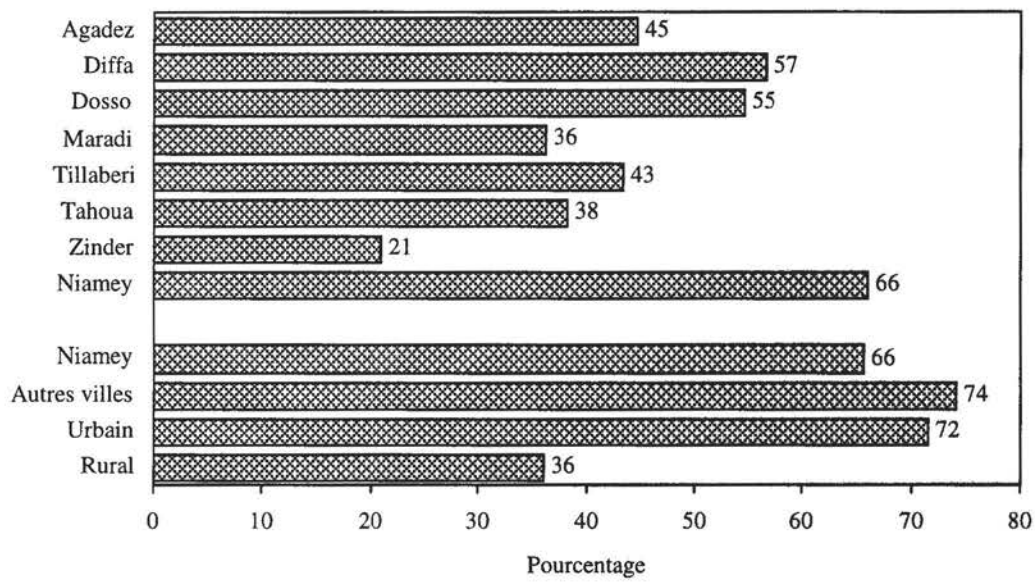
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage des mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois qui : Ont reçu au moins deux doses, dans les trois dernières années	Ont reçu au moins trois doses dans les 10 dernières années	Ont reçu au moins cinq doses durant sa vie	Sont protégées contre le tétanos	Effectif des mères ayant une naissance dans les 12 derniers mois
Région de résidence					
Agadez	40,5	4,1	0,0	44,6	216
Agadez CU	72,6	4,4	0,0	77,0	45
Diffa	56,6	0,0	0,0	56,6	11
Dosso	43,7	9,5	1,4	54,6	198
Maradi	33,6	2,6	0,0	36,2	356
Tillaberi	39,0	4,4	0,0	43,4	209
Tahoua	35,5	2,8	0,0	38,3	258
Zinder	19,5	1,4	0,0	20,9	234
Niamey	56,0	9,6	0,0	65,7	49
Milieu de résidence					
Niamey	56,0	9,6	0,0	65,7	49
Autres villes	63,6	9,6	1,0	74,2	113
Ensemble urbain	61,3	9,6	0,7	71,6	162
Rural	32,7	3,2	0,1	36,1	1 198
Groupe d'âge					
15-19	29,7	0,0	0,0	29,7	191
20-24	43,2	1,2	0,0	44,4	336
25-29	41,4	5,8	0,2	47,4	325
30-34	36,3	5,6	0,9	42,8	231
35-39	28,3	7,4	0,0	35,7	192
40-44	23,0	6,8	0,0	29,8	59
45-49	11,7	2,3	0,0	14,0	26
Niveau d'instruction					
Aucun	32,1	3,9	0,2	36,2	1 097
Primaire	53,6	4,7	0,4	58,8	131
Secondaire	65,9	8,6	0,0	74,5	30
Programme non-formel	48,2	3,2	0,0	51,5	102
Ensemble	36,1	4,0	0,2	40,3	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 22

Parmi les objectifs du SME, figurent également l'accroissement des soins prénatals. En effet, les risques que comporte l'accouchement peuvent être réduits si la femme enceinte effectue, au cours de sa grossesse, des visites prénatales auprès d'un agent de santé.

Les soins prénatals au Niger sont prodigués dans les structures sanitaires publiques ou privées, par les médecins, les sages-femmes ou infirmières. Les résultats du tableau 38 indiquent, cependant, que la grande

Graphique 7
Protection contre le tétanos néonatal



majorité des mères (57%) n'ont reçu aucun soin au moment de leur grossesse. En fait, à part les consultations auprès des infirmières ou sages-femmes (40%), les autres types de consultations sont négligeables (1% auprès des médecins et moins de 1% auprès des matrones ou accoucheuses traditionnelles). La proportion de femmes n'ayant pas bénéficié de soins prénatals est particulièrement importante en milieu rural (63% contre 15% en milieu urbain). Sur le plan régional, les régions de Zinder et de Maradi détiennent les proportions les plus importantes de femmes n'ayant effectué aucune visite prénatale (respectivement 77% et 71% contre 30% à Dosso). Dans les régions d'Agadez, de Tillaberi et de Tahoua, ces proportions sont respectivement 60%, 52% et 66%. Par contre, dans la région de Niamey, seulement 8% des femmes n'ont pas bénéficié de soins prénatals. Du point de vue de l'âge de la femme, les proportions de femmes n'ayant pas reçu de soins prénatals varient de 48% chez celles de 25-29 ans à 85% chez celles de 45-49 ans.

Tableau 38 : Soins prénatals aux femmes ayant une naissance au cours de la dernière année

Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ayant une naissance au cours de la dernière année selon le type de personnel dispensant les soins prénatals, MICS2 Niger 2000

	Personne pour les soins prénatals								
Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière/ sage-femme	Matrone/ accou-cheuse tradition-nelle formée	Accoucheuse traditionnelle non-formée	Autre/ ND	N'a pas reçu de soins prénatals	Total	Personnel de santé formé	Effectif de femmes
Région de résidence									
Agadez	-	38,5	-	-	1,5	60,0	100,0	38,5	216
Agadez CU	-	82,0	-	-	-	18,0	100,0	82,0	45
Diffa	-	59,1	-	-	-	40,9	100,0	59,1	11
Dosso	1,5	67,8	-	-	0,8	30,0	100,0	69,3	198
Maradi	1,7	27,6	-	-	0,1	70,7	100,0	29,2	356
Tillaberi	0,7	43,1	0,7	-	3,9	51,5	100,0	44,6	209
Tahoua	-	33,4	-	-	0,6	66,0	100,0	33,4	258
Zinder	1,3	20,6	0,8	0,2	4,4	72,8	100,0	22,7	234
Niamey	5,4	83,7	-	-	2,4	8,4	100,0	89,2	49
Milieu de résidence									
Niamey	5,4	83,7	-	-	2,4	8,4	100,0	89,2	49
Autres villes	-	80,9	0,3	0,3	0,8	17,6	100,0	81,2	113
Ensemble urbain	1,6	81,8	0,2	0,2	1,3	14,9	100,0	83,6	162
Rural	1,1	34,1	0,2	-	1,7	62,8	100,0	35,5	1 198
Groupe d'âge									
15-19	0,8	36,7	-	-	3,7	58,8	100,0	37,5	191
20-24	1,3	40,1	0,6	0,1	2,3	55,5	100,0	42,0	336
25-29	1,2	48,5	0,5	-	1,5	48,4	100,0	50,1	325
30-34	1,4	41,2	-	-	-	57,3	100,0	42,7	231
35-39	1,5	33,4	-	-	1,5	63,5	100,0	35,0	192
40-44	-	26,2	-	-	0,5	73,2	100,0	26,2	59
45-49	-	15,2	-	-	-	84,8	100,0	15,2	26
Niveau d'instruction									
Aucun	1,1	33,9	0,1	0,0	1,6	63,2	100,0	35,1	1 097
Primaire	1,1	70,0	1,1	-	2,5	25,3	100,0	72,3	131
Secondaire	7,0	77,5	1,2	-	1,0	13,3	100,0	85,7	30
Programme non-formel	-	54,2	-	-	1,8	44,0	100,0	54,2	102
Ensemble	1,2	39,8	0,2	0,0	1,7	57,0	100,0	41,2	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 9, 11

10.3 ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT

Parmi les objectifs du SME, figure l'amélioration de l'assistance à l'accouchement. L'assistance à l'accouchement par le personnel de santé formé peut contribuer à l'amélioration de la santé des mères et des enfants. En effet, cette assistance permet l'utilisation de procédures appropriées et fiables pour un diagnostic rapide et un traitement d'éventuelles complications. Le personnel de santé formé comprend les médecins, les infirmiers(es) et les sages-femmes.

Le tableau 39 indique qu'au cours des 12 derniers mois, seulement 16% des mères ont bénéficié, au moment de l'accouchement, de l'assistance d'un personnel formé de la santé : 15% avec l'aide d'une sage-femme ou d'une infirmière et 1% avec l'aide d'un médecin. Toutefois les matrones ont assisté 29% des accouchements tandis que les acoucheuses traditionnelles non-formées le sont dans 25% des cas. Plus du cinquième des mères a été assisté par des amis ou parents (21%). Par contre, 8% des femmes ont accouché sans aucune assistance.

Tableau 39 : Assistance à l'accouchement des femmes ayant une naissance l'année dernière

Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant une naissance l'année dernière selon le type personnel ayant assisté à l'accouchement, MICS2 Niger 2000

	Personne assistant à l'accouchement									
Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière/ sage-femme	Matrone/ accoucheuse traditionnelle formée	Accou-cheuse tradition-nelle non-formée	Parents/ amis	Autres/ ND	Pas d'as-sistance	Total	Personnel formé	Effectif des femmes
Région de résidence										
Agadez	0,5	20,8	4,6	2,1	59,6	5,5	7,0	100,0	21,3	216
Agadez CU	0,8	53,6	4,9	2,9	35,5	1,6	0,8	100,0	54,4	45
Diffa	-	43,0	24,4	27,3	5,4	-	-	100,0	43,0	11
Dosso	-	16,3	22,3	10,9	38,1	-	12,4	100,0	16,3	198
Maradi	1,2	12,6	24,5	47,4	10,2	2,2	1,9	100,0	13,9	356
Tillaberi	1,0	14,9	11,3	9,3	41,6	-	21,8	100,0	15,9	209
Tahoua	-	8,9	54,5	16,5	15,6	2,8	1,7	100,0	8,9	258
Zinder	-	3,7	35,8	37,0	8,8	4,5	10,2	100,0	3,7	234
Niamey	6,0	71,7	6,6	-	4,8	1,2	9,6	100,0	77,7	49
Milieu de résidence										
Niamey	6,0	71,7	6,6	-	4,8	1,2	9,6	100,0	77,7	49
Autres villes	0,8	58,1	8,0	6,7	22,0	2,0	2,3	100,0	59,0	113
Ensemble urbain	2,4	62,2	7,6	4,7	16,8	1,7	4,5	100,0	64,7	162
Rural	0,5	8,6	31,3	28,0	21,0	2,0	8,6	100,0	9,1	1 198
Groupe d'âge										
15-19	0,2	15,1	27,7	30,0	16,9	2,5	7,6	100,0	15,3	191
20-24	1,0	13,2	32,2	24,0	24,2	1,0	4,5	100,0	14,1	336
25-29	0,1	18,4	27,1	25,2	21,6	1,0	6,6	100,0	18,5	325
30-34	0,8	13,3	28,1	24,8	21,1	3,5	8,5	100,0	14,1	231
35-39	2,0	16,1	27,7	23,3	15,9	2,7	12,4	100,0	18,1	192
40-44	0,5	14,7	19,4	26,3	14,5	3,7	20,8	100,0	15,3	59
45-49	-	2,3	35,1	23,3	26,6	-	12,7	100,0	2,3	26
Niveau d'instruction										
Aucun	0,7	11,3	27,4	27,8	22,1	1,9	8,9	100,0	12,0	1 097
Primaire	0,9	31,8	35,2	12,5	15,3	0,2	4,1	100,0	32,7	131
Secondaire	3,0	72,4	12,2	-	3,4	-	9,0	100,0	75,4	30
Programme non-formel	-	16,9	35,9	21,8	14,5	5,9	4,9	100,0	16,9	102
Ensemble	0,7	15,0	28,5	25,3	20,5	2,0	8,1	100,0	15,7	1 360

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 11

Au niveau régional, l'assistance à l'accouchement par un personnel formé est peu fréquente dans pratiquement toutes les régions (avec des proportions variant de 4% dans la région de Zinder et de 9% à Tahoua à 21% dans la région d'Agadez). Par contre à Niamey, plus des trois quarts des accouchements (78%) ont été assistés par un personnel formé de la santé. Dans les autres villes, cette proportion est estimée à 59% contre 9% en milieu rural. De même, les femmes non-instruites sont moins nombreuses à bénéficier de cette assistance (12% contre 32% chez celles ayant le niveau d'instruction primaire et 75% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus). Du point de vue de l'âge, les femmes de 45-49 ans sont moins assistées par ce type de personnel (2% contre plus de 10% chez les femmes plus jeunes).

CHAPITRE 11

AUTRES DROITS DES ENFANTS

La convention internationale sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a le droit d'avoir un nom et une nationalité, et le droit de protection contre toute privation de son identité. L'enregistrement à l'état civil constitue un moyen fondamental pour la protection de ces droits pour les enfants.

11.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES VIVANTES À L'ÉTAT CIVIL

Selon les données de l'enquête, parmi les enfants de moins de cinq ans seulement 45% ont été enregistrés à l'état civil. Cette proportion varie de 38% chez les enfants de 0-5 mois à 49% chez ceux âgés de 48-59 mois. Selon le sexe de l'enfant, le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil varie peu (47% pour les garçons contre 44% pour les filles). Si en milieu urbain, 85% des enfants sont enregistrés à l'état civil, en milieu rural moins de la moitié l'est (40%). Sur le plan régional, on note des faibles taux d'enregistrement des naissances à l'état civil dans pratiquement toutes les régions (variant de 29% dans la région de Zinder à 45% dans la région de Tahoua). Par contre, dans la région de Dosso, 61% des enfants sont enregistrés à l'état civil et dans la capitale, ils sont 91% à l'être. De même, le taux d'enregistrement à l'état civil est important pour les enfants dont la mère est instruite (89% lorsque la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus et 71% lorsqu'elle a le niveau d'instruction primaire contre 40% lorsque la mère n'est pas instruite et 55% lorsqu'elle n'a poursuivi qu'un programme non-formel d'éducation).

Tableau 40 : Enregistrement des enfants à l'état civil

Répartition (en %) des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non-enregistrement, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Naissance enregistrées	La naissance n'est pas enregistrée parce que : Coûte trop cher	Doit se déplacer très loin	Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée	En retard, ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas où l'enregis-trer	Autre	Ne sait pas	Total	Effectif d'enfants
Sexe										
Masculin	47,0	1,7	32,9	10,6	1,5	4,0	37,4	11,9	100,0	2 632
Féminin	43,8	1,6	31,3	10,4	1,9	5,2	38,0	11,6	100,0	2 442
Région										
Agadez	40,9	3,6	42,4	7,7	0,4	8,1	27,4	10,5	100,0	996
Agadez CU	82,2	13,5	20,0	2,8	2,8	6,5	35,9	18,6	100,0	185
Diffa	47,6	0,0	19,0	14,3	0,0	0,0	52,4	14,3	100,0	58
Dosso	60,8	0,9	10,4	3,5	3,5	0,5	80,5	0,7	100,0	752
Maradi	40,5	0,6	27,3	10,6	0,8	1,9	44,7	14,0	100,0	1 378
Tillaberi	36,4	5,6	40,4	22,0	3,5	3,4	22,9	2,3	100,0	804
Tahoua	45,3	0,2	49,8	7,8	1,7	5,6	23,7	11,1	100,0	920
Zinder	28,8	0,5	28,8	6,3	0,4	10,6	30,9	22,5	100,0	780
Niamey	90,5	8,9	4,4	8,9	6,7	8,9	33,3	28,9	100,0	199
Milieu de résidence										
Niamey	90,6	8,9	4,4	8,9	6,7	8,9	33,3	28,9	100,0	200
Autres villes	81,9	10,3	10,5	4,3	7,8	8,8	39,1	19,3	100,0	467
Ensemble urbain	84,6	10,1	9,6	5,1	7,7	8,8	37,9	20,9	100,0	667
Rural	39,6	1,4	32,8	10,7	1,5	4,4	37,7	11,5	100,0	4 409
Âge										
0-5 mois	38,0	1,9	27,8	11,7	1,6	3,9	39,9	13,2	100,0	606
6-11 mois	44,7	2,4	27,5	8,6	1,3	5,7	39,9	14,6	100,0	555
12-23 mois	46,1	0,7	36,0	8,6	1,6	3,8	38,7	10,6	100,0	915
24-35 mois	45,9	2,1	32,9	11,8	0,9	5,5	35,1	11,7	100,0	981
36-47 mois	46,1	1,5	30,0	11,6	2,0	5,1	38,2	11,7	100,0	1 027
48-59 mois	48,6	1,5	36,1	10,0	2,7	3,6	36,2	9,9	100,0	996
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge										
Aucun	40,4	1,6	34,1	10,5	1,8	5,0	35,5	11,5	100,0	4 104
Primaire	71,4	3,1	32,4	12,6	2,0	2,5	29,2	18,1	100,0	445
Secondaire	88,5	0,0	20,4	0,0	0,0	0,0	73,1	6,5	100,0	130
Programme non-formel	54,5	0,6	6,5	10,4	0,0	0,8	70,8	10,9	100,0	397
Ensemble des enfants	45,4	1,6	32,1	10,5	1,7	4,6	37,8	11,7	100,0	5 080

Indicateur de suivi sur les droits de l'enfant

Trois raisons principales sont indiquées par les mères et les personnes à charge des enfants pour le non-enregistrement des naissances à l'état civil. Il est possible d'améliorer nettement l'enregistrement des naissances à l'état civil au Niger, si on joue sur deux de ces principales raisons qui ont été indiquées :

- l'éloignement du centre d'enregistrement (32%); c'est donc l'insuffisance et l'inaccessibilité des centres d'état civil qui est une des causes principales du non-enregistrement des naissances des enfants selon près d'un tiers des mères et/ou personnes à charge;

- la méconnaissance qu'il fallait enregistrer les naissances à l'état civil (11%) et dans une moindre mesure la méconnaissance du lieu où il faut enregistrer les naissances (5%).

Ces deux raisons combinées, expliquent près de la moitié (47%) du non-enregistrement des enfants à l'état civil.

11.2 ORPHELINAT ET ARRANGEMENTS ALTERNATIFS DE VIE

Les enfants orphelins ou ne vivant pas avec leurs parents peuvent courir des risques élevés d'appauvrissement, de discrimination, de refus des droits d'appartenance et d'héritage ainsi que plusieurs formes d'abus, de négligence, et d'exploitation de leur travail ou de leur sexualité. Le suivi du niveau d'orphelinat et d'arrangement résidentiel de ces enfants pourrait aider à identifier ceux qui sont à risques et prendre des mesures appropriées.

L'enquête MICS2 a collecté des informations permettant de mesurer la proportion des enfants orphelins et/ou en garde et d'identifier avec qui ils vivent pour leur garantir la jouissance de leurs droits (tableau 41).

Tableau 41 : Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Pourcentage des enfants de 0-14 ans ne vivant pas avec les parents biologiques, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Statut de résidence des enfants													Effectif des enfants
		Ne vit avec aucun des parents				Vit avec la mère		Vit avec le père						
	Vit avec les deux parents	Seul le père est en vie	Seul la mère est en vie	Les deux sont en vie	Les deux sont décèdes	Le père est en vie	Le père est décédé	La mère est en vie	La mère est décédé	Impossible de déterminer	Total	Ne vit avec un parent biologique	Un ou les deux parents sont décèdes	
Sexe														
Masculin	84,2	0,7	0,9	4,8	0,1	3,3	1,2	2,5	1,5	0,8	100,0	6,5	4,5	6 416
Féminin	81,0	0,8	1,0	8,2	0,2	4,3	1,6	1,2	0,9	0,8	100,0	10,2	4,5	6 266
Région														
Agadez	76,5	0,7	0,4	4,9	0,2	9,3	2,6	3,3	0,7	1,3	100,0	6,3	4,7	2 500
Agadez CU	76,3	0,9	0,4	4,6	0,1	10,5	2,4	3,5	0,3	1,1	100,0	6,0	4,1	515
Diffa	82,2	0,4	0,4	9,5	-	2,7	1,8	1,5	0,7	0,9	100,0	10,2	3,3	155
Dosso	84,4	0,6	1,3	5,8	0,2	3,3	1,3	1,4	1,4	0,3	100,0	8,0	4,8	2 114
Maradi	86,3	0,7	0,6	5,9	0,1	1,5	1,3	2,1	0,9	0,6	100,0	7,2	3,6	3 034
Tillaberi	81,4	1,1	1,2	6,0	0,1	4,9	0,8	1,8	1,4	1,2	100,0	8,5	4,7	2 186
Tahoua	82,9	0,6	1,0	3,7	0,3	5,7	2,1	1,3	1,4	0,9	100,0	5,6	5,5	2 246
Zinder	79,4	0,8	0,9	11,8	0,1	1,6	1,1	2,1	1,2	1,1	100,0	13,6	4,0	1 849
Niamey	75,5	1,0	1,5	8,0	0,1	7,6	2,3	2,3	0,6	1,0	100,0	10,6	5,6	584
Milieu de résidence														
Niamey	75,5	1,0	1,5	8,0	0,1	7,6	2,3	2,3	0,6	1,0	100,0	10,6	5,6	584
Autres villes	75,2	0,6	1,1	6,9	0,2	8,3	2,7	3,4	0,5	1,0	100,0	8,8	5,1	1 296
Ensemble urbain	75,3	0,7	1,2	7,2	0,2	8,1	2,6	3,1	0,6	1,0	100,0	9,4	5,3	1 880
Rural	83,9	0,8	0,9	6,3	0,2	3,0	1,2	1,6	1,3	0,8	100,0	8,2	4,4	10 803
Âge														
0-4 ans	87,7	0,4	0,2	4,7	0,0	4,6	0,7	0,9	0,2	0,6	100,0	5,3	1,5	5 450
5-9 ans	81,0	0,9	1,4	7,4	0,2	3,4	1,4	2,5	1,5	0,5	100,0	9,8	5,3	4 172
10-14 ans	75,6	1,2	1,9	8,4	0,4	2,9	2,9	2,7	2,5	1,6	100,0	11,8	8,8	3 061
Ensemble des enfants	82,6	0,8	1,0	6,5	0,2	3,8	1,4	1,8	1,2	0,8	100,0	8,4	4,5	12 682

Indicateur de suivi des droits des enfants

Selon les résultats de l'enquête, il y a près de 9% des enfants qui ne vivent avec aucun des deux parents biologiques, et dans la plupart des cas les deux parents sont en vie (7%). En effet, le taux d'orphelinat est relativement faible au Niger (0,2%). Par rapport au sexe de l'enfant, on note une proportion plus importante de filles ne vivant pas avec les deux parents que de garçons (10% contre 7%).

Sur le plan régional, la proportion d'enfants ne vivant avec aucun des parents est particulièrement importante dans les régions de Zinder et de Niamey ou elle atteint respectivement 14% et 11% contre moins de 10% dans les autres régions. On note, par ailleurs que le phénomène de séparation des enfants avec leurs deux parents biologiques est plus prononcé à Niamey que dans les autres villes ou en milieu rural (11% contre respectivement 9% et 8%). Plus l'âge avance, plus le pourcentage d'enfants ne vivant avec les deux parents est important (de 5% chez les enfants de 0-4 ans, il passe à 10% chez ceux de 5-9 ans pour, enfin, atteindre 12% chez ceux âgés de 10-14 ans).

11.3 TRAVAIL DES ENFANTS

Il est important d'évaluer l'ampleur du travail des enfants ainsi que le type travail qu'ils font pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent ont moins de chance d'aller à l'école et, au cas échéant, courent un risque élevé d'abandonner les classes. Ceci peut entraîner les enfants dans un cycle de pauvreté et de désavantage. Les conditions de travail des enfants sont souvent non-réglementées avec peu de protection contre les abus. En plus, plusieurs types de travail sont intrinsèquement dangereux et nuisibles aux enfants, comme l'exposition aux engrais dans le cadre d'un travail agricole, le port d'objets lourds et l'intoxication au niveau des ordures.

La MICS2 a collecté des informations sur le travail des enfants de 5-14 ans. Il est considéré comme travail, lorsque l'enfant effectue un travail rémunéré ou non pour une personne extérieure du ménage, un travail domestique pour quatre heures ou plus ou un travail dans un champ ou dans les affaires familiales. Au cours de la semaine précédant l'enquête, parmi les enfants de 5-14 ans, 70% ont effectué un travail quelconque. Au cours de la semaine précédant l'enquête, parmi les enfants de 5-14 ans, 42% ont effectué un travail pour une personne extérieure du ménage. Cependant, ce travail n'était rémunéré que dans 3% des cas. Le travail rénuméré est particulièrement assez important chez les enfants de Niamey et de Maradi (respectivement 5% et 4% contre à peine 2% dans les autres régions). Lorsqu'on considère le travail non-rémunéré des enfants, la région de Maradi vient en tête avec près des deux tiers des enfants (66%), suivie de Zinder (42%) et de Tahoua (35%). Le pourcentage le plus faible d'enfants de 5-14 ans travaillant pour une personne extérieure du ménage est observé dans la région de Tillaberi (25%). Dans toutes les régions, parmi les enfants qui travaillent, une très faible proportion est rémunérée.

La MICS2 a également collecté des informations sur le travail domestique des enfants (faire la cuisine, aller au marché, faire la vaisselle, faire le linge, puiser de l'eau, garder les enfants, etc.). Au moment de l'enquête, 71% des enfants de 5-14 ans ont effectué un travail domestique pour moins de quatre heures alors que 17% l'ont effectué pour plus de quatre heures. Selon le sexe de l'enfant, les garçons ont effectué plus de travail domestique pour moins de quatre heures (74% contre 68%), les filles ont plus effectué ce travail pour plus de quatre heures (24% contre 10%). Sur le plan régional, le travail domestique pour une durée inférieure à quatre heures est important dans toutes les régions (variant de 61% dans la région de Zinder à 76% dans la région de Maradi). Par contre les enfants de la région de Zinder sont plus nombreuses à effectuer un travail domestique pour une durée supérieure à quatre heures (24% contre moins de 20% dans les autres régions et 7% à Niamey).

Tableau 42 : Travail des enfants de 5-14 ans

Pourcentage des enfants de 5-14 ans qui travaillent actuellement, MICS2 Niger 2000

Caractéristique socio-démographique	Travail rémunéré	Travail non-rémunéré	Travail domestique : <4 heures/jour	Travail domestique : 4 heures ou plus/jour	Travail dans un champ ou affaire de famille	Travaille actuel-lement	Effectif des enfants
Sexe							
Masculin	3,1	39,9	73,8	9,7	52,3	73,4	3 595
Féminin	1,9	39,7	67,6	23,7	35,3	66,9	3 637
Région							
Agadez	2,6	32,5	68,8	9,6	29.7	58,6	1 487
Agadez CU	3,2	36,3	74,2	4,9	12,3	48,6	318
Diffa	0,0	49,4	44,1	43,5	32,0	76,3	95
Dosso	2,3	28,9	75,5	19,9	72,8	80,8	1 273
Maradi	4,4	65,8	76,1	16,1	49,5	83,3	1 585
Tillaberi	1,3	24,5	68,9	18,2	28,1	53,7	1 299
Tahoua	1,6	34,9	68,9	12,3	52,4	74,8	1 291
Zinder	1,5	42,2	60,7	24,3	31,0	66,7	1 097
Niamey	5,4	32,8	69,6	6,5	8,5	46,7	370
Milieu de résidence							
Niamey	5,4	32,8	69,6	6,5	8,5	46,7	370
Autres villes	3,6	35,1	72,9	13,2	20,9	56,2	794
Ensemble urbain	4,2	34,4	71,8	11,1	17,0	53,1	1 164
Rural	2,2	40,8	70,5	17,8	48,9	73,4	6 069
Âge							
5-9 ans	1,5	37,8	76,0	8,5	32,5	60,9	4 172
10-14 ans	3,9	42,6	63,4	28,0	59,0	82,6	3 061
Ensemble des enfants	2,5	39,8	70,7	16,7	43,7	70,1	7 232

Indicateur de suivi des droits des enfants

RÉFÉRENCES

Anipah, K., G. Mboup, A.M. Ouro-Gnao, B. Boukpessi, P.A. Messan, et R. Salami-Odjo. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Togo 1998.* Calverton, Maryland, USA : Direction de la Statistique [Togo] et Macro International Inc.

Brass, W. 1975. *Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data.* Chapel Hill, North Carolina, USA: Carolina Population Center, Laboratories for Population Statistics.

Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN). 1999. *Cartographie de 1998 du Prochain Recensement Général de la Population.* Niamey, Niger : Ministère du Plan.

Coale, A. J. et P. Demeny. 1966. *Regional model life tables and stable populations.* Princeton, New Jersey, USA: Princeton University Press.

Comité Interministériel (République du Niger), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). 1996. *Enquête à Indicateurs Multiples, Multiple Indicator Cluster Sample Survey (MICSS).* Niamey, Niger.

Delpeuch, F. 1991. Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. Dans *Atelier sur la surveillance nutritionnelle en Afrique de l'Ouest : méthodologie des enquêtes nutritionnelles.* Documents de travail. Dakar, Sénégal : ORANA, ORSTOM et OMS.

Direction des Études et Programmes (Républiqe du Niger). 1996. *Synthèse des rapports des rentrées scolaires 1994/1995.* Niamey, Niger : Ministère de l'Éducation Nationale.

Kodjogbé, N., G. Mboup, J. Tossou, et al. 1997. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 1996.* Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statitique et de l'Economie Appliquée [Bénin] et Macro International Inc.

Kourguéni, I.A., B. Garba et B. Barrère. 1993. *Enquête Démographique et de Santé, Niger, 1992.* Columbia, Maryland : Ministère des Finances et du Plan [Niger] et Macro International Inc.

Nations Unies. 1984. *Manuel X. Techniques indirectes d'estimation démographique.* New York, USA.

Ndiaye, S., M. Ayad et A. Gaye. 1997. *Enquête démographique et de santé au Sénégal, 1997.* Calverton, Maryland, USA : Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan [Sénégal] et Macro International Inc.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF. 1990. *L'allaitement dans les années 1990 : une initiative globale.* Innocenti, Florence.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Expanded Programme on Immunization, Training for Mid Level Managers. 1991. *The EPI Coverage Survey.* Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1994. *Nutrition des jeunes enfants.* Resolution 47.5 de la 47ème Assemblée Mondiale pour la Santé. Genève : OMS.

République du Niger. 1995. Arrêté interministériel no. 61/MDI/CAT/MSP/MPF du 4 octobre 1995 réglementant la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé au Niger.

Sabine A., M. Seroussi, A. I. Kourguéni, H. Koché et B. Barrère. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Niger, 1998.* Calverton, Maryland, USA : CARE International [Niger] et Macro International Inc.

Sullivan, J. M. 1975. Models for the estimation of the probability of dying between birth and exact ages of early childhood. *Population Studies* 26(1) : 79-97.

Sullivan, J. M., G.T. Bicego, et S.O. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. Dans *An Assessment of DHS-I Data Quality*, DHS Methodological Reports No. 1, pp. 113-114. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

Trussel T. J., 1975. A re-estimation of the multiplying factors for the Brass technique for determining childhood survivorship rates. *Population Studies* 29(1) : 97-108.

UNICEF, Division de l'evaluation, des politiques et de la planification et division des programmes. 2000. *Manuel sur l'Enquête a Indicateur Multiple : Resultats de la fin de la decennie. Suivi des progres accomplis vers la realisation des objectifs du sommet mondial pour les enfants*. New York, USA : UNICEF.

ANNEXE 1

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE 1

PLAN DE SONDAGE

1. INTRODUCTION

La deuxième enquête sur les indicateurs multiples (MICS2) du Niger a pour but de fournir des indicateurs qui reflètent les objectifs du Sommet mondial pour les enfants (SME). Elle fournira principalement des informations sur la santé, l'état nutritionnel, la scolarisation et le travail des enfants, la mortalité infantile et infanto-juvénile, la prévalence contraceptive, et sur le sida. L'enquête MICS2 est une enquête par sondage qui a pour populations cibles les ménages, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants de différents groupes d'ages vivant au Niger. Les principaux domaines d'étude de l'enquête MICS2 sont la capitale Niamey, l'ensemble des autres villes et le milieu rural. Les résultats de l'enquête seront aussi présentés pour certaines régions ou groupes de régions du Niger.

Une enquête de base (EB) dans 12 départements du Niger collectera des données sur l'accès aux media, l'alphabétisation fonctionnelle et le statut socio-économique des ménages en plus des informations fournies par l'enquête MICS2. Pour une combinaison harmonieuse, la MICS2 et l'EB ont finalement le même questionnaire. On cherchera également à développer un plan de sondage permettant de tirer à profit la combinaison des deux enquêtes.

2. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de l'enquête MICS2 du Niger est un échantillon probabiliste qui est représentatif sur le plan national; les populations nomades étant exclues. Sa taille doit être suffisamment grande pour mesurer, de manière fiable, les objectifs fixés du SME.

Le calcul de la taille de l'échantillon à l'aide d'une formule mathématique, nécessite que certains facteurs soient spécifiés et, que pour d'autres, des hypothèses soient posées ou les résultats d'enquêtes précédentes ou similaires soient utilisés. Ces facteurs sont les suivants :

- La précision ou la marge d'erreur recherchée
- Le niveau de confiance souhaité
- La proportion de la population estimée (ou connue) dans un groupe cible donné
- Le taux de couverture prévu ou anticipé ou la prévalence d'un indicateur donné
- L'effet du plan de sondage
- La taille moyenne du ménage
- Un ajustement pour les non-réponses potentielles.

Certains de ces facteurs variant selon l'indicateur, il nous faut choisir, à l'instar des recommendations du modèle standard d'échantillonnage des MICS2, la population cible qui représente une petite proportion de la population totale, et l'indicateur ayant un faible taux de couverture pour cette même population cible.

La deuxième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Niger en 1998 (EDSN-98) a estimé à environ 4,2% la proportion des enfants de 12-23 mois. Cependant, il faut signaler que cette proportion est légèrement sous estimée car l'EDSN-98 exclue les enfants de 12-23 mois dont les mamans ne vivent pas dans le ménage. Nous supposerons que les enfants 12-23 mois représentent environ 5% de la population.

Pour ces enfants, l'EDSN-98 a donné :

- proportion d'enfants 12-23 mois — s = 5%
- taux de vaccination contre le DTCoq (le plus faible) — p = 24%
- taille moyenne du ménage — t = 5,9
- effet de grappe — d = 1,5
- taux de réponse (ménages) — r = 93%
- marge d'erreur — e = 3%

En utilisant la formule suivante (annexe 7 du manuel pour les enquêtes MICS2)

$$n = \frac{4 \times p \times (1-p) \times d}{t \times s \times r \times e^2}$$

la taille de l'échantillon est :

$$n = \frac{4 \times 0{,}24 \times (1-0{,}24) \times 1.5}{(0{,}03)^2 \times 5{,}9 \times 0{,}05 \times 0{,}93} \cong 4432$$

Dans le cadre de la présente enquête, cette taille approximative sera ramenée à 4 500 ménages.

3. BASE DE SONDAGE

Pour déterminer la base de sondage adéquate pour l'enquête MICS2 qui sera combinée avec l'enquête de base, trois possibilités sont examinées.

L' EDSN-98 couvre la population sédentaire du Niger estimée à près de 95% de la population et a pour domaines d'étude le groupe de départements d'Agadez et Tahoua, le groupe de départements de Diffa et Zinder, la capitale Niamey et les départements de Dosso, Maradi, Tillabéri (Niamey exclus). Le fichier des zones de dénombrement (ZD) créées en 1987/1988 pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988(RGPH-88) et les 36 ZD formant les zones d'extention de Niamey entre 1988 et 1998 a servi de base de sondage pour l'EDSN-98.

L'échantillon de l'EDSN-98 est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. A l'exception de la capitale Niamey qui est entièrement en milieu urbain, chaque domaine d'étude a été stratifié en urbain et rural; au total l'EDSN-98 contient 11strates. Après avoir classé la liste des ZD par ordre géographique (les ZD au sein de chaque canton, commune ou centre urbain, les cantons/communes/centres urbains au sein de l'arrondissement et les arrondissements au sein du département), 268 ZD ont été sélectionnées au premier degré avec une probabilité proportionnelle à la taille; la taille étant le nombre de ménage dans la ZD. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces ZD a fourni une liste de ménages à partir de laquelle un échantillon de ménages a été tiré au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, les grandes ZD ont été divisées en plusieurs segments dont un seul a été retenu dans l'échantillon.

Dans le cadre de la réalisation du troisième recensement de la population et de l'habitat, le Bureau Central du Recensement a procédé en 1998 à un découpage du territoire national en de nouvelles zones de dénombrement. Bien qu'elle ne soit pas documentée de façon systématique, la délimitation de ces nouvelles ZD n'a pas toujours tenu compte des limites des anciennes ZD créées pour les besoins du RGPH-88. Par exemple, une ZD du RGPH-88 peut avoir été éclatée entre une ou plusieurs ZD créées en 1998. Cependant, les limites des ZD sont toujours situées à l' intérieur d'un même canton aussi bien pour le RGPH-88 que pour l'opération de découpage réalisée en 1998. La liste des cantons est restée la même entre 1988 et 1998.

Les trois possibilités suivantes sont envisageables pour déterminer une base de sondage pour les 2 enquêtes.

(1) Utiliser l'échantillon de l'EDSN-98 comme base de sondage pour l'enquête MICS2, et la liste des nouvelles ZD créées en 1998 pour tous les cantons du pays comme base de sondage pour l'enquête de base.

(2) Utiliser l'échantillon de l'EDSN-98 comme base de sondage pour l'enquête MICS2. Pour l'enquête de base, la base de sondage sera la liste des ZD de 1988 pour les cantons dans lesquels l'EDSN-98 a sélectionné des grappes, et des ZD de 1998 pour les cantons dans lesquels l'EDSN-98 n'a pas retenu de grappes.

(3) Utiliser la liste des ZD créées en 1998 comme base de sondage pour l'enquête de base. La base de sondage pour l'enquête MICS2 sera une combinaison de la liste des ZD créées en 1998 pour les départements concernés par l'enquête de base, et du sous-échantillon de l'EDSN-98 correspondant aux autres départements.

La première possibilité présente un double avantage. En effet, les objectifs de l'EDSN-98 étant assez voisins de ceux de l'enquête MICS2, l'échantillon de l'EDSN-98 constitue parfaitement une bonne base de sondage pour l'enquête MICS2, et son utilisation permet d'avoir les unités primaires de sondage déjà tirées, et la liste récente des ménages qui est aussi disponible. Egalement, compte tenu de la délimitation récente des zones de dénombrement créées en 1998, une opération de cartographie n'est pas nécessaire pour l'enquête de base. Cependant, le choix de la première possibilité ne permettra pas aux 2 enquêtes d'avoir des grappes communes compte tenu du chevauchement des limites entre les ZD de 1988 et celles de 1998.

Quant à la deuxième possibilité, elle permettra d'inclure dans l'échantillon de l'EB toutes les grappes tirées pour l'enquête MICS2 et de sélectionner des grappes supplémentaires à partir de la liste des nouvelles ZD de 1998. Mais des ZD de 1988 autres que celles tirées par l'EDSN-98 seront aussi sélectionnées et exigeront donc un travail énorme de délimitation des ZD de 1988. Un travail de cartographie entraine des coûts supplémentaires et un retard pour la collecte des données.

La troisième possibilité offre l'avantage d'utiliser la cartographie récente de 1998 et d'obtenir en même temps des grappes communes aux 2 enquêtes. Cependant, comme prévu initialement, une opération de dénombrement des ménages s'effectuera dans toutes les nouvelles ZD sélectionnées. Ceci n'aura pas d'impact budgétaire pour l'enquête MICS2 car les ZD de 1998 qui seront retenues pour l'enquête MICS2 sont aussi sélectionnées pour l'EB. Cette dernière possibilité semble également être la mieux adaptée vu les délais courts dans lesquels les 2 enquêtes doivent être réalisées. Par conséquent, nous opterons pour cette combinaison.

Le tableau suivant montre la distribution du nombre de ZD sélectionnées par l'EDSN-98.

Tableau 1 : Nombre de ZD dans l'EDSN-98

Niamey		40	
Autres villes		50	100,0%
	Départements EB	23	46,0%
	Autres départements	27	54,0%
Rural		178	100,0%
	Départements EB	53	29,8%
	Autres départements	125	70,2%
Niger		268	

4. RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON

Le tableau suivant donne la répartition de la population sédentaire du Niger en 1998.

Tableau 2 : Population estimée en 1998 (RGPH-98) – sans les nomades

	Population	Pourcentage	
Niamey	591 699		5,2%
Autres villes	**1 271 232**	**100,0%**	**11,3%**
Départements EB	518 394	40,8%	
Autres départements	752 838	59,2%	
Rural	**9 418 359**	**100,0%**	**83,5%**
Départements EB	2 926 088	31,1%	
Autres départements	6 492 271	68,9%	
Ensemble urbain	1 862 931		16,5%
Niger	**11 281 290**		**100,0%**

Une répartition proportionnelle du nombre de ménages à sélectionner permettrait d'obtenir un échantillon auto-pondére au niveau national, mais alloue seulement 234 ménages à la capitale Niamey et 508 ménages à l'ensemble des autres villes. Les tailles relativement faibles de ces sous-échantillons ne permettraient pas des analyses approfondies au niveau de ces 2 domaines d'études. Donc un taux de sondage plus élevé sera affecté à Niamey et aux autres villes. L'échantillon de ménages a été réparti entre les domaines d'étude proportionnellement à la racine carrée de l'effectif de la population.

Tableau 3 : Allocation proposée de l'échantillon

	Nombre		ZD	
	Ménages	Femmes	MICS2	EDSN-98
Niamey	**800**	**1 131**	**40**	**40**
Autres villes	**1 000**	**1 284**	**50**	**50**
Départements EB	500	642	25	25
Autres départements	500	642	25	25
Rural	**2 700**	**3 051**	**108**	**178**
Départements EB	839	948	34	62
Autres départements	1 861	2 103	74	116
Niger	4 500	5 466	198	268
Départements EB	**1 339**	**1 590**	**59**	

Le nombre attendu de femmes 15-49 ans est le produit du nombre de ménages, du nombre moyen de femmes 15-49 ans par ménage et des taux de réponse pour les femmes et les ménages. D'après les résultats de

l'EDSN-98, il y a respectivement 1,53, 1,43 et 1,27 femme 15-49 ans par ménage à Niamey, dans les autres villes et en milieu rural. Les taux de réponse pour les femmes et les ménages sont respectivement de 98% et 94% pour Niamey, 97% et 93% pour les autres villes, et, 96% et 93% pour le milieu rural.

Le nombre de grappes à tirer dépend du nombre de ménages à enquêter dans chaque grappe. On entend par grappe l'unité de sondage aréolaire finale retenue pour l'enquête. Dans le cadre de l'EDSN-98, la grappe correspond généralement à la zone de dénombrement (ZD). Dans le cas des grandes ZD, la grappe correspond au segment retenu dans la ZD. A l'instar de l'EDSN-98, le nombre de ménages à enquêter dans chaque grappe sera en moyenne de 20 en milieu urbain et 25 en milieu rural. Après avoir reclassé par ordre géographique les grappes de l'EDSN-98 (les grappes au sein de chaque canton, commune ou centre urbain, les cantons/communes/centres urbains au sein de l'arrondissement et les arrondissements au sein du département), 99 grappes ont été sélectionnées à partir de l'EDSN-98 dans les départements qui ne sont pas concernés par l'enquête de base. Dans les départements ou l'enquête de base se fera, 59 grappes ont été sélectionnées à partir de la liste des nouvelles ZD créées en 1998. Les 40 grappes sélectionnées à Niamey par l'EDSN-98 ont toutes été retenues. Au total, l'enquête MICS2 s'effectuera dans 198 grappes.

Au deuxième degré, le tirage systématique des ménages se fera à partir des listes de ménages établies dans les grappes de l'EDSN-98 en 1998 et des nouvelles listes de ménages issues de l'opération de dénombrement dans les nouvelles ZD.

5. DISTRIBUTION RÉGIONALE DE L'ÉCHANTILLON

Le tableau 4 présente la distribution par région des 198 grappes sélectionnées. Il ressort de ce tableau que l'enquête pourra produire des indicateurs pour toutes les régions du Niger à l'exception de Diffa qui représente une faible proportion de la population du pays. Pour présenter des résultats pour cette région, il est nécessaire d'augmenter considérablement la taille de l'échantillon et de beaucoup la sur-échantillonner; ce qui affecterait la précision des estimations au niveau national. Si l'on décide d'augmenter la taille de l'échantillon, il sera alors nécessaire d'utiliser une autre base de sondage pour la sélection de grappes supplémentaires pour cette région car l'EDSN-98 contient au total 4 grappes pour Diffa.

Tableau 4 : Distribution par région des nombres de ZD

	Niamey	Tillaberi (Niamey exclus)	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Zinder
Nombre de grappes	40	25	16	3	27	35	27	25
Départements EB	0	0	12	0	0	25	0	22
Autres départements	40	25	4	3	27	10	27	3

6. PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage seront calculées séparément pour chaque strate et pour les deux degrés de sondage. On utilise les notations suivantes :

P_{0i} : probabilité d'inclusion dans l'EDSN-98 de la $i^{ème}$ grappe de la strate h
P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la $i^{ème}$ grappe de la strate h

P_{2hi}: probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{ème}$ grappe de la strate h

Cas des grappes sélectionnées à partir de l'EDSN-98

Soient a_h le nombre de grappes à tirer dans la strate h, A_h le nombre total de grappes dans la strate h. La probabilité d'inclusion de la $i^{ème}$ grappe de la strate h dans l'échantillon de l'enquête MICS2 est calculée de la manière suivante :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times P_{0i}}{A_h}$$

Au deuxième degré, on tirera un nombre b_{hi} de ménages à partir des L_i ménages dénombrés par l'équipe EDSN-98 dans la $i^{ème}$ grappe de la strate h. On a donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_i}$$

Cas des grappes sélectionnées à partir de la liste des nouvelles ZD créées en 1998

Soient a_h le nombre de ZD tirées dans la strate h, M_{hi} l'effectif de population de la $i^{ème}$ ZD dans la strate h et M_{hi} l'effectif total de population de la strate h. La probabilité d'inclusion de cette ZD dans l'échantillon est calculée de la manière suivante :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \, x \, M_{hi}}{\sum_i M_{hi}}$$

La probabilité de sondage au deuxième degré se calcule de la même manière que pour les grappes tirées à partir de l'EDSN-98.

Dans les 2 cas, le tirage des ménages se fera avec probabilité égale et le pas de tirage sera calculé de la manière suivante :

$$I_{hi} = \frac{1}{P_{2hi}}$$

À cause de la répartition non-proportionnelle de l'échantillon, des taux de pondération seront nécessaires pour assurer la représentativité de l'échantillon au niveau national.

ANNEXE 2

ERREURS DE SONDAGE

Erreurs de sondage (Echantillon national) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,172	0,006	5 664	5 663	1,268	0,037	0,159	0,185
SANS INSTRUCTION	0,846	0,009	5 664	5 663	1,896	0,011	0,828	0,864
SECONDAIRE OU PLUS	0,050	0,005	5 664	5 663	1,652	0,096	0,040	0,059
ENFANTS NES VIVANTS	4,212	0,046	5 664	5 663	1,001	0,011	4,120	4,304
ENFANTS SURVIVANTS	2,885	0,036	5 664	5 663	1,108	0,012	2,814	2,957
ENTENDU PARLER SIDA	0,744	0,015	5 664	5 663	2,627	0,020	0,714	0,775
UN SEUL PARTENAIRE	0,457	0,015	5 664	5 663	2,205	0,032	0,427	0,486
UTILISATION DU CONDOM	0,299	0,014	5 664	5 663	2,350	0,048	0,271	0,328
ABSTINENCE	0,423	0,014	5 664	5 663	2,158	0,033	0,395	0,452
UTILISE CONTRACEPTION	0,140	0,007	4 329	4 744	1,389	0,052	0,125	0,154
UTILISE METH.MODERNE	0,044	0,004	4 329	4 744	1,338	0,095	0,035	0,052
UTILISE METH.TRADITI.	0,096	0,007	4 329	4 744	1,458	0,068	0,083	0,109
SOINS PRENATALS	0,406	0,027	1 228	1 355	1,952	0,067	0,351	0,461
ASSISTANCE ACCOU.	0,160	0,020	1 228	1 355	1,925	0,126	0,120	0,200
BCG	0,466	0,024	958	911	1,502	0,052	0,417	0,514
DTCOQ3	0,283	0,022	958	911	1,541	0,079	0,238	0,328
POLIO3	0,403	0,026	958	911	1,652	0,065	0,350	0,455
ROUGEOLE	0,355	0,025	958	911	1,585	0,069	0,306	0,404
TOUS LES VACCINS	0,217	0,022	958	911	1,624	0,100	0,174	0,260
DIARRHEE	0,399	0,011	5 080	5 049	1,612	0,028	0,377	0,421
SRO	0,141	0,010	1 848	2 013	1,295	0,074	0,120	0,162
TRO	0,376	0,016	1 848	2 013	1,451	0,043	0,343	0,409
IRA	0,118	0,007	5 080	5 049	1,504	0,058	0,104	0,132
SOINS IRA	0,269	0,031	568	596	1,652	0,114	0,208	0,331
MALADE	0,600	0,011	5 080	5 049	1,656	0,019	0,578	0,623
FIEVRE	0,414	0,011	5 080	5 049	1,607	0,027	0,392	0,437

Erreurs de sondage (Echantillon urbain) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU	1,000	0,000	2 518	975	****	0,000	1,000	1,000
SANS INSTRUCTION	0,522	0,022	2 518	975	2,232	0,043	0,478	0,567
SECONDAIRE OU PLUS	0,227	0,017	2 518	975	2,066	0,076	0,192	0,261
ENFANTS NES VIVANTS	3,111	0,053	2 518	975	0,843	0,017	3,004	3,218
ENFANTS SURVIVANTS	2,553	0,039	2 518	975	0,744	0,015	2,476	2,630
ENTENDU PARLER SIDA	0,950	0,008	2 518	975	1,918	0,009	0,933	0,967
UN SEUL PARTENAIRE	0,728	0,015	2 518	975	1,709	0,021	0,698	0,758
UTILISATION DU CONDOM	0,611	0,022	2 518	975	2,233	0,036	0,567	0,654
ABSTINENCE	0,642	0,014	2 518	975	1,486	0,022	0,613	0,670
UTILISE CONTRACEPTION	0,244	0,014	1 560	619	1,250	0,056	0,216	0,271
UTILISE METH. MODERNE	0,177	0,018	1 560	619	1,822	0,099	0,142	0,212
UTILISE METH. TRADITI.	0,068	0,009	1 560	619	1,356	0,128	0,050	0,085
SOINS PRENATALS	0,828	0,023	432	169	1,290	0,028	0,781	0,875
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,610	0,039	432	169	1,660	0,064	0,532	0,688
BCG	0,902	0,020	395	142	1,344	0,022	0,861	0,942
DTCOQ3	0,760	0,033	395	142	1,544	0,044	0,693	0,826
POLIO3	0,792	0,022	395	142	1,056	0,027	0,749	0,835
ROUGEOLE	0,678	0,031	395	142	1,305	0,045	0,617	0,739
TOUS LES VACCINS	0,595	0,033	395	142	1,340	0,056	0,529	0,661
DIARRHEE	0,277	0,015	1 887	687	1,455	0,054	0,247	0,307
SRO	0,287	0,023	513	190	1,134	0,079	0,242	0,332
TRO	0,458	0,021	513	190	0,934	0,045	0,417	0,499
IRA	0,094	0,009	1 887	687	1,370	0,098	0,076	0,112
SOINS IRA	0,619	0,040	179	65	1,093	0,064	0,539	0,699
MALADE	0,498	0,015	1 887	687	1,319	0,031	0,467	0,528
FIEVRE	0,266	0,015	1 887	687	1,439	0,055	0,237	0,295

Erreurs de sondage (Echantillon rural) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,000	0,000	3 146	4 688	*****	****	0,000	0,000
SANS INSTRUCTION	0,914	0,010	3 146	4 688	1,952	0,011	0,894	0,933
SECONDAIRE OU PLUS	0,013	0,004	3 146	4 688	2,136	0,331	0,004	0,022
ENFANTS NES VIVANTS	4,441	0,054	3 146	4 688	0,876	0,012	4,332	4,550
ENFANTS SURVIVANTS	2,955	0,043	3 146	4 688	1,003	0,014	2,869	3,040
ENTENDU PARLER SIDA	0,702	0,018	3 146	4 688	2,239	0,026	0,665	0,738
UN SEUL PARTENAIRE	0,400	0,017	3 146	4 688	1,977	0,043	0,366	0,435
UTILISATION DU CONDOM	0,234	0,017	3 146	4 688	2,188	0,071	0,201	0,267
ABSTINENCE	0,378	0,017	3 146	4 688	1,948	0,045	0,344	0,412
UTILISE CONTRACEPTION	0,124	0,008	2 769	4 124	1,300	0,066	0,108	0,140
UTILISE METH. MODERNE	0,023	0,004	2 769	4 124	1,315	0,161	0,016	0,031
UTILISE METH. TRADITI	0,101	0,007	2 769	4 124	1,293	0,074	0,086	0,115
SOINS PRENATALS	0,346	0,030	796	1 186	1,806	0,088	0,285	0,407
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,096	0,023	796	1 186	2,169	0,237	0,050	0,141
BCG	0,386	0,028	563	769	1,363	0,073	0,330	0,441
DTC0Q3	0,195	0,025	563	769	1,521	0,130	0,144	0,246
POLIO3	0,331	0,030	563	769	1,514	0,091	0,271	0,391
ROUGEOLE	0,295	0,028	563	769	1,470	0,096	0,239	0,352
TOUS LES VACCINS	0,148	0,024	563	769	1,631	0,165	0,099	0,196
DIARRHEE	0,418	0,013	3 193	4 362	1,447	0,030	0,393	0,443
SRO	0,125	0,011	1 335	1 823	1,237	0,089	0,103	0,148
TRO	0,368	0,018	1 335	1 823	1,361	0,049	0,332	0,404
IRA	0,122	0,008	3 193	4 362	1,339	0,064	0,106	0,137
SOINS IRA	0,227	0,034	389	531	1,576	0,148	0,160	0,294
MALADE	0,616	0,013	3 193	4 362	1,506	0,021	0,591	0,642
FIEVRE	0,438	0,013	3 193	4 362	1,441	0,029	0,412	0,463

Erreurs de sondage (Echantillon Agadez) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,810	0,155	470	220	8,550	0,191	0,500	1,120
SANS INSTRUCTION	0,609	0,053	470	220	2,333	0,086	0,504	0,714
SECONDAIRE OU PLUS	0,135	0,029	470	220	1,865	0,218	0,076	0,194
ENFANTS NES VIVANTS	3,418	0,126	470	220	0,858	0,037	3,166	3,670
ENFANTS SURVIVANTS	2,980	0,090	470	220	0,698	0,030	2,800	3,159
ENTENDU PARLER SIDA	0,941	0,024	470	220	2,204	0,026	0,893	0,989
UN SEUL PARTENAIRE	0,658	0,043	470	220	1,958	0,065	0,572	0,743
UTILISATION DU CONDOM	0,556	0,049	470	220	2,151	0,089	0,457	0,655
ABSTINENCE	0,592	0,025	470	220	1,093	0,042	0,542	0,641
UTILISE CONTRACEPTION	0,166	0,034	305	141	1,569	0,202	0,099	0,233
UTILISE METH. MODERNE	0,138	0,037	305	141	1,875	0,269	0,064	0,212
UTILISE METH. TRADITI	0,028	0,010	305	141	1,031	0,348	0,009	0,048
SOINS PRENATALS	0,784	0,046	97	47	1,089	0,058	0,692	0,875
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,520	0,073	97	47	1,430	0,140	0,374	0,666
BCG	0,962	0,018	95	43	0,919	0,019	0,925	0,998
DTCOQ3	0,863	0,056	95	43	1,566	0,064	0,751	0,974
POLIO3	0,855	0,047	95	43	1,286	0,055	0,762	0,948
ROUGEOLE	0,824	0,074	95	43	1,878	0,089	0,677	0,972
TOUS LES VACCINS	0,756	0,075	95	43	1,683	0,099	0,607	0,905
DIARRHEE	0,236	0,025	420	185	1,228	0,108	0,185	0,286
SRO	0,301	0,042	103	44	0,933	0,141	0,216	0,386
TRO	0,421	0,041	103	44	0,846	0,098	0,338	0,503
IRA	0,133	0,018	420	185	1,084	0,135	0,097	0,170
SOINS IRA	0,628	0,087	53	25	1,292	0,138	0,455	0,801
MALADE	0,485	0,026	420	185	1,055	0,053	0,433	0,536
FIEVRE	0,302	0,030	420	185	1,334	0,099	0,242	0,362

Erreurs de sondage (Echantillon Diffa) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,463	0,250	83	73	4,533	0,539	-0,036	0,962
SANS INSTRUCTION	0,674	0,103	83	73	1,995	0,153	0,467	0,880
SECONDAIRE OU PLUS	0,122	0,072	83	73	1,985	0,588	-0,022	0,265
ENFANTS NES VIVANTS	3,555	0,256	83	73	0,754	0,072	3,044	4,066
ENFANTS SURVIVANTS	2,877	0,250	83	73	0,875	0,087	2,378	3,377
ENTENDU PARLER SIDA	0,534	0,184	83	73	3,346	0,345	0,165	0,903
UN SEUL PARTENAIRE	0,354	0,171	83	73	3,244	0,484	0,011	0,696
UTILISATION DU CONDOM	0,346	0,165	83	73	3,140	0,477	0,016	0,676
ABSTINENCE	0,256	0,118	83	73	2,456	0,462	0,019	0,493
UTILISE CONTRACEPTION	0,059	0,037	63	60	1,237	0,627	-0,015	0,133
UTILISE METH. MODERNE	0,059	0,037	63	60	1,237	0,627	-0,015	0,133
UTILISE METH. TRADITI	0,000	0,000	63	60	****	****	0,000	0,000
SOINS PRENATALS	0,591	0,266	14	11	1,947	0,450	0,059	1,122
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,430	0,176	14	11	1,282	0,410	0,078	0,782
BCG	0,716	0,096	16	15	0,827	0,135	0,523	0,908
DTCOQ3	0,337	0,225	16	15	1,842	0,667	-0,113	0,786
POLIO3	0,432	0,193	16	15	1,506	0,446	0,046	0,817
ROUGEOLE	0,509	0,056	16	15	0,438	0,111	0,396	0,622
TOUS LES VACCINS	0,225	0,149	16	15	1,384	0,664	-0,074	0,523
DIARRHEE	0,418	0,096	68	58	1,587	0,229	0,227	0,609
SRO	0,102	0,024	23	24	0,379	0,240	0,053	0,151
TRO	0,238	0,034	23	24	0,373	0,142	0,171	0,306
IRA	0,043	0,004	68	58	0,159	0,092	0,035	0,051
SOINS IRA	0,221	0,253	3	2	0,862	1,145	-0,285	0,726
MALADE	0,570	0,092	68	58	1,515	0,161	0,387	0,753
FIEVRE	0,195	0,051	68	58	1,057	0,262	0,093	0,297

Erreurs de sondage (Echantillon de Dosso) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,128	0,013	710	889	1,003	0,098	0,103	0,153
SANS INSTRUCTION	0,846	0,038	710	889	2,822	0,045	0,770	0,923
SECONDAIRE OU PLUS	0,057	0,022	710	889	2,506	0,381	0,014	0,101
ENFANTS NES VIVANTS	4,268	0,163	710	889	1,194	0,038	3,942	4,595
ENFANTS SURVIVANTS	2,945	0,113	710	889	1,189	0,038	2,719	3,172
ENTENDU PARLER SIDA	0,869	0,028	710	889	2,219	0,032	0,813	0,925
UN SEUL PARTENAIRE	0,628	0,033	710	889	1,841	0,053	0,561	0,695
UTILISATION DU CONDOM	0,333	0,042	710	889	2,397	0,127	0,249	0,418
ABSTINENCE	0,582	0,028	710	889	1,498	0,048	0,527	0,638
UTILISE CONTRACEPTION	0,232	0,015	575	737	0,840	0,064	0,203	0,262
UTILISE METH. MODERNE	0,051	0,015	575	737	1,631	0,294	0,021	0,081
UTILISE METH. TRADITI.	0,181	0,015	575	737	0,939	0,083	0,151	0,212
SOINS PRENATALS	0,681	0,049	149	191	1,282	0,072	0,583	0,779
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,183	0,049	149	191	1,538	0,267	0,085	0,281
BCG	0,555	0,061	105	126	1,257	0,110	0,433	0,678
DTCOQ3	0,333	0,064	105	126	1,390	0,193	0,205	0,461
POLIO3	0,749	0,050	105	126	1,184	0,067	0,649	0,850
ROUGEOLE	0,411	0,070	105	126	1,459	0,171	0,271	0,552
TOUS LES VACCINS	0,285	0,060	105	126	1,361	0,211	0,165	0,406
DIARRHEE	0,440	0,034	618	724	1,705	0,077	0,371	0,508
SRO	0,198	0,022	266	318	0,890	0,110	0,155	0,242
TRO	0,552	0,025	266	318	0,807	0,045	0,503	0,601
IRA	0,134	0,019	618	724	1,381	0,142	0,096	0,171
SOINS IRA	0,321	0,092	80	97	1,750	0,287	0,137	0,505
MALADE	0,639	0,028	618	724	1,424	0,043	0,584	0,695
FIEVRE	0,451	0,031	618	724	1,563	0,069	0,389	0,514

Erreurs de sondage (Echantillon de Maradi) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,082	0,009	1 130	1 346	1,120	0,111	0,064	0,100
SANS INSTRUCTION	0,905	0,013	1 130	1 346	1,540	0,015	0,878	0,932
SECONDAIRE OU PLUS	0,023	0,007	1 130	1 346	1,607	0,310	0,009	0,038
ENFANTS NES VIVANTS	4,858	0,114	1 130	1 346	1,105	0,024	4,629	5,087
ENFANTS SURVIVANTS	3,011	0,075	1 130	1 346	1,126	0,025	2,861	3,162
ENTENDU PARLER SIDA	0,728	0,043	1 130	1 346	3,274	0,060	0,641	0,815
UN SEUL PARTENAIRE	0,403	0,044	1 130	1 346	3,042	0,110	0,315	0,492
UTILISATION DU CONDOM	0,324	0,042	1 130	1 346	2,982	0,128	0,241	0,407
ABSTINENCE	0,396	0,045	1 130	1 346	3,060	0,113	0,307	0,485
UTILISE CONTRACEPTION	0,151	0,017	1 008	1 250	1,526	0,114	0,116	0,185
UTILISE METH. MODERNE	0,021	0,004	1 008	1 250	0,949	0,204	0,012	0,030
UTILISE METH. TRADITI.	0,130	0,017	1 008	1 250	1,577	0,129	0,096	0,163
SOINS PRENATALS	0,292	0,060	284	356	2,209	0,204	0,173	0,412
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,139	0,042	284	356	2,038	0,302	0,055	0,222
BCG	0,380	0,046	232	256	1,454	0,122	0,287	0,473
DTCOQ3	0,203	0,040	232	256	1,520	0,198	0,122	0,283
POLIO3	0,289	0,056	232	256	1,860	0,192	0,178	0,400
ROUGEOLE	0,279	0,052	232	256	1,749	0,185	0,176	0,382
TOUS LES VACCINS	0,130	0,037	232	256	1,657	0,282	0,057	0,203
DIARRHEE	0,491	0,026	1 207	1 380	1,791	0,052	0,440	0,543
SRO	0,103	0,017	576	678	1,331	0,164	0,069	0,137
TRO	0,403	0,029	576	678	1,422	0,072	0,344	0,461
IRA	0,117	0,013	1 207	1 380	1,431	0,113	0,090	0,143
SOINS IRA	0,161	0,044	137	161	1,402	0,275	0,072	0,249
MALADE	0,663	0,027	1 207	1 380	1,962	0,040	0,610	0,716
FIEVRE	0,482	0,021	1 207	1 380	1,459	0,044	0,440	0,524

Erreurs de sondage (Echantillon de Tillaberi) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,088	0,014	672	887	1,240	0,154	0,061	0,115
SANS INSTRUCTION	0,850	0,019	672	887	1,381	0,022	0,812	0,888
SECONDAIRE OU PLUS	0,021	0,003	672	887	0,596	0,156	0,015	0,028
ENFANTS NES VIVANTS	4,001	0,114	672	887	0,823	0,029	3,773	4,229
ENFANTS SURVIVANTS	3,003	0,095	672	887	0,906	0,032	2,813	3,194
ENTENDU PARLER SIDA	0,795	0,043	672	887	2,758	0,054	0,709	0,881
UN SEUL PARTENAIRE	0,490	0,027	672	887	1,375	0,054	0,437	0,543
UTILISATION DU CONDOM	0,254	0,028	672	887	1,639	0,108	0,199	0,309
ABSTINENCE	0,441	0,024	672	887	1,276	0,055	0,392	0,490
UTILISE CONTRACEPTION	0,212	0,023	527	711	1,285	0,108	0,166	0,258
UTILISE METH. MODERNE	0,039	0,009	527	711	1,067	0,232	0,021	0,057
UTILISE METH. TRADITI	0,173	0,020	527	711	1,188	0,113	0,134	0,212
SOINS PRENATALS	0,439	0,068	152	209	1,692	0,156	0,302	0,575
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,159	0,084	152	209	2,816	0,527	-0,009	0,326
BCG	0,490	0,068	106	130	1,384	0,138	0,355	0,625
DTCOQ3	0,274	0,055	106	130	1,267	0,201	0,164	0,385
POLIO3	0,448	0,068	106	130	1,394	0,151	0,312	0,583
ROUGEOLE	0,346	0,057	106	130	1,226	0,164	0,233	0,460
TOUS LES VACCINS	0,241	0,059	106	130	1,410	0,244	0,123	0,358
DIARRHEE	0,358	0,022	644	804	1,170	0,062	0,314	0,402
SRO	0,126	0,025	225	288	1,108	0,195	0,077	0,175
TRO	0,382	0,038	225	288	1,169	0,099	0,306	0,458
IRA	0,155	0,018	644	804	1,276	0,118	0,118	0,191
SOINS IRA	0,327	0,080	97	124	1,670	0,244	0,167	0,487
MALADE	0,653	0,018	644	804	0,937	0,027	0,618	0,688
FIEVRE	0,518	0,031	644	804	1,565	0,060	0,456	0,580

Erreurs de sondage (Echantillon de Tahoua) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,074	0,008	773	1 040	0,804	0,102	0,059	0,090
SANS INSTRUCTION	0,933	0,011	773	1 040	1,262	0,012	0,910	0,956
SECONDAIRE OU PLUS	0,022	0,006	773	1 040	1,087	0,261	0,011	0,033
ENFANTS NES VIVANTS	4,278	0,077	773	1 040	0,646	0,018	4,124	4,433
ENFANTS SURVIVANTS	3,010	0,073	773	1 040	0,858	0,024	2,864	3,156
ENTENDU PARLER SIDA	0,758	0,023	773	1 040	1,525	0,031	0,712	0,805
UN SEUL PARTENAIRE	0,382	0,026	773	1 040	1,499	0,069	0,330	0,435
UTILISATION DU CONDOM	0,215	0,019	773	1 040	1,259	0,087	0,178	0,253
ABSTINENCE	0,370	0,028	773	1 040	1,610	0,076	0,314	0,426
UTILISE CONTRACEPTION	0,044	0,007	629	865	0,864	0,160	0,030	0,058
UTILISE METH. MODERNE	0,023	0,005	629	865	0,803	0,210	0,013	0,032
UTILISE METH. TRADITI	0,021	0,009	629	865	1,590	0,428	0,003	0,040
SOINS PRENATALS	0,334	0,058	183	258	1,663	0,174	0,218	0,450
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,089	0,020	183	258	0,927	0,220	0,050	0,128
BCG	0,299	0,055	135	169	1,388	0,184	0,189	0,408
DTCOQ3	0,156	0,037	135	169	1,191	0,240	0,081	0,230
POLIO3	0,221	0,043	135	169	1,194	0,194	0,135	0,306
ROUGEOLE	0,293	0,058	135	169	1,479	0,199	0,176	0,409
TOUS LES VACCINS	0,122	0,029	135	169	1,026	0,238	0,064	0,180
DIARRHEE	0,371	0,023	732	920	1,315	0,063	0,324	0,418
SRO	0,163	0,027	267	341	1,175	0,164	0,109	0,216
TRO	0,359	0,055	267	341	1,875	0,154	0,249	0,469
IRA	0,062	0,008	732	920	0,846	0,121	0,047	0,078
SOINS IRA	0,464	0,089	43	57	1,157	0,192	0,286	0,642
MALADE	0,525	0,024	732	920	1,300	0,046	0,477	0,573
FIEVRE	0,317	0,016	732	920	0,940	0,051	0,285	0,350

Erreurs de sondage (Echantillon de Zinder) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	0,056	0,006	697	873	0,746	0,116	0,043	0,069
SANS INSTRUCTION	0,889	0,021	697	873	1,758	0,024	0,847	0,931
SECONDAIRE OU PLUS	0,015	0,007	697	873	1,519	0,460	0,001	0,030
ENFANTS NES VIVANTS	4,139	0,086	697	873	0,687	0,021	3,967	4,310
ENFANTS SURVIVANTS	2,570	0,089	697	873	1,096	0,035	2,392	2,748
ENTENDU PARLER SIDA	0,456	0,031	697	873	1,643	0,068	0,394	0,518
UN SEUL PARTENAIRE	0,255	0,021	697	873	1,288	0,083	0,212	0,298
UTILISATION DU CONDOM	0,168	0,022	697	873	1,582	0,133	0,123	0,213
ABSTINENCE	0,230	0,017	697	873	1,061	0,074	0,196	0,264
UTILISE CONTRACEPTION	0,041	0,013	610	799	1,654	0,325	0,014	0,067
UTILISE METH. MODERNE	0,032	0,013	610	799	1,807	0,400	0,007	0,058
UTILISE METH. TRADITI	0,008	0,005	610	799	1,286	0,569	-0,001	0,018
SOINS PRENATALS	0,219	0,060	183	234	1,972	0,276	0,098	0,340
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,037	0,010	183	234	0,694	0,263	0,017	0,056
BCG	0,388	0,075	113	129	1,619	0,192	0,239	0,538
DTCOQ3	0,190	0,045	113	129	1,221	0,238	0,099	0,280
POLIO3	0,187	0,059	113	129	1,595	0,314	0,070	0,305
ROUGEOLE	0,232	0,051	113	129	1,283	0,221	0,130	0,335
TOUS LES VACCINS	0,101	0,040	113	129	1,419	0,399	0,020	0,182
DIARRHEE	0,355	0,019	660	780	1,027	0,054	0,317	0,394
SRO	0,105	0,039	229	277	1,919	0,372	0,027	0,182
TRO	0,140	0,026	229	277	1,132	0,186	0,088	0,192
IRA	0,142	0,025	660	780	1,846	0,177	0,092	0,192
SOINS IRA	0,079	0,039	88	111	1,362	0,499	0,000	0,158
MALADE	0,543	0,035	660	780	1,815	0,065	0,473	0,613
FIEVRE	0,354	0,036	660	780	1,908	0,101	0,283	0,425

Erreurs de sondage (Echantillon de Niamey) Niger MICS2 2000

	Valeur (M)	Erreur type (E)	Non-pondere (N)	Pondere (N)	Effet de grappe (REPS)	Erreur rela-tive ET/M	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
MILIEU URBAIN	1,000	0,000	1 129	334	-NaN	0,000	1,000	1,000
SANS INSTRUCTION	0,411	0,019	1 129	334	1,275	0,045	0,374	0,448
SECONDAIRE OU PLUS	0,317	0,018	1 129	334	1,294	0,057	0,281	0,353
ENFANTS NES VIVANTS	2,679	0,071	1 129	334	0,781	0,027	2,536	2,822
ENFANTS SURVIVANTS	2,283	0,055	1 129	334	0,720	0,024	2,173	2,394
ENTENDU PARLER SIDA	0,972	0,004	1 129	334	0,910	0,005	0,963	0,981
UN SEUL PARTENAIRE	0,772	0,013	1 129	334	1,040	0,017	0,746	0,798
UTILISATION DU CONDOM	0,652	0,011	1 129	334	0,807	0,018	0,629	0,675
ABSTINENCE	0,663	0,015	1 129	334	1,074	0,023	0,633	0,694
UTILISE CONTRACEPTION	0,302	0,018	612	181	0,986	0,061	0,266	0,339
UTILISE METH. MODERNE	0,257	0,019	612	181	1,080	0,074	0,218	0,295
UTILISE METH. TRADITI	0,049	0,007	612	181	0,830	0,148	0,035	0,064
SOINS PRENATALS	0,892	0,022	166	49	0,913	0,025	0,847	0,936
ASSISTANCE ACCOUCH.	0,777	0,035	166	49	1,092	0,046	0,706	0,848
BCG	0,949	0,015	156	43	0,864	0,016	0,918	0,979
DTCOQ3	0,827	0,033	156	43	1,085	0,040	0,761	0,893
POLIO3	0,827	0,036	156	43	1,176	0,043	0,755	0,898
ROUGEOLE	0,756	0,043	156	43	1,255	0,057	0,670	0,843
TOUS LES VACCINS	0,647	0,049	156	43	1,285	0,076	0,549	0,746
DIARRHEE	0,218	0,015	731	200	0,997	0,070	0,187	0,248
SRO	0,314	0,033	159	43	0,889	0,104	0,249	0,380
TRO	0,308	0,029	159	43	0,777	0,093	0,251	0,365
IRA	0,092	0,013	731	200	1,178	0,137	0,067	0,117
SOINS IRA	0,627	0,069	67	18	1,161	0,110	0,489	0,765
MALADE	0,499	0,021	731	200	1,133	0,042	0,457	0,541
FIEVRE	0,248	0,015	731	200	0,932	0,060	0,218	0,277

ANNEXE 3

PERSONNEL DE LA MICS2

PERSONNEL DE LA MICS2

COMITÉ NATIONAL
Moussa Mariama
Présidente

UNICEF
Marco Ségone
Administrateur de Suivi et Evaluation

MACRO INTERNATIONAL INC.
Gora Mboup
Coordonnateur du projet

EXÉCUTION DU PROJET

Gora Mboup
Coordonnateur du projet

Sabine Dissirama Attama
Démographe du projet

Idrissa Alichina Kougueni
Statisticien du projet

Harouna Koché
Informaticien

Mamadou Thiam
Spécialiste en sondage

Oumarou Djido
Assistant administratif et agent de vérification

Soumana Abdou
Assistant informaticien

Abdoulaye Hamadou
Chauffeur/Agent de liaison

CHEFS D'ÉQUIPE, ÉNUMÉRATEURS

Abdousalam Djibroullou
Assoumane Gorzo
Bizo Tassaou
Harouna Ali
Sidi Abdoulaye
Zada Barazé
Haladou Sambo
Moussa Mamane
Moustapha Oumarou

ENQUÊTRICES

Fati Attawel
Aïchatou Harouna
Rabi Hambally
Fadima Soumana
Seyni Yansambou Amsatou
Rachida Mahaman
Salamatou Alichina
Hadiza Balley
Hadjaratou Elhadj Kondo
Maria Karimou
Aïssatou Sambo
Sarakatou Haoua Soli
Fatoumata Adamou
Habibou Aminatou
Boureima Haoua
Rabi Hamidou
Koubra Yayé
Mariama Ouattara
Hadjaratou Elhadj Yahaya
Yonli Alima
Dan Tchoukou Mariama
Modibo Fati
Sami Amina
Salamatou Diawara
Fatoumata Diarra

CHAUFFEURS

Idrissa Boubacar
Kobeye Malam
Malam Laouali Abarchi
Yacouba Demba
Altiné Ousmane
Mamane Yaro

VÉRIFICATION, SAISIE

Maman Zeinabou
Maïmouna boureima
Sidi Garba
Ramatou Alou
Dambadji Haoua
Attaher Ousseina
Issa Aïssa Razaou

TRADUCTION EN LANGUES NATIONALES

Haoussa
Maman Mallam Garba

Djerma
Sidibé Salamatou

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRES

RÉPUBLIQUE DU NIGER

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL **UNICEF**

ENQUÊTE MICS2 ET ENQUÊTE DE BASE

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTÉ DE LA FAMILLE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW NE PRENDRA PAS TROP DE TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AUSSI À TOUTES LES MÈRES OU D'AUTRES PERSONNES EN CHARGE D'ENFANTS DANS LE MÉNAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

CADRE D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE	
Nom de la localité : _____	
1. Numéro de grappe : __ __ __	2. Numéro de ménage : __ __ __
3. Jour/mois/année de l'interview : __ __ / __ __ / 2000	4. Nom et numéro de l'enquêtrice : __ __
5. Nom du chef de ménage : _____	
6. Milieu de résidence : Urbain ..... 1 Rural 2	7. Region N° : __ __ _____ (NOM)
6b. Mode de vie Sedentaire ..... 1 Nomade 2	7b. Département N° : __ __ _____ (NOM)
10. Résultat de l'interview ménage : Rempli ..... 1 Refusé ..... 2 Pas à la maison ..... 3 Logement non retrouvé/détruit ..... 4 Autre (*à préciser*) 5	10b. Nombre personnes du ménage: __ __
11. Nombre de femmes éligibles pour l'interview : __ __	12. Nombre de questionnaires femmes entièrement remplis : __ __
13. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : __ __	14. Nombre de questionnaires enfants remplis : __ __
15. Date de saisie : __ __/__ __/ 2000	15b. Nom et numéro de l'agent de saisie __ __
Observations de l'enquêtrice/chef d'équipe: *(Utilisez cet espace pour enregistrer toute observation sur l'enquête de ce ménage, telle que l'information sur les visites de rappel, feuilles des interviews individuelles incomplètes, nombre de passages, etc.)*	

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE

PREMIÈREMENT, S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENCANT PAR LE CHEF DE MÉNAGE . *Enregistrez le premier nom à la ligne 01. Enregistrez en premier lieu les membres adultes du ménage, puis enregistrez les enfants. Ensuite posez :* Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MÊME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT À LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL). *Si oui, complétez la liste. Puis, posez et enregistrez les réponses aux questions comme précisé dans les Instructions aux Enquêtrices.* ***Ajoutez une feuille complémentaire*** *s'il n'y a pas assez d'espace sur cette page. Cochez ici si vous utilisez une feuille supplémentaire.* ☐

				Eligible pour :			*Pour les personnes âgées* ***de 9 ans ou plus*** *posez Qs. 8 et 9*		*PRESENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES* *Pour les enfants âgées* ***de moins de 15 ans*** *Posez Qs. 10 à 13*			
				MODULES FEMMES	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	MODULES SANTÉ DES ENFANTS						
1. *No. de ligne* *MEMBRES DU MÉNAGE*	2. *Nom* *MEMBRES DU MÉNAGE*	3. (*Nom*) EST-IL/ ELLE de sexe masculin ou féminin? 1 MASC. 2 FEM.	4. QUEL ÂGE A (*nom*)? *Enregistrez en années révolues* 99=NSP*	5. *Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans*	6. ***Pour chaque enfant âgé de 5-14 ans :*** QUI EST LA MÈRE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALEMENT DE CET ENFANT? ***Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant.***	7. ***Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans :*** QUI EST LA MÈRE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALEMENT DE CET ENFANT? ***Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant.***	8. (Nom) Peut-il/elle lire une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du TOUT? 1 facilement 2 DIFFICILEMENT 3 PAS DU TOUT 9 NSP	9. Quel est l'état matrimonial de (*Nom*)? ** 1 MARIÉ(E)/ EN UNION 2 VEUF(VE) 3 DIVORCÉ(E) 4 SÉPARÉ(E) 5 JAMAIS MARIÉ(E) (CELIBATAIRE)	10. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (*NOM*) EST TOUJOURS EN VIE? 1 OUI 2 NON 9 NSP	11. *Si MÈRE en vie :* EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (*NOM*) VIT DANS CE MÉNAGE? 1 OUI 2 NON	12. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (*NOM*) EST TOUJOURS EN VIE? 1 OUI 2 NON 9 NSP	13. *Si PÈRE en vie :* EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (*nom*) VIT DANS CE MÉNAGE? 1 OUI 2 NON
LIGNE	NOM	M F	ÂGE	15-49	MÈRE	MÈRE	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	O N	O N NSP	C N
01		1 2	__	01	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
02		1 2	__	02	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
03		1 2	__	03	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
04		1 2	__	04	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
05		1 2	__	05	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
06		1 2	__	06	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
07		1 2	__	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
LIGNE	NOM	M F	ÂGE	15-49	MÈRE	MÈRE	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	O N	O N NSP	O N
08		1 2	__	08	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
09		1 2	__	09	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
10		1 2	__	10	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
11		1 2	__	11	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
12		1 2	__	12	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
13		1 2	__	13	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
14		1 2	__	14	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
15		1 2	__	15	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
16		1 2	__	16	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
17		1 2	__	17	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
18		1 2	__	18	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
19		1 2	__	19	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
20		1 2	__	20	__ __	__ __	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MÊME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DES PARENTS QUI VIVENT DANS CE MÉNAGE? Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU À L'ÉCOLE? *Si oui, enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille d'enregistrement du ménage.*

MODULE SUR L'ÉDUCATION DES ENFANTS

*Pour les personnes **âgées de 5 ans ou plus,** posez les Qs. 15 et 16*

*Pour les enfants **âgés de 5 à 17 ans**, continuez en posant les Qs. 17 à 22*

14. *No. de ligne*	15. *(Nom)* A-T-IL/ ELLE FREQUÉNTE L'ÉCOLE?	16. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES ATTEINT? LA DERNIÈRE CLASSE QUE *(nom)* A ACHEVÉE À CE NIVEAU?	17. *(Nom)* FRÉQUENTE-T-IL/ELLE L'ÉCOLE ACTUELLE-MENT?	18. AU COURS DE CETTE ANNÉE SCOLAIRE, *(nom)* A-T-IL/ELLE FRÉQUENTE L'ÉCOLE?	19. DEPUIS LE *(jour de la semaine)* DERNIER, COMBIEN DE JOURS *(nom)* EST-IL/ELLE ALLÉ/E À L'ÉCOLE?	20. À QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE *(nom)* EST/ÉTAIT-IL/ELLE?	21. *(Nom)* A-T-IL/ELLE FRÉQUENTE L'ÉCOLE L'ANNÉE DERNIÈRE?	22. À QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE *(nom)* ÉTAIT-IL/ELLE L'ANNÉE DERNIÈRE?
	1 OUI ⇨ Q.16 2 NON ⇩ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU : 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP *Si moins d'une classe, inscrivez 00.*	1 OUI ⇨ Q.19 2 NON	1 OUI 2 NON ⇨ Q.21	*Enregistrez le nombre de jours dans l'espace ci-dessous.*	NIVEAU : 0 JARDIN D'ENFANTS 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP	1 OUI 2 NON ⇩ LIGNE SUIVANTE 9 NSP ⇩ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU : 0 JARDIN D'ENFANTS 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP

LIGNE	O NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	OUI	NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O	N	NSP	NIVEAU	CLASSE
01	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
02	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
03	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
04	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
05	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
06	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___
07	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9	___ ___	1	2	1	2	___	0 1 2 3 4 9	___ ___	1	2	9	0 1 2 3 4 9	___ ___

14	15	16		17		18		19	20		21			22	
LIGNE	O NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	OUI	NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O	N	NSP	NIVEAU	CLASSE
08	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
09	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
10	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
11	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
12	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
13	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
14	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
15	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
16	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
17	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
18	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
19	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	
20	1 2⇨LIGNE SUIV.	1 2 3 4 9		1	2	1	2		0 1 2 3 4 9		1	2	9	0 1 2 3 4 9	

Inscrivez à présent pour chaque femme de 15-49 ans son nom et son numéro de ligne en haut de chaque page du Questionnaire de la Femme.
Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans, inscrivez son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle en haut de chaque page du Questionnaire des Enfants.
Vous devez maintenant avoir un questionnaire pour chaque femme et enfant éligibles dans le ménage.

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS

LE MODULE SUIVANT S'ADRESSE À LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT ÂGE DE 5 À 14 ANS QUI VIT DANS LE MÉNAGE. ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE POUR CHAQUE ENFANT ÉLIGIBLE DE LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE.

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAUX DES ENFANTS VIVANT DANS CE MÉNAGE.

1. *No. de ligne de l'enfant*	2. *Nom de l'enfant*	3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, (*nom*) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MÉNAGE? *Si oui* : POUR ÊTRE PAYÉ? 1 OUI, PAYÉ (ESPÈCES OU NATURE) 2 OUI, NON PAYÉ 3 NON ⇨Q.5	4. *Si oui* : DEPUIS LE (*jour de la semaine*) DERNIER, environ combien d'heures a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage? *(Si plus d'un travail, additionnez toutes les heures de travail effectuées. Inscrivez la réponse et* ⇨ Q.6	5. AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE, (*nom*) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MÉNAGE? *Si oui* : POUR ÊTRE PAYÉ? 1 OUI, PAYÉ (ESPÈCE OU NATURE) 2 OUI, NON PAYÉ 3 NON	6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE (*nom*) AVAIT-IL/ ELLE AIDE AUX TRAVAUX DE CE MÉNAGE? PAR EXEMPLE : FAIRE LA CUISINE, FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER LES VÊTEMENTS, CHERCHER DE L'EAU, OU GARDER LES ENFANTS? 1 OUI 2 NON ⇨ Q.8	7. *Si oui* : DEPUIS LE (*jour de la semaine*) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-IL/ELLE PASSÉ EN FAISANT CES TRAVAUX MÉNAGERS?	8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, (*nom*) AVAIT-IL/ELLE FAIT D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU DANS LES AFFAIRES)? 1 OUI 2 NON ⇨ LIGNE SUIVANTE	9. *Si oui* : DEPUIS LE (*jour de la semaine*) DERNIER, environ combien d'heures avait-il/elle fait ce travail?

NO. DE LIGNE	NOM	OUI PAYÉ	N.P.	N	NO. HEURES	OUI PAYÉ	N.P.	N	OUI	NON	NO. HEURES	OUI	NON	NO. HEURES
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___
__ __		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___

Quand tous les enfants dans le groupe d'âges sont couverts, **PASSEZ AU MODULE EAU ET SANITAIRES** ⇨

No. de grappe __ __ __ **No. de ménage** __ __ __

MODULE SUR L'EAU ET LES SANITAIRES

Posez les questions de ce module une seule fois pour chaque ménage visité.
Encerclez un seul code par réponse dans l'espace prévu à droite.
Si un enquêté donne plus d'une réponse, enregistrez la source ou les toilettes la(les) plus utilisée(s).

1. QUELLE EST LA SOURCE PRINCIPALE D'EAU À BOIRE POUR LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE?	Eau du robinet dans le logement ..... 01 Eau du robinet dans la cour/parcelle ..... 02 Borne fontaine ..... 03 Puits à pompe/forage ..... 04 Puits protégé ..... 05 Source protégée ..... 06 Eau de pluie ..... 07 Eau en bouteille ..... 08 Puits non-protégé ..... 09 Source non-protégée ..... 10 Mare, ruisseau ou fleuve ..... 11 Camion citerne, vendeur d'eau ..... 12 Autre (*à préciser*) _____ 13 Pas de réponse ou NSP 99	
2. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR ALLER LÀ-BAS, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR?	No. de minutes ..... __ __ __ Eau sur place ..... 888 NSP 999	
3. QUEL TYPE DE TOILETTES UTILISEZ-VOUS DANS VOTRE MÉNAGE?	Chasse d'eau avec égouts ou avec fosses septiques ..... 1 Latrines à évacuation ..... 2 Latrines améliorées à ventilation (VIP) ..... 3 Latrines traditionnelles ..... 4 Trou ouvert ..... 5 Autre (*à préciser*) ..... 7 Pas de toilettes ou brousse ou champ 8	8⇨Q.5
4. EST-CE QUE CES TOILETTES SE TROUVENT DANS VOTRE LOGEMENT, VOTRE COUR OU VOTRE PARCELLE **?	Oui, dans logement/cour/parcelle ..... 1 Non, en dehors du logement/cour/parcelle ..... 2 NSP 9	
5. QUE FAITES-VOUS AVEC LES SELLES DES PETITS ENFANTS (0-3 ANS) QUAND ILS N'UTILISENT PAS LES TOILETTES OU LES LATRINES?	Ils utilisent toujours les toilettes/latrines ..... 1 Jetées dans les toilettes/latrines ..... 2 Jetées en dehors de la cour ..... 3 Enterrées dans la cour ..... 4 Ne sont pas jetées/restent par terre ..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6 Pas de petits enfants dans le ménage 8	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __

MODULE SUR LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE DU MÉNAGE

1. Matériau du sol du logement : Terre/sable ..... 1 Ciment ..... 2 Carrelage ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 4	2. Nombre de pièces dans le logement : QUEL EST LE NOMBRE DE PIÈCES UTILISÉES POUR DORMIR DANS VOTRE MÉNAGE? __ __			
3. DANS VOTRE MÉNAGE, AVEZ-VOUS?		OUI	NON	
3a. L'ÉLECTRICTÉ (NIGELEC, GROUPE OU PANNEAU SOLAIRE)?	A. ÉLECTRICITÉ	1	2	
3b. UNE RADIO?	B. RADIO	1	2	
3c. UNE TÉLÉVISION?	C. TÉLÉVISION	1	2	
3d. LE TÉLÉPHONE?	D. TÉLÉPHONE	1	2	
3e. RÉFRIGÉRATEUR/CONGÉLATEUR?	E. RÉFRIGÉRATEUR	1	2	
4. Y-A-T-IL QUELQU'UN DE VOTRE MÉNAGE QUI POSSEDE?		OUI	NON	
4a. UNE BICYCLETTE?	A. BICYCLETTE	1	2	
4b. UNE MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE?	B. MOBYLETTE	1	2	
4c. UNE VOITURE?	C. VOITURE	1	2	
4d. UNE CHARRETTE?	D. CHARRETTE	1	2	
5. QUEL MOYEN ÉNERGÉTIQUE EST PRINCIPALEMENT UTILISÉ DANS VOTRE MÉNAGE POUR LA PRÉPARATION DES REPAS?	ÉLÉCTRICTE GAZ PETROLE CHARBON BOIS Autre (*à préciser*) _____		1 2 3 4 5 6	

PASSEZ AU MODULE SUR L'IODATION DU SEL ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __

MODULE SUR L'IODATION DU SEL

1. JE VOUDRAIS VÉRIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MÉNAGE EST IODÉ. EST-CE QUE JE POURRAIS VOIR UN PEU DE SEL QUE VOUS AVEZ UTILISÉ HIER SOIR POUR CUIRE LE REPAS PRINCIPAL DES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE? *Après avoir examiné et testé le sel, encerclez le code correspondant au résultat du test.*	Non iodé 0 PPM (pas de couleur) ..... 1 Moins de 25 PPM (couleur faible) ..... 2 25 PPM ou plus (couleur vive foncée) ..... 3 Pas de sel à la maison ..... 8 Sel pas testé 9	

PASSEZ AU QUESTIONNAIRE FEMME ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

QUESTIONNAIRE DE LA FEMME

CADRE D'INFORMATION DES FEMMES		
Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne 5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Remplissez une fiche pour chaque femme éligible.		
1. *Numéro de ligne de la femme (de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).*	Numéro de ligne ..... __ __	
2. *Nom de la femme.*	Nom _____	
2b. *Résultat de l'interview* *A remplir après l'interview du questionnaire femme.*	Rempli ..... 1 Refusé ..... 2 Pas à la maison ..... 3 Autre (*à préciser*) 4	
3a. DANS QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE? *Ou :* 3b. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE?	Date de naissance Mois/année ..... __ __ / __ __ __ __ NSP date de naissance ..... 999999 *Ou :* Âge (en années révolues)..... __ __	NSP⇨3B

PASSEZ AU MODULE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS ▼

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

MODULE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS		
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES. Suivez les instructions fournies au cours de la formation. Voyez le manuel sur les Instructions aux Enquêtrices.		
1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À DES ENFANTS? *Si « NON » insistez en demandant :* JE VEUX DIRE, A UN ENFANT QUI A RESPIRÉ OU CRIÉ OU A MONTRÉ D'AUTRES SIGNES DE VIE – MÊME S'IL/ELLE N'A SURVESÇU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES?	Oui.....1 Non.....2	2⇨ MODULE SUR LA CONTRA-CEPTION
2. QUELLE ÉTAIT LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MÊME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PÈRE AUTRE QUE VOTRE MARI/CONJOINT ACTUEL.	Date de la première naissance Jour/mois/année..... __ __/__ __/_____ NSP date de la 1ère naissance..... 99999999	NSP⇨2B

Ou : 2b. COMBIEN D'ANNÉES SE SONT ÉCOULÉES DEPUIS LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT?	*Ou :* Années révolues depuis la première naissance ..... ____	
3. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS?	Oui.....1 Non.....2	2⇨Q.5
4. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS?	Fils à la maison ..... ____ Filles à la maison ..... ____	
5. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS?	Oui ..... Non	2⇨Q.7
6. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS?	Fils ailleurs ..... ____ Filles ailleurs ..... ____	
7. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ (E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ (E) PAR LA SUITE?	Oui.....1 Non..... 2	2⇨Q.9
8. COMBIEN DE FILS SONT DÉCÉDÉS? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES?	Fils décédés ..... ____ Filles décédées..... ____	
9. *Faites la somme de Q. 4, 6, et 8.*	Total ..... ____	

10. JUSTE POUR ÊTRE SUR QUE J'AI BIEN COMPRIS, VOUS AVEZ EU AU TOTAL ____(*nombre total*) NAISSANCES DURANT VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT?

☐ OUI ⇨ *Passez à Q.11*
☐ Non ⇨ *Vérifiez les réponses et corrigez avant de continuer avec Q.11*

11. QUEL EST LE NOM DE VOTRE DERNIÈRE NAISSANCE (MÊME SI IL/ELLE EST DÉCÉDÉ/E)? _____ *(Inscrire le nom de la dernière naissance)* QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ VOTRE DERNIÈRE NAISSANCE [Nom]?	Date de la dernière naissance Jour/mois/année .....__ __/__ __/__ __ __ __	

Est-ce que la dernière naissance avait lieu au cours de la dernière année, c'est à dire, depuis Avril 1999?

☐ *Oui, naissance vivante au cours de la dernière année (depuis Avril 1999). ⇨ PASSEZ AU MODULE SUR L'ANATOXINE TÉTANIQUE*

☐ *Non, pas de naissance vivante au cours de la dernière année (depuis Avril 1999). ⇨ PASSEZ AU MODULE SUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION*

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

MODULE SUR L'ANATOXINE TÉTANIQUE (TT)

Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours de l'année précédente la date de l'interview.

1. AVEZ-VOUS UNE CARTE (UN CARNET) DE SANTÉ OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS? *Si la femme vous montre la carte, utilisez-la pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.*	Oui (carte vue) ..... 1 Oui (carte pas vue) ..... 2 Non ..... 3 NSP 9	
2. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT (NOM), AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION (VACCINATION) POUR LUI ÉVITER DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE (UNE PIQÛRE ANTITÉTANIQUE, UNE INJECTION (VACCINATION) EN HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.4 9⇨Q.4
3. *Si oui :* COMBIEN DE DOSES D'ANATOXINE TÉTANIQUE (INJECTIONS, VACCINATIONS ANTITÉTANIQUES) AVEZ-VOUS REÇU AU COURS DE LA GROSSESSE DE VOTRE DERNIÈRE NAISSANCE (NOM)?	Nombre de doses ..... __ __ NSP 99	
Combien de doses TT ont été enregistrées durant la dernière grossesse à Q.3? ☐ *Au moins deux injections TT durant la dernière grossesse. ⇨ PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ.* ☐ *Moins de deux injections TT durant la dernière grossesse. ⇨ CONTINUEZ AVEC Q.4*		
4. AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION (VACCINATION) DE TT (*INSISTER*) N'IMPORTE QUAND AVANT LA DERNIÈRE GROSSESSE (DE NOM), AU COURS D'UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE OU ENTRE LES GROSSESSES?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.7 9⇨Q.7
5. *Si oui* : COMBIEN DE DOSES DE TT AVEZ VOUS REÇU?	Nombre de doses ..... __ __	
6a. QUAND AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIÈRE DOSE DE TT? *Ou :* 6b. DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIÈRE DOSE DE TT?	Date de la dernière dose Mois/année ..... __ __ / __ __ __ __ NSP date ..... 999999 *Ou :* Durée en années ..... __ __	 NSP⇨6B
7. *Additionner les réponses à Q.3 et Q.5 pour obtenir le nombre total de doses au cours de la vie*	Nombre total de doses ..... __ __	

PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

MODULE SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours de l'année précédant la date de l'interview.

1. AU COURS DES DEUX PREMIERS MOIS APÈRS VOTRE DERNIÈRE NAISSANCE (NOM), AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLES-CI? *Montrez une capsule de 200,000 IU ou le flacon.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
2. AVEZ-VOUS VU QUELQU'UN POUR LES SOINS PRÉNATALS AU SUJET DE CETTE GROSSESSE (DE NOM)? *Si oui :* QUI AVEZ-VOUS VU? QUELQU'UN D'AUTRE? *Insistez sur le type de personne vue et encerclez toutes les réponses.*	Professionnel de santé : Médecin ..... 1 Infirmière/sage-femme ..... 2 Matrone ..... 3 Autre personne : Acc. traditionnelle formée ..... 4 Accoucheuse traditionnelle non-formée ..... 5 Autre (à préciser) ..... 6 Personne 0	
3a. OÙ AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ DE (nom)	Maison ..... 1 Hopital/clinique ..... 2 Centre de santé intégré/maternité ..... 3 Case de santé ..... 4 Autre (*à préciser*) _____ 6	
3b. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (*ou nom*)? QUELQU'UN D'AUTRE? *Insistez sur le type de personne qui a assisté et encerclez toutes les réponses.*	Professionnel de santé : Médecin ..... 1 Infirmière/sage-femme ..... 2 Matrone ..... 3 Autre personne : Acc. traditionnelle formée ..... 4 Accoucheuse traditionnelle non-formée ..... 5 Parente/amie ..... 6 Autre (*à préciser*) _____ 7 Personne 0	
4. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (*nom*) EST NÉ ÉTAIT-IL/ELLE TRÈS GROS/SE, PLUS GROS/SE QUE LA MOYENNE, MOYEN/NE, PLUS PETIT/E QUE LA MOYENNE, OU TRÈS PETIT/E?	Très gros/se ..... 1 Plus gros/se que la moyenne ..... 2 Moyen/ne ..... 3 Plus petit/e que la moyenne ..... 4 Très petit/e ..... 5 NSP 9	
5. (*Nom*) A-T-IL/ELLE ÉTÉ PESÉ/E À LA NAISSANCE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.7 9⇨Q.7
6. COMBIEN PESAIT (*nom*)? *Enregistrez le poids du carnet de santé, si disponible.*	Du carnet ..... 1 (grammes) __ , __ __ __ De mémoire ..... 2 (grammes) __ , __ __ __ NSP 99999	
7. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTÉS DE VUE EN PLEIN JOUR?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
8. AU COURS DE CETTE GROSSESSE-LÀ, AVEZ-VOUS SOUFFERT DE LA CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE (DUNDUMI)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

MODULE SUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

2. MAINTENANT JE VAIS CHANGER DE SUJET. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE DOMAINE – LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTÉ REPRODUCTIVE. JE SAIS QU'IL S'AGIT D'UN SUJET DIFFICILE À DISCUTER, MAIS IL EST IMPORTANT QUE NOUS OBTENIONS CETTE INFORMATION. BIEN ENTENDU, TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELS. VOUS NE SEREZ JAMAIS IDENTIFIÉE À PARTIR DE VOS REPONSES À CES QUESTIONS. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, enceinte en ce moment ..... 1 Non ..... 2 Pas sûre ou NSP 9	1⇨ Q.5
3. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE. FAITES-VOUS ACTUELLEMENT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS (OU VOTRE CONJOINT/PARTENAIRE) UNE MÉTHODE QUELCONQUE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨ Q.5
4. QUELLE MÉTHODE VOUS (OU VOTRE CONJOINT/PARTENAIRE) UTILISEZ-VOUS? *N'insistez pas.* *Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chacune d'elles.*	Stérilisation féminine ..... 01 Stérilisation masculine ..... 02 Pilule ..... 03 DIU ..... 04 Injections ..... 05 Implants ..... 06 Condom ..... 07 Condom féminin ..... 08 Diaphragme ..... 09 Mousse/gelée ..... 10 Méthode d'allaitement (LAM) ..... 11 Abstinence périodique ..... 12 Retrait ..... 13 Autre (*à préciser*) _____ 14	
5. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVEZ-VOUS AVEC UN HOMME?	Oui ..... 1 Non, veuve, divorcée, séparée ..... 2 Non, jamais mariée 3	

PASSER AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

MODULE SUR LE VIH/SIDA

Ce module doit être administré à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.
Voir les Instructions aux Enquêtrices pour plus de discussion de ces questions.

1.	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CE QUE VOUS CONNAISSEZ SUR LES MALADIES GRAVES, EN PARTICULIER, SUR LE VIH ET LE SIDA? AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
2.	Y A-T-IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PERSONNE PUISSE FAIRE POUR ÉVITER D'ATTRAPER LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨Q.8 9⇨Q.8
3.	MAINTENANT JE VAIS LIRE QUELQUES QUESTIONS SUR COMMENT ON PEUT SE PROTEGÉR CONTRE LE VIRUS DU SIDA CES QUESTIONS PORTENT SUR DES SUJETS RELATIFS À LA SEXUALITÉ QUE CERTAINES PERSONNES PEUVENT TROUVER DIFFICILES À Y RÉPONDRE. CEPENDANT, VOS RÉPONSES SONT TRÈS IMPORTANTES POUR NOUS AIDER À COMPRENDRE LES BESOINS DES GENS AU NIGER. JE RÉPÈTE ENCORE, CES INFORMATIONS SONT TOTALEMENT PRIVÉES ET ANONYMES. JE VOUS PRIE DE RÉPONDRE OUI OU NON À CHACUNE DE CES QUESTIONS. PEUT-ON SE PROTÉGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA SI ON A UN SEUL PARTENAIRE SEXUEL NON-INFECTÉ QUI, LUI-AUSSI, N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
4.	PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ÊTRE INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA À TRAVERS LES MOYENS SURNATURELS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
5.	PEUT-ON SE PROTÉGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT CORRECTEMENT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
6.	PEUT-ON ATTRAPER LE VIRUS SIDA À CAUSE DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
7.	PEUT-ON SE PROTÉGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN ÉVITANT TOTALEMENT LES RAPPORTS SEXUELS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
8.	EST-/IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE QUI PARAIT EN BONNE SANTÉ AIT EN FAIT LE VIRUS DU SIDA?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MÈRE À L'ENFANT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.13 9⇨Q.13
10. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ÊTRE TRANSMIS D'UNE MÈRE À SON ENFANT AU COURS DE LA GROSSESSE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
11. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ÊTRE TRANSMIS D'UNE MÈRE À SON ENFANT PENDANT L'ACCOUCHEMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
12. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ÊTRE TRANSMIS D'UNE MÈRE À SON ENFANT PAR L'ALLAITEMENT MATERNEL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
13. SI UN ENSEIGNANT A LE VIRUS DU SIDA MAIS N'EST PAS MALADE, DOIT-IL/ELLE ÊTRE PERMIS/E DE CONTINUER À ENSEIGNER À L'ÉCOLE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
14. SI VOUS SAVIEZ QU'UN MARCHAND OU VENDEUR DE NOURRITURE AVAIT LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE, ACHETERIEZ-VOUS LA NOURRITURE DE CETTE PERSONNE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
15. JE NE VAIS PAS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE STATUT PAR RAPPORT AU VIH (*UTILISEZ L'EXPRESSION COMPRISE LOCALEMENT*), MAIS NOUS NOUS INTERESSONS AU VOLUME DE LA DEMANDE DANS VOTRE COMMUNAUTÉ POUR LES TESTS DU VIH ET LE COUNSELING. DONC, JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER : JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉ POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨Q.17
16. JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS DU TEST, MAIS VOUS A-T-ON PARLÉ DES RESULTATS?	Oui ..... 1 Non 2	
17. À CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OÙ VOUS POUVEZ ALLER FAIRE UN TEL TEST POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIRUS DU SIDA?	Oui ..... 1 Non 2	

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la femme __ __

ALPHABÉTISATION FONCTIONNELLE ET UTILISATION DES MÉDIAS			
1. AVEZ-VOUS FRÉQUENTE L'ÉCOLE?	OUI NON	1 2	 2⇨Q.3
2. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR?	PRIMAIRE SECONDAIRE SUPÉRIEUR	1 2 3	 2⇨Q.6 3⇨Q.6
3. POUVEZ-VOUS LIRE ET COMPRENDRE UNE LETTRE OU UN JOURNAL FACILEMENT, AVEC DIFFICULTÉ OU PAS DU TOUT?	FACILEMENT DIFFICILEMENT PAS DU TOUT	1 2 3	 3⇨Q.7
4. VOUS APPRIS À LIRE ET ÉCRIRE PAR VOUS-MÊME, À L'ÉCOLE OU À TRAVERS UN PROGRAMME D'ALPHABÉTISATION?	PAR ELLE MÊME À L'ÉCOLE PROGRAMME D'ALPHABÉTISATION AUTRE_____ (À PRÉCISER)	1 2 3 4	1⇨Q.6 2⇨Q.6 4⇨Q.6
5. CE PROGRAMME D'ALPHABÉTISATION EST-IL RELIÉ À VOS ACTIVITÉS DE TRAVAIL?	OUI NON	1 2	
6. AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE LIRE UN JOURNAL OU UN MAGAZINE AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE?	OUI NON	1 2	
7. AVEZ-VOUS L'HABITUDE D'ÉCOUTER LA RADIO AU MOINS UNE FOIS PAR JOUR?	OUI NON	1 2	
8. AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE REGARDER LA TÉLÉVISION AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE?	OUI NON	1 2	

9. *Est-ce que la femme à la charge principale d'enfants de moins de cinq ans?*

☐ *Oui.* ⇨ *PASSEZ AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS et administrez un questionnaire pour chaque enfant de moins de cinq ans pour lequel elle est en charge.*

☐ *Non.* ⇨ CONTINUEZ AVEC Q.10

10. *Y a-t-il une autre femme éligible qui habite dans le ménage?*

☐ *Oui.* ⇨ *Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération et PASSEZ AU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE LA FEMME pour l'administrer à la femme éligible suivante.*

☐ *Non.* ⇨ CONTINUEZ AVEC Q.11

11. *Y a-t-il une personne non-éligible mais en charge d'un enfant qui habite dans le ménage?*

☐ *Oui.* ⇨ *Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération et PASSEZ AU QUESTIONNAIRE ENFANT pour l'administrer à la personne en charge.*

☐ *Non.* ⇨ *Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération.*

Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et inscrivez le nombre des questionnaires remplis sur la page de couverture.

No. de grappe __ __ __ **No. de ménage** __ __ __**No. de ligne de la pers. en charge** __ __ **No. de ligne de l'enfant** __ __

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes (ou personnes) qui ont la charge d'un enfant de moins de cinq ans vivant avec elles (voir Q.4 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).
Une feuille séparée sera remplie pour chaque enfant éligible.
Les questions doivent être posées à la mère ou à la personne en charge de l'enfant éligible (voir Q.7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).
Inscrivez le numéro de ligne de chaque enfant, le numéro de ligne de la mère de l'enfant ou de la personne en charge, ainsi que les numéros de grappe et de ménage dans l'espace en haut de chaque page.

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'ÉDUCATION À BAS ÂGE		
1. Nom de l'enfant.	Nom _____	
2. Âge de l'enfant (copiez de Q.4 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).	Âge (en années révolues)..... __ __	
2b. Résultat de l'interview *À remplir après l'interview du questionnaire enfant.*	Rempli..... 1 Refusé..... 2 Pas à la maison..... 3 Autre *(à préciser)*..... 4	
3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTÉ DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS À VOTRE CHARGE, QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (*NOM*). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE (*NOM*) EST-IL/ELLE NÉ/E? *Insistez :* QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI LA MÉRE CONNAIT LA DATE EXACTE DE NAISSANCE, AJOUTEZ EGALEMENT LE JOUR; SINON, INSCRIVEZ 99 POUR LE JOUR.	Date de naissance Jour/mois/année..... __ __/__ __/__ __ __ __	
4. (*Nom*) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE? PUIS-JE LE VOIR? *Si le certificat est présenté, vérifiez la date de naissance déclarée. Si aucun certificat de naissance n'est présenté, essayez de vérifier la date en utilisant un autre document (carnet de santé, etc.). Corrigez l'âge déclaré, si nécessaire.*	Oui, vu..... 1 Oui, pas vu..... 2 Non..... 3 NSP..... 9	1⇨Q.8
5. *Si aucun certificat de naissance n'est montré demandez :* EST-CE QUE LA NAISSANCE DE (*NOM*) A ÉTÉ ENREGISTRÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 9	1⇨Q.8 9⇨Q.7
6. POURQUOI LA NAISSANCE DE (*NOM*) N'A-T-ELLE PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Coût trop élevé**..... 1 Eloignement centre enregistrement..... 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée..... 3 En retard et ne voulait pas payer amende..... 4 Ne sait pas où l'enregistrer..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP..... 9	

7.	SAVEZ-VOUS COMMENT ENREGISTRER À L'ÉTAT CIVIL LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Pas de réponse 8	
8.	*Vérifiez l'âge. Si 3 ans ou plus, demandez :* *(Nom)* FRÉQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME ORGANISÉ D'EDUCATION PRÉSCOLAIRE (TEL QU'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE)? *Si l'enfant a moins de 3 ans, tirer une ligne sur cette question et passer au module suivant.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨ MODULE SUIV. 9⇨ MODULE SUIV.
9.	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (*nom*) A-T-IL/ELLE ASSISTÉ À CE PROGRAMME?	Nombre d'heures ..... __ __	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ **No. de ménage** __ __ __**No. de ligne de la pers. en charge** __ __ **No. de ligne de l'enfant** __ __

MODULE SUR LA VITAMINE A ET CÉCITÉ CHEZ LES ENFANTS		
1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE DÉJÀ REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLES-CI? *Montrez la capsule ou le flacon*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨Q.4 9⇨Q.4
2. DEPUIS COMBIEN DE MOIS (*NOM*) A PRIS LA DERNIÈRE DOSE DE VITAMINE A?	Nombre de mois ..... __ __ NSP 99	
3. D'OÙ (*nom*) A-T-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIÈRE DOSE DE VITAMINE A?	Visite de routine au centre de santé ..... 1 Visite d'enfant malade au centre de santé..... 2 Journées Nationales de Vaccination ..... 3 Journées Nationales de Micronutriments..... 4 Autre (*à préciser*) _____ 5 NSP 9	
4. EST-CE QUE (*nom*) A UN PROBLÈME QUELCONQUE DE VOIR DURANT LE JOUR?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
5. EST-CE QUE (*nom*) A UN PROBLÈME QUELCONQUE DE VOIR DURANT LA NUIT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨Q.7 9⇨Q.7
6. EST-CE QUE CE PROBLÈME EST DIFFÉRENT DE CE QUE VOUS VOYEZ CHEZ LES AUTRES ENFANTS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
7. EST-CE QUE (*nom*) SOUFFRE D'UNE CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE (DUNDUMI)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe _ _ _ **No. de ménage** _ _ _ **No. de ligne de la pers. en charge** _ _ **No. de ligne de l'enfant** _ _

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		
1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE ÉTÉ ALLAITÉ/E AU SEIN MATERNEL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.4 9⇨Q.4
2. EST-IL/ELLE ENCORE ALLAITÉ/E AU SEIN MATERNEL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.4 9⇨Q.4
3. DEPUIS HIER, À CETTE HEURE-CI, A-T-IL/ELLE REÇU UN DES ALIMENTS, LIQUIDES, SOLIDES SUIVANTS : *Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.*	O N NSP	
3a. VITAMINE, SUPPLEMENTS DE MINERAUX OU MÉDICAMENT?	A. Suppléments de vitamines 1 2 9	
3b. EAU PLATE?	B. Eau plate 1 2 9	
3c. EAU SUCRÉE, AROMATISÉE, JUS DE FRUIT, THÉ OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus 1 2 9	
3d. SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE (SRO)?	D. SRO 1 2 9	
3e. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS OU PRÉPARATION POUR BÉBÉ?	E. Lait 1 2 9	
3f. AUTRES LIQUIDES?	F. Autres liquides (*à préciser*) _____ 1 2 9	
3g. ALIMENTS SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (BOUILLIE)?	G. Aliments solides/semi-solides 1 2 9	
4. DEPUIS HIER, À CETTE HEURE-CI, (*nom*) A-T-IL/ELLE REÇU QUELQUE CHOSE À BOIRE AVEC UN BIBERON?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ **No. de ménage** __ __ __**No. de ligne de la pers. en charge** __ __ **No. de ligne de l'enfant** __ __

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES

1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE EU LA DIARRHÉE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE? *La diarrhée est déterminée par la mère ou la personne en charge, ou elle est définie comme trois selles liquides ou plus par jour ou par la présence de sang dans les selles.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	1⇨Q.3
2. AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (*nom*) AVAIT-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE AUTRE MALADIE TELLE QUE LA TOUX, LA FIÈVRE OU D'UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	1⇨Q.4 2⇨Q.11 9⇨Q.11
3. AU COURS DE CE DERNIER ÉPISODE DE DIARRHÉE, (*nom*) A-T-IL/ELLE BU UNE DES CHOSES SUIVANTES : *Lire chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.* 3a. LAIT MATERNEL? 3b. ALIMENTS À BASE DE CÉRÉALE, DE RACINE OU SOUPE? 3c. DÉCOCTIONS DE FEUILLES DE GOYAVIERS, PAPAYERS? 3d. PAQUET DE SRO? 3e. AUTRES LAITS OU PRÉPARATIONS POUR BÉBÉ 3f. EAU ET ALIMENTS À CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNÉE? 3g. EAU UNIQUEMENT? 3h. AUTRES LIQUIDES? 3i. RIEN?	O N NSP A. Lait maternel ..... 1 2 9 B. Aliments à base de céréale ..... 1 2 9 C. Goyavier/papayers ..... 1 2 9 D. Paquet SRO ..... 1 2 9 E. Autre lait ..... 1 2 9 F. Eau plus aliments ..... 1 2 9 G. Eau uniquement ..... 1 2 9 H. Autres liquides ..... 1 2 9 I. Rien 1 2 9	1⇨Q.5
4. AU COURS DE LA MALADIE/DE L'UNE DE CES MALADIES (*nom*) A-T-IL/ELLE BU BEAUCOUP MOINS, À PEU PRÈS LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE?	Beaucoup moins ou pas du tout ..... 1 À peu près la même quantité ..... 2 Plus ..... 3 NSP 9	
5. AU COURS DE LA MALADIE/DE L'UNE DE CES MALADIES (*nom*) A-T-IL/ELLE MANGÉ MOINS, À PEU PRÈS LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE? *Si « moins », insistez :* BEAUCOUP MOINS OU UN PETIT PEU MOINS QUE D'HABITUDE?	Pas du tout ..... 1 Beaucoup moins ..... 2 Un peu moins ..... 3 À peu près la même quantité ..... 4 Plus ..... 5 NSP 9	
6. (*Nom*) A-T-IL/ELLE EU UNE MALADIE DE LA TOUX À UN MOMENT QUELCONQUE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨Q.11 9⇨Q.11

7. QUAND (*nom*) SOUFFRAIT DE LA TOUX, RESPIRAIT-IL/ELLE PLUS RAPIDEMENT QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL/ELLE DES DIFFICULTÉS À RESPIRER?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.11 9⇨Q.11
8. LES SYMPTÔMES ÉTAIENT-ILS DUS À UN PROBLÈME DANS LA POITRINE OU À UN NEZ BOUCHÉ?	Nez bouché ..... 1 Problème dans la poitrine ..... 2 Les deux ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 4 NSP 9	1⇨Q.11 4⇨Q.11
9. AVEZ-VOUS DEMANDÉ DES CONSEILS OU RECHERCHÉ UN TRAITEMENT HORS DE LA MAISON?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.11 9⇨Q.11
10. OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ UN TRAITEMENT? À QUELQU'UN D'AUTRE? *Encerclez tous les endroits cités, mais n'insistez pas.*	Hôpital ..... 01 Centre de santé integré/maternité ..... 02 Case de santé ..... 03 Agent de santé du village ..... 04 Strategies foraines ..... 05 Cabinet de médecin privé ..... 06 Pharmacie ..... 07 Pharmacie par terre ..... 08 Guérisseur traditionnel ..... 09 Parent ou ami ..... 10 Autre (*à préciser*) _____ 11	
Posez cette question (Q.11) seulement une fois pour chaque personne qui à la charge d'un enfant. 11. PARFOIS LES ENFANTS ONT DES MALADIES SÉVÈRES ET IL FAUT LES CONDUIRE TOUT DE SUITE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ. POUR QUELS SYMPTÔMES EMMENERIEZ-VOUS VOTRE ENFANT À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ IMMEDIATEMENT? *Continuez à demander les signes/symptômes jusqu'à ce que l'enquêté ne puisse pas s'en rappeler d'autres, mais ne lui faites pas de suggestions.*	Enfant ne peut pas boire ou téter ..... 01 Enfant devient plus malade ..... 02 Enfant développe une fièvre ..... 03 Enfant a une respiration rapide ..... 04 Enfant a des difficultés à respirer ..... 05 Enfant a du sang dans les selles ..... 06 Enfant boit difficilement ..... 07 Autre (*à préciser*) _____ 08 Autre (*à préciser*) _____ 09 Autre (*à préciser*) _____ 10	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe __ __ __ No. de ménage __ __ __No. de ligne de la pers. en charge __ __ No. de ligne de l'enfant __ __

MODULE SUR LE PALUDISME

1.	AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE, (*nom*) A-T-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE FIÈVRE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.8 9⇨Q.8
2.	(*Nom*) A-T-IL/ELLE ÉTÉ CONSULTÉ/E DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR CETTE MALADIE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.6 9⇨Q.6
3.	(*Nom*) A-T-IL/ELLE PRIS UN MÉDICAMENT CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME QUI LUI A ÉTÉ PRESCRIT À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.5 9⇨Q.5
4.	QUEL MÉDICAMENT (*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS QUI LUI A ÉTÉ PRESCRIT À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ? *Encerclez tous les médicaments cités.*	Paracétamol ..... 1 Chloroquine ..... 2 Fansidar ..... 3 Aspirine ..... 4 Nivaquine ..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP 9	
5.	A-T-ON DONNÉ À (*nom*) UN MÉDICAMENT CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ÊTRE CONDUIT/E À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	1⇨Q.7 2⇨Q.8 9⇨Q.8
6.	A-T-ON DONNÉ À (*nom*) UN MÉDICAMENT CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.8 9⇨Q.8
7.	QUEL MÉDICAMENT A-T-ON DONNÉ À (*nom*)? *Encerclez tous les médicaments donnés avant de visiter l'établissement de santé ou s'il n'y a pas eu de visite à un établissement de santé.*	Paracétamol ..... 1 Chloroquine ..... 2 Fansidar ..... 3 Aspirine ..... 4 Nivaquine ..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP 9	
8.	(*Nom*) A-T-IL/ELLE DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE? *Si l'enfant n'a pas dormi à la maison la nuit passée, obtenez l'information sur la dernière nuit passée à la maison.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨ MODULE SUIV. 9⇨ MODULE SUIV.

9. CETTE MOUSTIQUAIRE ÉTAIT-ELLE IMPREGNÉE (TRAITÉE AVEC UN PRODUIT ANTI-MOUSTIQUE)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨ MODULE SUIV. 9⇨ MODULE SUIV.
10. QUAND LA MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ÉTÉ IMPREGNÉE (TRAITÉE AVEC UN PRODUIT ANTIMOUSTIQUE) LA DERNIÈRE FOIS?	Mois ..... __ __ NSP 99	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

No. de grappe ___ ___ ___ **No. de ménage** ___ ___ ___**No. de ligne de la pers. en charge** ___ ___ **No. de ligne de l'enfant** ___ ___

MODULE SUR LA VACCINATION

Si une carte de vaccination est disponible, copiez les dates de chaque type de vaccination inscrite sur la carte dans les Qs 2 à 5. Les Qs. 7 à 15 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations reçues par l'enfant dont la date n'est pas inscrite sur la carte. Les Qs. 7 à 15 seront posées seulement si la carte n'est pas disponible.

1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (*nom*)? SI OUI : PUIS-JE LA VOIR?		Oui, vue ..... 1 Oui, non vue ..... 2 Non 3	2⇨Q.7 3⇨Q.7
(a) Copiez les dates de toutes les vaccinations de la carte. *(b) Écrire «44» dans la colonne jour si la carte indique qu'un vaccin été donné mais la date n'a pas été reporteé.*		Date de Vaccination JOUR / MOIS / ANNÉE	
2. BCG	BCG		
3a. VPO0	VPO0		
3b. VPO1	VPO1		
3c. VPO2	VPO2		
3d. VPO3	VPO3		
4a. DTCoq1	DTCoq1		
4b. DTCoq2	DTCoq2		
4c. DTCoq3	DTCoq3		
5. ROUGEOLE	ROUGEOLE		
6. EN PLUS DES VACCINATIONS INDIQUÉES SUR CETTE CARTE, (*NOM*) A-T-IL/ELLE REÇU UNE AUTRE VACCINATION QUELCONQUE Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES A UNE JOURNÉE NATIONALE DE VACCINATION? *Enregister « oui » seulement si l'enquêté mentionne le BCG, la Polio 0-3, le DTCoq 1-3, et/ou la rougeole.*		Oui ..... 1 *(Insister pour vaccin et écrire «66» dans la col. correspondant au jour dans le tableau ci-dessus.)* Non ..... 2 NSP 9	1⇨Q.15 2⇨Q.15 9⇨Q.15
7. (Nom) A-T-IL/ELLE REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER DES MALADIES Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR DE LA CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?		Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2⇨Q.15 9⇨Q.15
8. (Nom) A-T-IL/ELLE REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-À-DIRE UNE INJECTION SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LA TUBERCULOSE?		Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

9. (*Nom*) A-T-IL/ELLE REÇU DES « VACCINATIONS PAR GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LA POLIO?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.12 9⇨Q.12
10. QUELLE ÂGE AVAIT-IL/ELLE QUAND LA PREMIÈRE DOSE DE POLIO A ÉTÉ DONNÉE – JUSTE APRÈS LA NAISSANCE OU PLUS TARD?	Juste après la naissance ..... 1 Plus tard 2	
11. COMBIEN DE FOIS A-T-IL/ELLE REÇU CES GOUTTES CONTRE LA POLIO?	Nombre de fois ..... __ __	
12. (*Nom*) A-T-IL/ELLE REÇU DES « VACCINATIONS PAR INJECTION » – C'EST-À-DIRE, UNE INJECTION À LA CUISSE OU AU DOS POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE? (PARFOIS DONNÉES EN MÊME TEMPS QUE CELLES DU POLIO).	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2⇨Q.14 9⇨Q.14
13. COMBIEN DE FOIS A-T-IL/ELLE REÇU CES VACCINATIONS?	Nombre de fois ..... __ __	
14. *NOM*) A-T-IL/ELLE REÇU DES « VACCINATIONS PAR INJECTION » – C'EST-À-DIRE UNE PIQÛRE AU BRAS, À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS TARD – POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LA ROUGEOLE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
15. S'IL VOUS PLAÎT DITES-MOI SI (*NOM*) A REÇU DES VACCINS À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) SUIVANTES : NOVEMBRE 1999/***JNV DE POLIO*** DÉCEMBRE 1999/JNV DE POLIO JANVIER 2000/***JNV DE POLIO*** *Si la mère/personne en charge répond « oui » à l'une des dates, retournez à Q.6 si la réponse est « non » à Q.6, insistez.*	O N NSP ***JNV POLIO NOV 1999*** ..... 1 2 9 ***JNV POLIO DEC 1999*** ..... 1 2 9 ***JNV POLIO JAN 2000*** 1 2 9	

VÉRIFIEZ, S'IL Y A D'AUTRES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS, RETOURNER AU MODULE ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET POSER TOUTES LES QUESTIONS JUSQU'AU MODULE SUR LA VACCINATION.
S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS, PASSEZ AU MODULE SUIVANT (ANTHROPOMETRIE) ⇨

No. de grappe ___ ___ ___ **No. de ménage** ___ ___ ___**No. de ligne de la pers. en charge** ___ ___ **No. de ligne de l'enfant** ___ ___

MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE

Après avoir complété les questionnaires pour tous les enfants, l'opérateur pèse et mesure chaque enfant. Notez le poids et la taille couché ou la taille debout ci-dessous, en prenant soin d'enregistrer la mesure sur le bon questionnaire pour cet enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'enregistrer les mesures.

1 *Poids de l'enfant.*	Kilogrammes (kg)..... ___ ___ . ___	
2. *Taille de l'enfant.* *Vérifiez l'age de l'enfant :* ☐ *Enfant de moins de 2 ans. ⇨ prenez la taille (couché).* ☐ *Enfant de 2 ans ou plus. ⇨ prenez la taille (debout).*	Taille (couché)..... 1 ___ ___ ___ . ___ Taille (debout) ..... 2 ___ ___ ___ . ___	
3. *Code d'identification de l'opérateur.* _____ (NOM DE L'OPERATEUR)	Code de l'opérateur ..... ___ ___ ___	
4. *Résultat.*	Mesuré ..... 1 Absent..... 2 Refusé ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 4	
5. *Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques?* ☐ *Oui. ⇨ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.* ☐ *Non. ⇨ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants de leur coopération.* *Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrivez le nombre des questionnaires remplis sur la page de couverture.*		